

> (Vertrouwelijke) Rapportage
voor het Ministerie van SZW

DE KETEN VAN ARBEIDSGERELATEERDE ZORG

**Een inventarisatie van
aandachtspunten, mogelijkheden
voor praktijkprojecten en aanpakken
gericht op preventie beroepsziekten
en collectieve arrangementen**

TNO innovation
for life

Datum: 28 juni 2016 >

DE KETEN VAN ARBEIDSGERELATEERDE ZORG

Rapport voor	Het Ministerie van SZW
Datum	28 juni 2016
Auteurs	Drs. T. (Tanja) de Jong, Dr. R. (Romy) Steenbeek
Projectnummer	060.20710/01.07-060.20421/01
Rapportnummer	R10871
Contact TNO	Dr. R. (Romy) Steenbeek
Telefoon	088 866 52 07
E-mail	romy.steenbeek@tno.nl

Healthy Living
Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

www.tno.nl
T +31 88 866 90 00
infodesk@tno.nl

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit document in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van onderliggend document aan direct belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer 27376655

© 2016 TNO

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	1	
1	Introductie.....	4
1.1	Achtergrond.....	4
1.2	De keten van arbeidsgerelateerde zorg.....	4
1.3	Arbeitsgerelateerde zorg kan beter.....	5
1.4	Kansen sectorale aanpak.....	5
1.5	Preventie beroepsziekten.....	5
1.6	Doel en onderzoeksvragen	6
2	Preventie beroepsziekten.....	7
2.1	Aangrijpingspunten	7
2.2	Preventie op de agenda	9
2.3	Aandachtspunten bij het opzetten van een proeftuin.....	10
3	Collectieve arrangementen in de arbeidsgerelateerde zorg	11
3.1	Organisatie arbeidsgerelateerde zorg door bedrijven.....	11
3.2	Organisatie arbeidsgerelateerde zorg op brancheniveau	12
3.3	Toegevoegde waarde van organisatie op brancheniveau	13
3.4	Voorbeelden vanuit branches	14
3.5	Aandachtspunten bij het opzetten van een proeftuin	16
4	Rol van verzekeraars	17
4.1	Verzuim- en arbeidsongeschiktheidverzekeraar	17
4.2	Zorgverzekeraar.....	18
4.3	Belemmeringen van synergie in de keten.....	19
4.4	Naar een oplossing: een gezamenlijk belang	22
4.5	Aandachtspunten bij het opzetten van een proeftuin.....	23
5	Plan van aanpak	24
5.1	Collectieve aanpak op brancheniveau	24
Bijlage 1	Onderzoek door IZZ	28
Bijlage 2	Praktijkvoorbeelden collectieve aanpak branche.....	29
Bijlage 3	Praktijkvoorbeeld Stichting IZZ en coöperatie VGZ.....	44
Bijlage 4	Toelichting Proeftuin Arbozorg Nieuwe Stijl.....	48
Literatuurlijst	50	

Managementsamenvatting

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft TNO gevraagd om twee onderwerpen binnen de arbeidsgerelateerde zorg te verkennen:

- 1) Het bevorderen van de preventie van beroepsziekten (project binnen MAPA).
- 2) Collectieve arrangementen als middel om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren (KIP Innovatie Gezond en Veilig Werken, deelproject Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg; TAZ).

Deze verkenning vormt de basis om samen met stakeholders (werkgevers, brancheorganisaties, verzekeraars, uitvoerders) mogelijkheden en aanpakken te verkennen om proeftuinen te starten om in de praktijk oplossingen uit te werken om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren en de preventie van beroepsziekten te stimuleren.

In Nederland lopen 17.000 tot 414.000 werknemers per jaar een beroepsziekte op, dat is een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden. Zowel bij werkenden als gepensioneerden. Het gaat vooral om ziekten aan het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen. Verzuim en arbeidsongeschiktheid brengen hoge persoonlijke en maatschappelijke kosten met zich mee. Dit heeft gevolgen voor de werkenden zelf (verslechterde financiële positie, sociaal isolement en afnemende carrière perspectieven op de arbeidsmarkt), maar ook de werkgever (productiviteitsverlies, kosten voor vervanging, aanpassen van de werkplek, claims) en de maatschappij als geheel (zorgkosten, uitkeringskosten, productiviteitsverlies).

Om uitval en beroepsziekten te voorkomen is het van belang dat er een werkend stelsel is van arbeidsgerelateerde zorg. Dat is de zorg voor alle werkenden (inclusief ZZP-ers) of werkzoekenden die erop gericht is hun arbeidsparticipatie duurzaam te behouden. Daarbij gaat het ook om de reguliere eerste- en tweede/derdelijnszorg. De keten van deze zorg start bij preventie, vervolgens kunnen werkenden gezondheidsklachten krijgen zonder uit te vallen (risico), werkenden kunnen uitvallen en als dit langer duurt en nodig is moeten zij weer re-integreren. De inrichting van de arbeidsgerelateerde zorg kan een belangrijke rol hebben in het faciliteren van bewustwording en kennis bij werkgevers en werknemers. Het beïnvloeden van de bedrijfscultuur blijkt een kansrijke manier om mensen langdurig gezond en veilig aan het werk te houden omdat dit raakt aan de intrinsieke motivatie van mensen. Deze intrinsieke motivatie kan o.a. gestimuleerd worden door het aanreiken van kennis en bevorderen van vaardigheden.

De SER schetste in haar advies (september 2014) de belangrijkste knelpunten met betrekking tot de huidige arbeidsgerelateerde zorg. Daartoe behoren onder meer: onvoldoende toegankelijkheid bedrijfsgezondheidszorg; onvoldoende aandacht voor preventie in het contract tussen werkgever en arbodienst; beperkte vrije toegang van werknemers tot de arbodienst en een tekortschietend vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Vooral ZZP-ers en werknemers van kleine bedrijven hebben minder goede toegang tot zorg. Naast deze knelpunten beschrijft de SER sectorale/branche of regionaal georganiseerde zorg als één van de oplossingsrichtingen.

Onder collectieve arbeidsgerelateerde zorg verstaan we de collectieve organisatie en financiering van de arbeidsgerelateerde zorg op bijv. regio- dan wel sectorniveau. Onderdeel daarvan kan zijn de collectieve inkoop van producten van verzekeraars, arbodiensten en re-

integratiebedrijven. Als we kijken naar cijfers over het gebruik van arbeidsgerelateerde zorg blijkt dat kleine bedrijven vaker geen contract hebben met een arbodienst of deskundige, en als dit wel het geval is zij relatief vaker gebruikmaken van een dienst via de verzuimverzekeraar of assurantietussenpersoon. Ook zijn de contracten vaak magerder dan die van grotere bedrijven en ligt de nadruk minder op preventie. Vooral bij branches met veel kleine bedrijven valt dus een slag te maken met een nieuwe aanpak.

Uit de onderzoeken van Capgemini (2013 en 2014) blijkt dat er verschillende voordelen zijn van op branche/sectorniveau georganiseerde arbeidsgerelateerde zorg. De voordelen zijn sectorspecifieke kennis en preventie (oplossingen op maat), ontzorgen van werkgevers en toegankelijker maken van de zorg, waardoor er uiteindelijk ook een effectievere zorg ontstaat. Daarnaast levert het ook cijfers op brancheniveau op waarmee prestaties en resultaten gemeten kunnen worden. Voordelen van collectieve inkoop zijn: gunstige prijsafspraken en inhoudelijke passende contracten. Doordat er verschillende partijen betrokken zijn in de keten en zij allen andere belangen hebben is samenwerking soms lastig, vooral als het gaat om financiering. Randvoorwaarden voor een branche aanpak zijn: draagvlak in de branche, een partij die regie heeft voor het optimaliseren van de arbeidsgerelateerde zorg en structurele financiering. Een aandachtspunt is dat werkgevers en werknemers uiteindelijk zelf beslissen of ze er gebruik van maken.

Zorg, verzuim- en inkomensverzekeraars kunnen een nuttige rol spelen bij de organisatie van arbeidsgerelateerde zorg. Verzuimverzekeraars spelen een in toenemende mate een rol in de markt voor arbodienstverlening, doordat contracten worden gekoppeld aan dienstverlening op het terrein van arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie. Vooral kleinere bedrijven maken hier gebruik van. Met name de aanvullende zorg verzekering biedt ruimte voor maatwerk en innovatie. Hierin kunnen brancheorganisaties of werkgevers afspraken maken over extra bedrijfsspecifieke zorg en/of de inzet van niet reguliere zorgaanbieders. Het opnemen van arbeidsgerelateerde zorg in arrangementen heeft voordelen. Vanuit werkgevers- en inkomensverzekeraars perspectief gaat het dan om het voorkomen of beperken van ziekteverzuim en het verhogen van de arbeidsproductiviteit en –tevredenheid. Vanuit het zorgverzekeraar perspectief betreft het naast de beheersing van zorgkosten, ook het realiseren van toegevoegde waarde om onderscheidend te zijn in de collectiviteitsmarkt.

Er zijn in de praktijk ook een aantal uitdagingen. Ten eerste gaan afspraken met verzekeraars vooral over de prijs en kortingen en niet over de inhoud, dit komt mede door de partijen die de onderhandelingen voeren (deze zijn meer gericht op prijs dan de inhoud). Verder is er sprake van verkokering en financiële schotten tussen verzuim- en zorgverzekeraars. Hierdoor weten verzekeraars niet hoe en waar ze elkaar kunnen versterken. Vanuit het oogpunt van bedrijven is het van belang rekening te houden met het mechanisme dat het afsluiten van een verzuimverzekering investeringen in preventie kan afremmen. Preventieve zorg via de zorgverzekeraar werkt alleen als mensen zich ook bewustzijn van risico en zelf toegang tot zorg zoeken, het eigen risico kan een drempel zijn. Ook zijn de voordelen voor zorgverzekeraars niet direct zichtbaar. De zorgkosten kunnen op korte termijn juist hoger zijn en daarmee ontstaat er een hogere premie. Daarnaast kunnen de baten neerslaan bij de verzuimverzekeraar of de werkgever. Zorgverzekeraars profiteren op een meer indirecte manier, namelijk in de vorm van lagere zorgkosten.

De oplossing voor de knelpunten en het verschil in belang tussen de partijen ligt in het creëren van een gezamenlijk belang voor alle partijen, zowel werkgevers (branche) als de diverse verzekeraars. Vanuit werkgevers- en inkomensverzekeraars perspectief gaat het

dan om het voorkomen of beperken van ziekteverzuim en het verhogen van de arbeidsproductiviteit en –tevredenheid. Vanuit het zorgverzekeraar perspectief betreft het naast de beheersing van zorgkosten, ook het realiseren van toegevoegde waarde om onderscheidend te zijn in de collectiviteitsmarkt. Het verkrijgen van inzicht in de kosten en baten voor alle betrokkenen is een belangrijk startpunt. Nieuwe verdienmodellen kunnen hier aan bijdragen.

Op basis van de bestudeerde literatuur is het belangrijk om rekening te houden met de volgende aspecten bij het opzetten van een proeftuin:

- Het beïnvloeden van de bedrijfscultuur blijkt een kansrijke manier om mensen langdurig gezond en veilig aan het werk te houden. Bij het vormgeven en borgen van de arbeidsgelateerde zorg dient dit een centraal thema te zijn. Een voorwaarde hierbij is dat bedrijven zelf een urgentie (gaan) voelen om hiermee aan de slag te gaan.
- Vooral bij branches met veel kleine bedrijven en zzp-ers is een collectieve aanpak interessant.
- Het is belangrijk om de voordelen/opbrengsten te benadrukken voor de verschillende partijen in de opstart en uitvoeringsfase. Voor branches is dit vooral oplossingen op maat voor bedrijven en toegankelijke zorg. Dit kan zich terugbetalen in lagere kosten voor bedrijven en uiteindelijk een lager verzuim.
- Bij de opzet van een proeftuin dient rekening gehouden te worden met randvoorwaarden als behoeften bij bedrijven en partijen, draagvlak/ervaren urgentie (hoog verzuim, kans op beroepsziekten), hoge organisatiegraad, een regie voerende partij in een branche en mogelijkheden voor financiering binnen een branche.
- Ook binnen een proeftuin is een regievoerende partij belangrijk. Een assurantiekantoor kan bijvoorbeeld, mogelijk in samenwerking met een brancheorganisatie, diensten en verzekeringen inkopen bij verschillende aanbieders en verzekeraars om zo het aanbod voor de doelgroep te optimaliseren.
- Het is belangrijk om de kosten en baten voor verschillende stakeholders goed in kaart te brengen. De ervaring leert dat iedereen achter het ideologische doel staat: gezond, veilig en duurzaam werken. Echter, niemand wil er financieel op achteruit gaan. Het ultieme doel is dat alle partijen er op vooruit gaan. Dit kan betrekking hebben op harde euro's, maar ook op kwaliteit van leven, imago etc. Daarom zou een kosten-baten analyse of health technology assessment (HTA) altijd deel uitmaken van een proeftuin.
- Er valt winst te behalen wanneer zorg- en verzuimverzekeraars meer zouden samenwerken. Hier zijn wettelijke beperkingen, maar zeker ook mogelijkheden.

1 Introductie

1.1 Achtergrond

Het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft TNO gevraagd om twee onderwerpen binnen de arbeidsgerelateerde zorg te verkennen:

- A. Het bevorderen van de preventie van beroepsziekten (project binnen MAPA);
- B. Collectieve arrangementen als middel om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren (KIP Innovatie Gezond en Veilig Werken, deelproject Toekomst Arbeidsgerelateerde Zorg; TAZ).

Deze verkenning vormt de basis om samen met stakeholders (werkgevers, brancheorganisaties, verzekeraars, uitvoerders) mogelijkheden en aanpakken te verkennen om proeftuinen te starten om in de praktijk oplossingen uit te werken om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren en de preventie van beroepsziekten te stimuleren.

Deze rapportage betreft een eerste verkenning. In dit hoofdstuk beschrijven we de keten van arbeidsgerelateerde zorg, schetsen we de achtergrond en beschrijven we de doelen in meer detail. In hoofdstuk 2 geven we een beschrijving van aanpakken op het gebied van preventie van beroepsziekten. In hoofdstuk 3 beschrijven we aanpakken en mogelijkheden wat betreft collectieve arrangementen. Omdat verzekeraars hier een belangrijke rol in spelen gaan we in hoofdstuk 4 specifiek in op de (mogelijke) rol van verzekeraars. Aan het eind van elk hoofdstuk beschrijven we de implicaties voor een proeftuin.

In hoofdstuk 5 beschrijven we tot slot het plan van aanpak om tot het starten van proeftuinen te komen en de huidige stand van zaken wat betreft de voorbereiding voor de benadering van verschillende partijen/stakeholders, inclusief voorbereidingen die nu gaande zijn. Dit proces is in volle gang.

1.2 De keten van arbeidsgerelateerde zorg

We zien arbeidsgerelateerde zorg als een keten die is gericht op behoud, herstel en verbetering van de gezondheid en duurzame inzetbaarheid van werkenden. Deze keten bestaat uit het hele proces van preventie, omgaan met gezondheidsklachten, uitval en re-integratie (figuur 1). De arbeidsgerelateerde zorg omvat meer dan alleen de bedrijfsgezondheidszorg: het is de zorg voor alle werkenden (inclusief ZZP-ers) of werkzoekenden die erop gericht is hun arbeidsparticipatie duurzaam te behouden. Daarbij gaat het ook om de samenwerking met de reguliere zorg. Preventie van beroepsziekten richt zich met name op het begin van de keten terwijl collectieve arrangement op de hele keten betrekking kunnen hebben.



Figuur 1 : Keten van arbeidsgerelateerde zorg

1.3 Arbeidsgerelateerde zorg kan beter

Verzuim en arbeidsongeschiktheid brengen hoge persoonlijke en maatschappelijke kosten met zich mee. Voor individuen in de vorm van een verslechterde financiële positie, sociaal isolement en afnemende carrière perspectieven op de arbeidsmarkt. Maatschappelijk gezien zijn de kosten hoog vanwege het risico op een langdurige uitkeringssituatie en (permanent) productiviteitsverlies.

In verband met een veranderende arbeidsmarkt en de noodzaak tot een grotere duurzame inzetbaarheid van de beroepsbevolking heeft het kabinet (juli 2013) de SER gevraagd zich in een advies over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg uit te spreken (Kamerbrief 25883). In het advies van de SER (september 2014) schets de raad de belangrijkste knelpunten met betrekking tot de huidige arbeidsgerelateerde zorg. Daartoe behoren onder meer: onvoldoende toegankelijkheid bedrijfsgezondheidszorg; onvoldoende aandacht voor preventie in het contract tussen werkgever en arbodienst; beperkte vrije toegang van werknemers tot de arbodienst en een tekortschietend vertrouwen in de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts. Naast deze knelpunten beschrijft de SER sectorale/branche of regionaal georganiseerde zorg als een van de oplossingsrichtingen (SER, 2014). De regering onderkent deze knelpunten en oplossingsrichtingen in haar kamerbrief van 28 januari 2015 (Kamerbrief 25883).

1.4 Kansen sectorale aanpak

De sectorale en/of regionale organisatie van arbeidsgerelateerde zorg vormt een belangrijk en kansrijk element in het SER advies (Sociaal Economische Raad, 2014). Zoals beschreven in het advies kunnen brancheorganisaties voor hun leden diensten voor arbeidsgerelateerde zorg inkopen en collectieve afspraken maken met verzekeraars. Idealiter zouden ook anderen zoals zelfstandigen zonder personeel (ZZP) gebruik moeten kunnen maken van dergelijke sectorale of regionale initiatieven. Zorg- en inkomensverzekeraars kunnen producten en diensten ontwikkelen gericht op specifieke doelgroepen of sectoren. Zij kunnen preventie van gezondheidsklachten op het individuele niveau van de werknemer en op het niveau van bedrijven en organisaties stimuleren. Verder kunnen zij bij zorgaanbieders het gebruik van effectief gebleken (evidence-based) behandelingen en interventies bevorderen; dit ter verhoging van de doelmatigheid en beperking van de kosten van zorg, verzuim en arbeidsongeschiktheid. Zorg- en verzuim-/inkomensverzekeraars dienen daarmee ook een eigen belang. Een collectieve zorgverzekeraar heeft er belang bij dat de medische kosten van de bij hem verzekerde werknemers laag blijven en het is in het belang van de verzuim-/inkomensverzekeraar om (langdurig) ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid te voorkomen. Er zijn voorbeelden van aanpakken op sector/branche niveau. Het is de vraag of dergelijke aanpakken geoptimaliseerd kunnen worden en welke nieuwe vormen mogelijk zijn.

1.5 Preventie beroepsziekten

Naast de toekomst van arbeidsgerelateerde zorg staat ook de preventie van beroepsziekten hoog op de agenda (Kamerbrief 25883, nr. 267). Een beroepsziekte wordt in de arbeidsomstandigheden wetgeving gedefinieerd als 'een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden' (NCvB, 2016). Beroepsziekten treffen niet alleen werkenden, maar kunnen zich ook pas openbaren na het werkzame leven. Dit maakt ze gedeeltelijk 'onzichtbaar',

omdat ze dan niet terugkomen in de gegevens over de werkzame beroepsbevolking (Arbobalans, 2014). Schattingen van het percentage werknemers dat per jaar een beroepsziekte oploopt – de jaarincidentie – variëren van 0,3% tot 5,8%, wat overeenkomt met ongeveer 17.000 tot 414.000 werknemers (Arbobalans, 2014). In 2011 overleden volgens het RIVM in Nederland naar schatting ruim 3.700 mensen als gevolg van ongunstige arbeidsomstandigheden: ruim 800 werkenden en ruim 2.800 gepensioneerde werknemers (Arbobalans, 2014). Het meest gerapporteerd worden beroepsziekten aan het bewegingsapparaat en psychische aandoeningen. De beroepsziekten die voor het meeste gezondheidsverlies zorgen in de werkzame bevolking zijn rugklachten, burn-out, depressie en klachten aan armen, nek of schouders (KANS). De ziektelast onder de gepensioneerde beroepsbevolking – opgelopen door blootstelling aan arbeidsrisico's in het verleden – bedraagt 1,4% van de totale ziektelast in Nederland en 30% van de werkgerelateerde ziektelast. Het wordt vooral veroorzaakt door COPD, longkanker, gehoorstoornissen en knieartrose (Arbobalans, 2014).

Ook al lopen schattingen uiteen duidelijk is wel dat beroepsziekten veel voorkomen met gevolgen voor de werknemers zelf, maar ook de werkgever en de maatschappij als geheel (zorgkosten, uitkeringskosten, productiviteitsverlies) (Witkamp e.a. 2015; Soentken e.a., 2014). Het is daarom de vraag hoe de preventie van beroepsziekten verder geoptimaliseerd kan worden.

1.6 Doel en onderzoeksvragen

Het doel van dit project is het opdoen van kennis en ervaring met nieuwe aanpakken rondom de preventie van beroepsziekten en de keten arbeidsgelateerde zorg. Hieruit dienen leerervaringen te komen die breder toepasbaar zijn teneinde de arbeidsgelateerde zorg te optimaliseren en bestaande knelpunten aan te pakken. De vorm die we daarvoor kunnen gebruiken is een proeftuin. Een proeftuin is een vorm van samenwerken, gericht op innoveren en realiseren van impact ('outcomes'). Het proces en de effecten van deze samenwerking worden in kaart gebracht.

We richten ons op de volgende onderzoeksvragen:

1. Wat is er bekend over aanpakken rondom de preventie van beroepsziekten en welke goede voorbeelden zijn er op dit gebied?
2. Wat is er bekend over collectieve aanpakken en arrangementen op het gebied van arbeidsgelateerde zorg en welke goede voorbeelden zijn er op dit gebied?

2 Preventie beroepsziekten

In dit hoofdstuk vatten we kort samen hoe werkgevers en werknemers meer aandacht kunnen besteden aan de primaire preventie van beroepsziekten en hoe dit onderwerp vaker op de agenda gezet kan worden van werkgevers én werknemers.

2.1 Aangrijpingspunten

Een veel gebruikte indeling voor de fasen van 'preventie' is die naar primaire, secundaire en tertiaire preventie (Van den Berg & Schoenmaker, 2010). "Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkomen dat gezonde mensen een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval krijgen. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord bij personen die ziek zijn, een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische aanleg hebben. De ziekte kan daardoor eerder worden behandeld, zodat deze eerder geneest of niet erger wordt. Bij tertiaire preventie bestaat de doelgroep uit patiënten en worden complicaties en ziekteverergering voorkomen. Ook het bevorderen van de zelfredzaamheid van patiënten valt hieronder."

Als het gaat om het voorkomen en beheersen van risico's die klachten en aandoeningen kunnen veroorzaken wordt in de Arbowet verwezen naar de arbeidshygiënische strategie (Artikel 3 Arbeidsomstandigheden Wet). De arbeidshygiënische strategie is een hiërarchisch stelsel van beheersmaatregelen voor risico's. Hierbij wordt allereerst naar de bron van het probleem gekeken. Als daar niets aan kan worden gedaan, zijn andere maatregelen mogelijk.

De arbeidshygiënische strategie ziet er als volgt uit:

- Bronmaatregelen – Een werkgever moet eerst de oorzaak van het probleem wegnemen. Voorbeeld: schadelijke stof vervangen door een veiliger alternatief;
- Collectieve maatregelen – Als bronmaatregelen geen mogelijkheden bieden, moet de werkgever collectieve maatregelen nemen om risico's te verminderen. Voorbeeld: het plaatsen van afscherming of een afzuiginstallatie;
- Individuele maatregelen – Als collectieve maatregelen niet kunnen of ook (nog) geen afdoende oplossing bieden, moet de werkgever individuele maatregelen nemen. Voorbeeld: het werk zo organiseren dat werknemers minder risico lopen (taakrotatie);
- Persoonlijke beschermingsmiddelen – Als de bovenste drie maatregelen geen effect hebben, moet de werkgever de werknemer gratis persoonlijke beschermingsmiddelen verstrekken. Voorbeeld: oorbeschermers en lasbrillen. (Arboportaal, 2016).

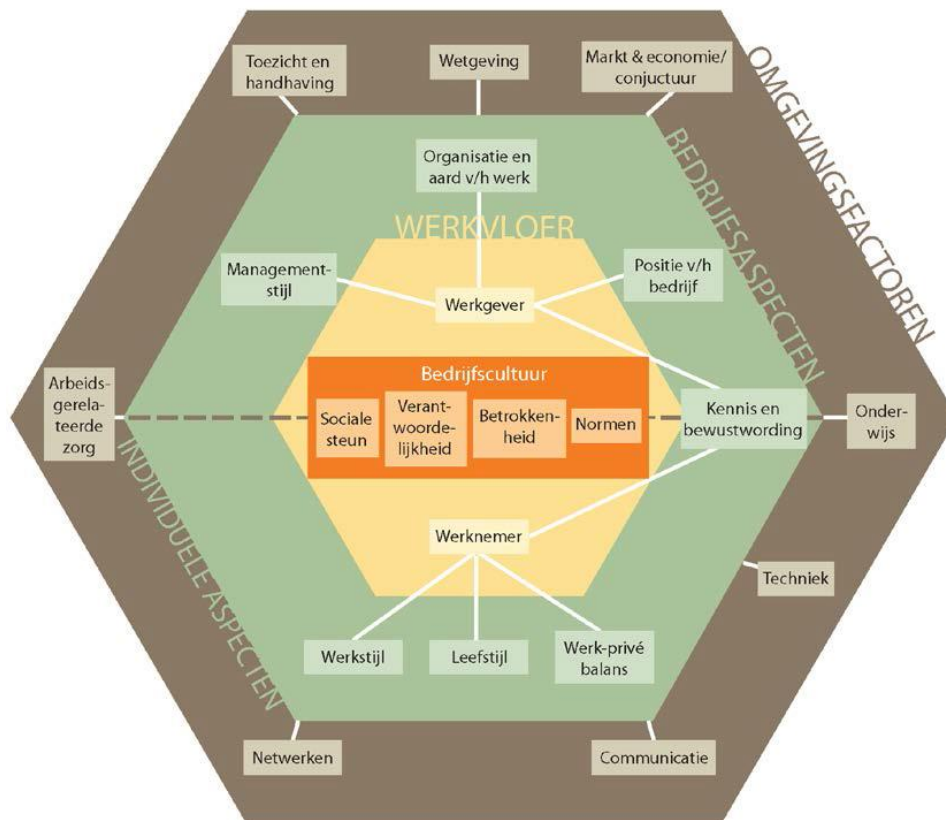
Een (branche-)RI&E geeft inzicht op risico's en mogelijke oplossingen. In een arbocatalogus staan de oplossingen voor belangrijke risico's opgesteld volgens de arbeidshygiënische strategie (Arboportaal, 2016).

Door het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten is een zes stappenplan ontwikkeld rondom de aanpak van beroepsziekten. Dit stappenplan kan worden ingezet als men een beroepsziekte vermoedt. Ook in dit stappenplan wordt verwezen naar de arbeidshygiënische

waarbij het gaat om het wegnemen of reduceren van de oorzaken van de beroepsziekte, vroege opsporing en/of een verbetering van de belastbaarheid van de werknemer (NCvB, 2016).

Idealiter wordt voorkomen dat er überhaupt een beroepsziekte ontstaat. Panteia/VHP Human Performance (Sax & Hollander, 2015) onderzochten recent in opdracht van het Ministerie van SZW hoe werkgevers en werknemers meer aandacht kunnen besteden aan de primaire preventie van beroepsziekten. Op basis van een literatuurstudie en interviews/focusgroepen met branches en bedrijven (werkgevers en werknemers) zijn risicofactoren en instrumenten in kaart gebracht en samengevat in een model.

Binnen dit model (zie figuur 2.1) wordt onderscheid gemaakt tussen drie niveaus waarop de risicofactoren zich kunnen bevinden, namelijk de werkvloer, factoren op organisatie- en individueel niveau en omgevingsfactoren. De drie niveaus representeren een bepaalde mate van hiërarchie: het meest fundamenteel is de werkvloer; van factoren gelegen op dit niveau kan de grootste invloed op beroepsziekten worden verwacht. Hoe verder we naar buiten gaan in het model, hoe indirecter de invloed van de risicofactoren (Sax & Hollander, 2015).



Figuur 2.1 Model primaire preventie beorepsziekten (Sax & Hollander, 2015)

Op basis van het rapport vatten we hieronder de aangrijpingspunten zoals verwoord in het rapport kort samen:

De **bedrijfscultuur** ofwel de kernwaarden van een organisatie of afdeling, is een belangrijke factor op de werkvloer voor het ontstaan en ook het voorkomen van beroepsziekten. Dit omvat aspecten als verantwoordelijkheid, betrokkenheid, normen en sociale steun. Het beïnvloeden van de bedrijfscultuur is in potentie het meest effectieve instrument om mensen

langdurig gezond en veilig aan het werk te houden, omdat dit raakt aan de intrinsieke motivatie van mensen.

Op **organisatie** niveau gaat het om de managementstijl, de manier waarop het werk georganiseerd is en de positie van het bedrijf. Op **werknemersniveau** gaat het om de werkstijl, leefstijl en de werk-privé balans. Voor deze geldt dat zij veel invloed op het werk kunnen hebben en daarmee een risico kunnen vormen voor het ontstaan van een beroepsziekte.

Kennis van de risico's die in het werk gelegen zijn, is noodzakelijk om gezond en veilig te kunnen werken. Wanneer werknemers en/of werkgevers zich niet bewust zijn van deze risico's, zullen zij het belang van preventieve maatregelen vermoedelijk niet inzien en zijn zij minder geneigd verplichte voorzorgsmaatregelen te nemen. Over het algemeen is er binnen organisaties meer kennis van directe oorzaken van beroepsziekten dan van meer indirecte risicofactoren. Analyses kunnen een belangrijk instrument zijn om het kennisniveau te verhogen. Dan valt te denken aan de RI&E, verzuimanalyses en registratiesystemen. Het valt te verwachten dat inzicht in de oorzaken van verzuim ook tot een toename van kennis van (indirecte) risicofactoren zal leiden.

De **omgevingsfactoren** vormen de buitenste schil van het model. De **arbeidsgerelateerde zorg** is een van deze factoren en heeft een belangrijke rol in het faciliteren van bewustwording en kennis. Het uitvoeren van een verzuimanalyse verschaft veel inzicht in de oorzaken van verzuim en kan als basis dienen voor de ontwikkeling van preventiebeleid. Diezelfde functie hebben ook verzuimgesprekken: waar bevinden zich knelpunten en risico's. De arbeidsgerelateerde zorg kan ook uit eigen beweging het nemen van maatregelen stimuleren en het bedrijf ondersteunen in de kennisbehoefte.

Andere omgevingsfactoren zijn **onderwijs, communicatie, wet- en regelgeving, de economische situatie, de markt en netwerken**. Met netwerken wordt bedoeld de informele contacten op individueel of bedrijfsniveau die indirect houding en gedrag van werknemers of werkgever kunnen beïnvloeden (referentie).

2.2 Preventie op de agenda

Het onderzoek van Sax en Hollander (2015) benadrukt dat de bedrijfscultuur een belangrijke factor is bij de preventie van beroepsziekten omdat het raakt aan de **intrinsieke motivatie** van mensen. Rupert (2013) maakt in haar studie naar het versterken van arbeidsveiligheid, onderscheid tussen het stimuleren van de extrinsieke versus intrinsieke motivatie. Zij onderscheidt twee routes voor het bereiken van veilig gedrag, gebaseerd op compliance of participatie. Regels en procedures in combinatie met de monitoring hiervan leiden tot compliance (route 1), terwijl de intrinsieke motivatie om veilig te willen werken leidt tot participatie (route 2). Mensen zijn intrinsiek gemotiveerd wanneer zij veilig werken zelf belangrijk vinden en onderdeel hebben gemaakt van hun waardensysteem.

Het verhogen van de intrinsieke motivatie zal de participatie van mensen stimuleren ten aanzien van veiligheid (Rupert, 2013). Zij geeft de volgende tips voor interventies die gericht zijn op het stimuleren van de intrinsieke motivatie:

- 1) De intrinsieke motivatie van mensen kan worden verhoogd door mensen de ruimte te geven en te stimuleren zelf beslissingen te nemen in hun werk, door ze feedback en ondersteuning te bieden waardoor ze zich bekwaam voelen en condities te scheppen waaronder mensen zich kunnen verbinden met anderen op het werk;

- 2) Hoge prioriteit geven aan veilig en gezond werken door het management;
- 3) Een stimulerende en open cultuur;
- 4) Een taakontwerp waarbij de benaderingswijze van veiligheid afhangt van de voorkeurswerkwijze van personeel.

Sax & Hollander (2015) concluderen ook dat het geven van verantwoordelijkheid en autonomie aan medewerkers van belang is waarbij de balans tussen de verantwoordelijkheid tussen werkgevers en werknemers bedrijfsspecifiek is. “Het vergt om die reden van de werkgever intrinsieke motivatie en een goede bedrijfsanalyse om preventiebeleid te ontwikkelen dat past binnen het bedrijf en goed aansluit op de werkvloer” (referentie).

In beide onderzoeken (Sax & Hollander, 2015; Rubert, 2013) wordt aangestipt dat het ontwikkelen van kennis en vaardigheden nuttig is, zowel voor het bevorderen van de intrinsieke als de extrinsieke motivatie. Sax & Hollander (2015) geven aan dat verschillende partijen hierbij een rol spelen: spelers buiten het bedrijf zoals het onderwijs, de brancheorganisatie, de overheid en arbodiensten. “De spelers binnen een bedrijf zijn de primaire belanghebbenden. Het kan voor individuele werknemers moeilijk zijn om preventiebeleid te agenderen. Een werknemersorganisatie zoals de OR kan dit vaak wel. Soms zijn er individuele werknemers die als aanjager fungeren, omdat zij norm overdragend zijn richting collega’s en zich hard maken voor het onderwerp. Ook een afdeling HRM kan de belangen van werknemers inventariseren en preventiebeleid faciliteren.”

2.3 Aandachtspunten bij het opzetten van een proeftuin

Het beïnvloeden van de bedrijfscultuur blijkt een kansrijke manier om mensen langdurig gezond en veilig aan het werk te houden. Hierbij is het essentieel dat zowel werkgever als werknemers betrokken en gemotiveerd zijn. De inrichting van de arbeidsgerelateerde zorg kan een belangrijke rol hebben in het faciliteren van bewustwording en kennis. Bij de opzet van een proeftuin zal hier uitgebreid aandacht aan worden besteed. Bedrijven moeten zelf (eventueel met ondersteuning) het probleem in kaart brengen en de urgentie voelen om de cultuur te verbeteren en hun aanpak te optimaliseren. Een aanpak in groepsverband met meerdere bedrijven die elkaar feedback geven en helpen stimuleert het leereffect. Interventies moeten passen bij de behoefte van een bedrijf.

Een voorbeeld van een onderzoek naar interventies gericht op klimaat en cultuur loopt op dit moment in de zorg. IZZ voert op dit moment een onderzoek uit bij zorgorganisaties naar de effecten van het beïnvloeden van de bedrijfscultuur (zie bijlage 1).

3 Collectieve arrangementen in de arbeidsgerelateerde zorg

Arbeidsgerelateerde zorg kan op verschillende niveaus georganiseerd worden. We vatten in dit hoofdstuk de resultaten van recente beleidsstudies samen. Hierbij gaan we eerst in op een collectieve aanpak op sector niveau en vervolgens zoomen we in op de rol van verzekeraars binnen deze collectieve aanpak in het volgende hoofdstuk. Collectieve arrangementen op bedrijfsniveau laten we hier buiten beschouwing. Collectieve aanpakken op regionaal niveau zijn niet eerder beschreven.

Onder collectieve arbeidsgerelateerde zorg wordt verstaan de collectieve organisatie en financiering van de arbeidsgerelateerde zorg op bijv. regio- dan wel sectorniveau. Onderdeel daarvan kan zijn de collectieve inkoop van producten van verzekeraars, arbodiensten en re-integratiebedrijven Kamerbrief (25883-247). Volgens het SER advies kunnen grote bedrijven en instellingen die geen interne arbodienst hebben, middelgrote bedrijven en MKB-bedrijven hun arbeidsgerelateerde zorg branche- dan wel sectorgewijs organiseren, met een geïntegreerde aanpak van preventie- en verzuimbeleid. Ook ZZP-ers werkzaam in de desbetreffende branche of sector kunnen daar terecht. Indien de organisatie van de arbeidsgerelateerde zorg niet op branche- of sectorniveau mogelijk is, kan deze zorg plaatsvinden op regionaal niveau, al dan niet gecombineerd met sectorale elementen. Deze kunnen ook arbeidsgerelateerde zorg bieden aan ZZP-ers die niet bij een branche- of sectororganisatie terechtkunnen en aan werkzoekenden.

3.1 Organisatie arbeidsgerelateerde zorg door bedrijven

Volgens artikel 14/18 van de Arbowet is de werkgever verplicht om deskundige bijstand in te schakelen bij enkele gespecificeerde taken op het gebied van preventie en bescherming, namelijk: (1) de toetsing van de RI&E, (2) de ondersteuning op het gebied van ziekteverzuimbegeleiding, (3) bijstand bij het (eventueel) laten verrichten van een aanstellingskeuring en (4) het aanbieden van een periodiek arbeidsgezondheidskundig onderzoek (PMO/PAGO). Vanaf 1 juli 2005 heeft de werkgever de mogelijkheid om de wettelijk verplichte deskundige bijstand te regelen in een zogeheten 'maatwerkregeling'. Deze houdt in dat de werkgever naast of in plaats van de arbodienst ook andere gecertificeerde arbodeskundigen mag inschakelen, als daar een cao-afspraken over is of als daar overeenstemming over is bereikt met de OR of de personeelsvertegenwoordiging (PVT). Een gecertificeerde arbodeskundige is een bedrijfsarts, veiligheidskundige, arbeidshygiënist of arbeids- en organisatiedeskundige.

Volgens cijfers van de Inspectie SZW (Arbo in bedrijf, 2014) had in 2014 72% van de bedrijven een contract met een (interne of externe) arbodienst en/of een andere dienstverlener zoals een bedrijfsarts, een veiligheidskundige e.d. Deze contracten kunnen direct zijn afgesloten met de dienstverleners of via derden zoals verzuim of zorgverzekeraars (Arbo in bedrijf, 2014). Onder contracten met andere arbodienstverleners vallen o.a. contracten die via verzuimverzekeraars lopen en contracten op basis van overeenstemming met de OR. Arbodienstverlening via een verzuimverzekeraar is de belangrijkste contractbasis bij de andere arbodienstverleners. (Arbo in bedrijf, 2014).

Bovenstaande cijfers komen globaal overeen met cijfers vanuit de Werkgevers Enquête Arbeid (WEA). Volgens gegevens van de WEA (2014) had in 2014 37% van de bedrijven een contract met een externe arbodienst, 22% heeft dit via de verzuim of zorgverzekeraar geregeld, 10% via een assurantietussenpersoon, 4% huurt zelf een bedrijfsarts in, 2,5% heeft een interne arbodienst, 2% huurt een andere gecertificeerde deskundige in en 3% doet het op een andere manier. 17% van de bedrijven heeft niets geregeld en 9% weet het niet.

Verder is in de WEA ook gevraagd of bedrijven premiekorting krijgen van een zorg- en/of verzuimverzekeraar voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden en verzuim, voor ca 8% van de bedrijven is dit het geval, 46% weet het niet en voor de rest is dit niet het geval.

Verschillen tussen grote en kleine bedrijven blijken ook uit de WEA. Kleine bedrijven tot 10 medewerker hebben veel vaker niets geregeld, ook regelen kleine bedrijven het vaker via de verzekeraar of assurantietussenpersoon (WEA, 2014). Vooral kleine werkgevers sluiten magere arbocontracten af in tegenstelling tot grote werkgevers die zich kunnen permitteren om meer in arbozorg te investeren (Witkamp e.a., 2013). Voor werkgevers bepalen bedrijfseconomische overwegingen in belangrijke mate de investeringsbereidheid in arbodienstverlening (Soentken e.a. e.a., 2014).

Soentken e.a. (2014) zetten verder uiteen dat werkgevers via de verplichte werkgeversbijdrage een behoorlijke bijdrage leveren aan de zorgkosten. "Onder werkgevers leeft sterk het gevoel dat ze een hoge bijdrage aan de zorg moeten leveren, maar weinig te zeggen hebben over de vormgeving hiervan. Dit remt investeringen in geïntegreerde zorg en re-integratie. Dit speelt misschien nog wel meer voor het MKB waar additionele investeringen moeilijker op te brengen zijn. Het financieringsaspect komt extra nadrukkelijk naar voren in de huidige verslechterde economische omstandigheden. Werkgevers stellen investeringen uit, beperken de vraag vooral tot de wettelijke verplichtingen, en richten onderhandelingen vooral op de prijs. Toch blijkt ook dat werkgevers in de afgelopen twee jaar meer zijn gaan uitgeven aan arbodienstverlening. Hierbij speelt de prijsaanpassing van de dienstverlening een rol, maar ook het feit dat werkgevers meer diensten afnemen. De nadruk ligt hierbij echter op verzuimbegeleiding en outplacement en veel minder op preventieve programma's rondom vitaliteit en inzetbaarheid die verzuim zouden kunnen voorkomen."

3.2 Organisatie arbeidsgerelateerde zorg op brancheniveau

In een onderzoek van Panteia (Witkamp e.a., 2013) wordt beschreven dat er in sommige branches sprake is van gespecialiseerde bedrijfsgezondheidszorg die sectoraal is georganiseerd; in andere branches speelt de branchevereniging bijvoorbeeld een bemiddelende rol tussen werkgevers en de te contracteren partijen. Tot slot zijn er ook brancheverenigingen die geen rol spelen in de bedrijfsgezondheidszorg.

In de Werkgevers Enquête Arbeid geeft 29% van de bedrijven aan dat hun brancheorganisatie actief is rondom arbeidsomstandigheden. In onderstaande tabel staat weergegeven in welke mate bedrijven gebruik maken van verschillende diensten.

Tabel 3.1: Gebruik diensten brancheorganisatie (WEA, 2014)

Diensten brancheorganisatie	%
Branche RI&E	25
Verzuimmelding brancheloket	8
Collectief contract verzekeraar	20
Collectief contract arbodienst	17
Cursus aanbod arbo- en verzuim	13
Informatie en advies arbo- verzuim en/of re-integratie	34
Geen gebruik	27
Anders	3
Weet niet	9

We zien hier verschillen tussen grote en kleinere bedrijven. Hoe kleiner het bedrijf hoe minder gebruik wordt gemaakt van informatie en advies, cursusaanbod en de branche RI&E. In bedrijven tot 50 werknemers wordt wel relatief veel gebruik gemaakt van verzuimmelding via het brancheloket, en collectieve contracten met arbodienst en verzekeraar.

Onderzoek naar CAO-afspraken over preventie en ziekteverzuim (Houtkoop e.a., 2014) laat zien dat een deel van de branches een coördinatiepunt of brancheloket rondom arbozorg heeft en dit ook in de CAO vastgelegd hebben. Bij het coördinatiepunt en het brancheloket gaat het om voorzieningen die ondersteuning bieden aan bedrijven/organisaties bij de uitvoering van activiteiten op het terrein van preventie. Het kan gaan om een verzuimsteunpunt (het registreren van ziek en herstelmeldingen), maar het kan ook gaan om andere verplichtingen die volgens de wet verbetering poortwachter voor een werkgever gelden (zoals bijvoorbeeld: een periodiek medisch onderzoek of een arbeidsomstandighedensprekkuur). In totaal staat in 24 van de onderzochte cao's (van toepassing op 20% van de werknemers) één of meer bepalingen over een coördinatiepunt of brancheloket.

3.3 Toegevoegde waarde van organisatie op brancheniveau

Capgemini onderzocht (Van Puijenbroek e.a., 2014) wat de toegevoegde waarde is van sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg en wat de randvoorwaarden zijn voor het realiseren van sector- of branchegeorganiseerde bedrijfsgezondheidszorg. We vatten de conclusies hieronder samen:

De meerwaarde van de organisatie op sector/brancheniveau zit in een grotere focus op preventie (vooral als sociale partners middelen beschikbaar stellen voor het ontwikkelen van producten, diensten en kennis), de mogelijkheid om sectorspecifieke producten te ontwikkelen en het monitoren van arbeidsrisico's en verzuim op sectorniveau waarmee kennis over de sector en aandachtspunten vergroot worden. De baten hiervan zijn er voor de verschillende partijen. Een betere gezondheid voor de medewerkers, een hogere productiviteit en minder vervangingskosten, besparingen op WIA-premies, lagere recruitmentkosten voor werkgevers en bovendien worden zij ontzorgd omdat zaken op sectorniveau geregeld zijn. Branches zien dat ze door het tonen van de financiële opbrengsten zij bedrijven over de streep krijgen om aan preventie te doen en dat de zorg toegankelijker is.

Om een sector- of branchegerichte organisatie van de bedrijfsgezondheidszorg te realiseren is, zo concluderen de onderzoekers van Capgemini (Van Puijenbroek e.a., 2014), een aantal voorwaarden van belang:

- Draagvlak voor het onderwerp onder de sociale partners. Een hoge organisatiegraad van zowel werkgevers als werknemers en een goede overlegcultuur in de sector dragen bij aan het ontstaan van de sectoraanpak voor gezond en veilig werken. Partijen binnen de sector hebben daardoor op meerdere fronten een gezamenlijk doel voor ogen. Dit effent de weg om ook op het gebied van bedrijfsgezondheidszorg afspraken te maken;
- Een (paritaire) partij binnen de sector bij wie de regie belegd is en die als doel heeft gezondheid en veiligheid in de sector te stimuleren. Deze partij is degene die partijen bij elkaar brengt, nieuwe activiteiten initieert, kennis van sector- en bedrijfsgezondheidszorg ontwikkelt en de financiën beheert;
- Structurele financiering. Uit de casussen komt naar voren dat (een belangrijk deel van) de financiering voortkomt uit cao-afdrachten en/of bijdragen uit het opleiding- en ontwikkelfonds. Door deze financiering kan de organisatie producten en diensten blijven ontwikkelen en aanbieden aan de bedrijven in de sector.

Capgemini (Van Puijenbroek & Visscher, 2013) onderzocht daarnaast de rol van de collectieve inkoop van preventie, verzuim en re-integratie op brancheniveau als middel om de integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie te stimuleren in het MKB. Het gaat om de inkoop bij verzuim- en zorgverzekeraars, arbodiensten en re-integratiebedrijven.

Voordelen van collectieve inkoop zijn een kostenvoordeel voor werkgevers en werknemers, eisen kunnen stellen aan de inhoud van contracten, kennis bij de contractpartijen van de branche, en dat het collectief bedrijven kan helpen bij structureel beleid. Daarnaast kan het vastleggen van afspraken in een cao een lange termijn strategie mogelijk maken.

Aanbevelingen die in het rapport gedaan worden zijn (Van Puijenbroek & Visscher, 2013) :

- Start in branches met een hoge organisatiegraad, ervaring met bedrijfsgezondheidszorg en een behoefte;
- Ga uit van de behoefte van de bedrijven;
- Bedenk een manier waarop het geld vanuit de bedrijven weer terugvloeit naar de bedrijven, bijvoorbeeld door een preventiefonds;
- Nieuwe vormen van samenwerking kunnen verkend worden, bijvoorbeeld op regionaalniveau en samen met banken en gemeenten.

3.4 Voorbeelden vanuit branches

In diverse beleidsstudies zijn aanpakken van collectieve arbeidsgelateerde zorg op sector/brancheniveau beschreven (Witkamp e.a., 2013; Van Puijenbroek & Visscher, 2013; Van Puijenbroek e.a., 2014; Van den Broek, 2008). Een beknopt overzicht van deze aanpakken staat in bijlage 2. De volgende branches zijn in het overzicht opgenomen:

Sector	Organisatie/initiatief
Bouw	Arbouw
Agrarische sector	Colland/Stigas
Apotheeksector	Het Brancheloket Apotheken
Drogisterij	Verzuimloket Drogisterij
Mobiliteitsbranche	De Bedrijfsraad Motorvoertuigenbedrijf en Tweewielerbedrijf /BOVAG

Sector	Organisatie/initiatief
Kleinmetaal	Koninklijke Metaal Unie (KMU)
Grafimedia	Koninklijke KVGO Verzuimsteunpunt Grafimedia (VSPG)
Transport	Sector Instituut Transport en Logistiek (STL)
Arboflexbranche	Stichting Arbo Flexbranches (STAF)
Kinderopvang (welzijn, jeugdzorg)	FCB (fonds collectieve belangen)
HORECA	Koninklijke Horeca Nederland (KHN)
Zorg	Stichting IZZ

In bijlage 2 is per branche nader beschreven:

- Welke partijen betrokken zijn bij de collectieve arbeidsgerelateerde zorg;
- Welk type verzekeraar betrokken is;
- Welke activiteiten een branche onderneemt rondom de zorg (welke delen uit de keten);
- Hoe deze gefinancierd worden;
- Wat de resultaten zijn van de aanpak, indien bekend;
- Welke knelpunten/uitdagingen er zijn, indien bekend.

Op basis van de voorbeelden in de tabel kunnen we concluderen dat:

- Het merendeel van de activiteiten rondom preventie, verzuim en re-integratie paritair georganiseerd is vanuit een uitvoerende organisatie voor een branche;
- Alle branches in de voorbeelden activiteiten ondernemen rondom preventie en een deel ook rondom verzuim en re-integratie;
- Activiteiten rondom preventie met name gefinancierd worden vanuit afdracht van bedrijven aan fondsen (soms dragen werknemers ook af aan fondsen);
- Het type verzekeraar waarmee contracten zijn afgesloten per branche verschilt. In sommige branches gaat het alleen om een zorg- of alleen om een verzuim/inkomensverzekeraar; in andere branches is het allebei geregeld. Dit hangt ook samen met het aantal kleine werkgevers in een branche. In een paar branches is er een branchespecifieke tussenpersoon die verzekeringen inkoopt (o.a. drogisterij sector, kleinmetaal);
- Sommige paritaire organisaties het aan de werkgeversvereniging laten om collectief in te kopen en doen dit zelf niet (bijv. STL en de kinderopvang);
- Activiteiten rondom verzuim en re-integratie vanuit de verzekeraars worden gefinancierd, en betaald vanuit werkgevers- werknemerspremies;
- De mate waarin preventie in de afspraken met verzekeraars is ingepast is niet altijd duidelijk is; in sommige branches is er een verzuimloket opgezet ism verzekeraars die ook taken rondom preventie op zich nemen (apotheksector, drogisterij, kleinmetaal, grafimedia);
- De opbrengsten voor de bedrijven en de branche als geheel niet altijd bekend zijn, dit hangt samen met beschikbaarheid van cijfers/business cases. Waar het wel gemeten is kan het een toegevoegde waarde te hebben ten aanzien van verzuimreductie, arbeidsongeschiktheid, lagere verzekeringspremies voor werkgevers;
- Er enkele uitdagingen zijn voor branches:
 - Afspraken maken met zorgverzekeraars voor het vergoeden van behandeling van werkgerelateerde aandoeningen bij vaststelling door bedrijfsarts lukt niet (Stigas);
 - Er is meer aandacht nodig voor de focus op preventie bij dienstverleners, zij zijn hier niet altijd van doordrongen;

- Preventieve activiteiten vanuit een sectorfonds ter voorkoming van arbeidsongeschiktheid zijn onvoldoende bekend bij arbodiensten, werkgevers en werknemers (drogisterij);
- Kosten van interventies wegen niet altijd op tegen de baten van verzuimreductie waardoor deze niet aantrekkelijk zijn;
- Invloed van branche organisatie beperkt zich tot leden en bereikt dus niet altijd de volledige branche.

Slechts voor een paar branches werden deze uitdagingen beschreven, voor sommige branches zijn deze op grond van de literatuur dus niet bekend.

3.5 Aandachtpunten bij het opzetten van een proeftuin

Als we kijken naar cijfers over het gebruik van arbeidsgerelateerde zorg blijkt dat kleine bedrijven vaker geen contract hebben met een arbodienst of deskundige, en als ze dit wel het geval is zij relatief vaker gebruikmaken van een dienst via de verzuimverzekeraar of assurantietussenpersoon. Ook zijn de contracten vaak magerder dan die van grotere bedrijven en ligt de nadruk minder op preventie. Vooral bij branches met veel kleine bedrijven valt dus een slag te maken met een nieuwe aanpak.

Er zijn diverse voordelen van collectieve arbeidsgerelateerde zorg. Deze dienen duidelijk te worden gedeeld met partijen bij de opzet van een proeftuin. Partijen hebben verschillende belangen, hier dient rekening mee gehouden te worden. Verder is de opzet van een proeftuin het meest kansrijk als aan een aantal randvoorwaarden wordt voldaan: draagvlak in de branche, een partij die regie heeft voor het optimaliseren van de arbeidsgerelateerde zorg en structurele financiering.

Uit de bestudeerde bestaande voorbeelden blijkt dat de bekendheid geven naar dienstverleners rondom het belang en de beschikbaarheid van preventieve activiteiten een punt van aandacht is. Verder komt naar voren dat niet in alle branches de gehele keten van preventie t/m re-integratie is gedekt en dat niet alle type verzekeraars betrokken zijn. Het is interessant de beweegredenen daarbij en mogelijk kansen verder te verkennen.

Een regievoerende partij speelt een belangrijke rol in een proeftuin. In enkele voorbeelden van de branche aanpakken is er een tussenpersoon betrokken. Een assurantiekantoor kan bijvoorbeeld, mogelijk in samenwerking met een brancheorganisatie, diensten en verzekeringen inkopen bij verschillende aanbieders en verzekeraars om zo het aanbod voor de doelgroep te optimaliseren. Zij kunnen eisen stellen aan de kwaliteit van de geleverde diensten. Hierbij is het wel van belang dat de belangen en behoeften van de doelgroep goed worden geïnventariseerd én dat de doelgroep goed wordt geïnformeerd zodat zij de meerwaarde van de collectiviteit zien (dit blijkt uit de lopende Proeftuin Arbozorg Nieuwe Stijl, zie bijlage 4 voor een toelichting).

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op de rol van de verschillende verzekeraars en hoe we daar in een proeftuin aandacht aan kunnen besteden.

4 Rol van verzekeraars

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de rol van verschillende verzekeraars en vatten we eerdere rapporten samen waarin is gekeken naar de belemmerende en bevorderende factoren van hun rol bij arbeidsgerelateerde zorg en aanbevelingen voor de toekomst.

4.1 Verzuim- en arbeidsongeschiktheidverzekeraar

In het rapport van Cappingini (Van Puijenbroek & Visscher, 2013) worden de verzekeringen rondom verzuim en arbeidsongeschiktheid duidelijk uiteengezet: “Een werkgever kan het risico van loondoorbetaling verzekeren bij een verzuimverzekeraar. Grote bedrijven zijn meestal eigen risicodragers, terwijl bedrijven in het MKB vaak wel een verzuimverzekering afsluiten. Veel verzuimverzekeraars bieden naast pure loondoorbetalingverzekeringen ook bredere verzuimverzekeringen aan. Daarbij worden niet alleen de kosten van loondoorbetaling vergoed, maar krijgen werkgever en werknemers ook ondersteuning bij het voorkomen en het beperken van het verzuim. Afhankelijk van de polisvoorwaarden van de verzuimverzekering kan de verzekeraar bijvoorbeeld ook noodzakelijke (medische) interventies vergoeden. Vaak gelden hier eigen bijdragen van werkgevers/ werknemers die in sommige gevallen op de zorgverzekering van de werknemers verhaald kunnen worden. Naast een verzekering voor het risico van loondoorbetaling kunnen werkgevers bij verzuimverzekeraars ook een private WGA-verzekering afsluiten. De werkgever kiest er dan voor om uit het publieke bestel (UWV) te stappen en de risico's die voortvloeien uit de WGA bij een particuliere verzekeraar onder te brengen. Een particuliere verzekering is in sommige gevallen goedkoper. Daarnaast zijn er ook voor werknemers verschillende WIA-aanvullingsverzekeringen om inkomensterugval bij arbeidsongeschiktheid te verzekeren. Deze verzekeringen worden vaak met collectieve verzekeringen via de werkgever aangeboden.”

Volgens onderzoek van Panteia (Van der Kemp & Van der Zeijden, 2014) spelen verzuimverzekeraars in toenemende mate een rol in de markt voor arbodienstverlening, doordat contracten voor een verzuimverzekering worden gekoppeld aan dienstverlening op het terrein van arbeidsomstandigheden, verzuim en re-integratie. Veel verzuimverzekeraars stellen als voorwaarde voor hun verzekering dat de werkgever gebruik maakt van een specifieke dienstverlener. Zij hebben hiermee een belangrijke invloed op de keuzes die werkgevers maken.

Voor verzuimverzekeraars zijn preventie/voorkomen van arbeidsuitval deel van de business case. “Verzuimverzekeraars hebben een sterk instrument in de vorm van premieverhoging of verlaging om werkgevers te stimuleren te investeren in preventieve interventies. De premiebepaling is echter niet uitputtend om inzet van werkgevers te stimuleren. Een te hoge premiestelling zal leiden tot een overstap van werkgevers naar een andere verzekeraar. Ten aanzien van kwaliteit kunnen verzuimverzekeraars in gesprekken met werkgevers eisen stellen aan de naleving van verzuimbeleid en verzuimprotocollen. Wanneer werkgevers afspraken hebben gemaakt met verzuimverzekeraars leidt dit veelal tot snelle interventies bij ziekmelding waarbij de verzekeraar direct aan het roer staat” (Soentken e.a., 2014).

Mate van gebruik van verzekeringen

In het onderzoek van Atos (Van den Broek e.a., 2008) wordt het gebruik van verzuimverzekeringen beschreven. “ In de jaren tot 2004 was er een zekere stagnatie zichtbaar op de markt van verzuimverzekeringen. De komst van de Wet Verlenging Loondoorbetaling bij Ziekte (VLBZ) in 2004 heeft de verzekeringsgraad weer doen stijgen, tot gemiddeld 68% in 2006. Met name kleinere werkgevers tot 100 werknemers hebben een verzuimverzekering afgesloten.” In het onderzoek van Panteia (Van Puijenbroek & Visscher, 2013) wordt ook aangegeven dat vrijwel geen enkele werkgever met meer dan 100 werknemers een verzuimverzekering heeft, terwijl van de werkgevers die minder dan 50 werknemers in dienst hebben waarschijnlijk 50-60% een verzuimverzekering afsluit.

Inhoud van de verzekeringen

Van den Broek e.a. (2008) beschrijven voorts dat sinds enkele jaren inkomensverzekeraars veelal moderne “bredere” verzuimpolissen ontwikkelen naast de “klassieke” verzuimpolissen waar het financiële aspect, ofwel de dekking van loonschade bij ziekte de hoofdzaak is. “In de bredere polissen zijn casemanagement en re-integratie volwaardige onderdelen van de verzuimverzekeringen. Bij minimaal 75% van de bedrijven maken de volgende verstrekkingen deel uit van de “bredere” verzuimpolis: “casemanagement bij ziekte van werknemers”, “kenniscentrum, servicedesk en/of re-integratieteam” en “activiteiten in het kader van de Wet Poortwachter”. Bij een groot aantal inkomensverzekeraars maakt ook arbozorg onderdeel uit van de polis. Verder biedt ongeveer 70% “wachtnlijstbemiddeling voor snellere behandeling bij ziekte” en “behandeling met betrekking tot specifieke klachten”. De “polisverbreding” duidt op een ontwikkeling van inkomensverzekeraars naar meer servicegerichte organisaties.”

4.2 Zorgverzekeraar

In het rapport van Capgemini (Van Puijenbroek & Visscher, 2013) wordt de rol van de zorgverzekeraar eveneens duidelijk uiteengezet: “Werknemers zijn verplicht zich voor hun ziektekosten te verzekeren bij een zorgverzekeraar. De premie voor het basispakket bestaat uit een vaste, nominale premie en een inkomensafhankelijke bijdrage. De nominale premie betalen zorgverzekerden zelf aan hun zorgverzekeraar. De werkgever of uitkeringsinstantie betalen – op een aantal uitzonderingen na – de inkomensafhankelijke premie. Daarnaast betalen zorgverzekerden premie voor aanvullende verzekeringen. De zorgverzekeraar vergoedt de reguliere zorg die bij ziekte wordt ingezet. Kenmerkend voor de zorgverzekering in Nederland is de verzekerings- en acceptatieplicht, het eigen risico en de mogelijkheid tot overstappen. Een belangrijke kanttekening in relatie tot de keten van preventie, verzuim en re-integratie is dat zorgverzekeraars in het basispakket minder vrijheidsgraden hebben voor maatwerk en innovatie dan verzuimverzekeraars. Dit komt door wetgeving die het basispakket van een zorgverzekeraar al vastlegt. De aanvullende verzekering biedt wel ruimte voor maatwerk en innovatie. Hierin kunnen brancheorganisaties of werkgevers afspraken maken over extra bedrijfsspecifieke zorg en/of de inzet van niet reguliere zorgaanbieders.”

Mate van gebruik collectieve zorgverzekeringen

Van Puijenbroek & Visscher (2013) halen aan dat van de verzekerden 69% een zorgverzekering afgesloten heeft via een collectief contract. Hoewel dit ook een ander collectief (zoals van een vereniging) kan zijn is het merendeel van de verzekerden collectief verzekerd via een werkgever (VEKTIS, Zorgthermometer, Verzekerden in beweging 2013, Zeist, 2013). Dit kan ook het collectieve contract van een andere werkgever dan de eigen

werkgever zijn. Ook bieden veel zorgverzekeraars werkgevers die een collectief contract afsluiten, de mogelijkheid om aanvullende dienstverlening voor al hun werknemers af te nemen, dus ook voor werknemers die niet deelnemen aan de collectiviteit. Het gaat dan om zaken als verzuimbegeleiding, verzekeringen voor arbeidsgerelateerde zorg en aanvullende dienstverlening zoals wachtlijstbemiddeling (Puijenbroek & Visscher, 2013).

Onderzoek van Atos (Van den Broek e.a., 2008) gaf aan dat het volume en de vulgraad van collectieve contracten nog beperkt was anno 2008. Het grootste deel, 88% van de werkgevers met meer dan 25 werknemers, heeft een collectief contract met één of meer zorgverzekeraars gesloten. Het percentage bedrijven met een collectief contract neemt toe met de omvang van de werkgever, uitgedrukt in het aantal werknemers.

Inhoud van de contracten

De afspraken die in de collectieve contracten zijn gemaakt blijken vooral betrekking te hebben op de prijs/korting en in mindere mate op de inhoud anno 2008 (Van den Broek e.a., 2008). Vooral grotere werkgevers (> 100 werknemers) sluiten in het collectieve contract ook een extra pakket met arbeidsgerelateerde zorg af. Van den Broek e.a. (2008) beschrijven: "Dit pakket biedt extra zorgverlening die rekening houdt met de factor arbeid en gericht is op preventie van het ziekteverzuim en op een zo spoedig mogelijk herstel van het arbeidsvermogen van werknemers. De inhoud van de afspraken die worden gemaakt in standaard collectieve contracten met basisverzekering, aanvullende verzekering en eventueel een pakket met arbeidsgerelateerde zorg hebben bijna altijd (95-100%) betrekking op wachtlijstbemiddeling, psychologische hulp, fysiotherapie en gezondheidschecks. Daarnaast worden verschillende producten aangeboden waar relatief minder vaak daadwerkelijk gebruik van wordt gemaakt, zoals mediation en algemene cursussen. Omdat de bedrijfsprocessen van de zorgverzekeraars nog onvoldoende zijn ingericht op het aanbieden van "echt" maatwerk, zijn afwijkingen van de standaard relatief duur. Naast het meer vraaggericht gaan werken, is het net als bij het aanbieden van extra pakketten met arbeidsgerelateerde zorg, belangrijk dat zorgverzekeraars de (kwantitatieve) toegevoegde waarde van het aangeboden maatwerk richting werkgeverscollectiviteiten aantonen."

4.3 Belemmeringen van synergie in de keten

Er zijn een aantal belemmeringen, waardoor de synergie in de keten van preventie, verzuimbegeleiding en re-integratie niet ten volle wordt gebruikt. Hierbij spelen systemen en percepties van bedrijven en verzekeraars een rol. Hieronder beschrijven we de knelpunten vanuit de literatuur die relevant zijn voor een collectieve aanpak.

Werkgevers zien de toegevoegde waarde niet

Het uiteindelijke gebruik van collectieve arrangementen is aan de bedrijven zelf, zij dienen hier de toegevoegde waarde van in te zien (Puijenbroek & Visscher, 2013). Daarbij komt dat de baten van preventie lastig te kwantificeren zijn en de voordelen soms pas op lange termijn optreden (Van den Broek e.a., 2008). Ook kunnen de baten pas bij een andere werkgever zichtbaar worden. Echter in het onderzoek van Van den Broek e.a. (2008) werd al aangestipt dat er steeds meer onderzoeken beschikbaar komen waarin de opbrengsten aangetoond worden. Voor de werkgever naast kwantitatieve opbrengsten ook tevreden werknemers, minder verloop en aantrekkelijke arbeidsvoorwaarden.

Branches zijn niet de enige partij die hierbij invloed hebben op bedrijven (Puijenbroek & Visscher, 2013). Ook voor verzuimverzekeraars kan het niet altijd makkelijk zijn om werkgevers te bewegen alle mogelijkheden van de polis te benutten. Wanneer werkgevers

meer op de hoogte zijn van wat mogelijk is in het geval van ziekte, kan sneller actie ondernomen worden, ook in de preventieve sfeer (Soentken e.a. 2015).

Tegenwerkende prikkels voor werkgevers

Daarnaast stippen Puijenbroek & Visscher (2013) aan dat het afsluiten van een verzuimverzekering de financiële prikkel voor werkgevers om te investeren in preventie vermindert omdat verzuim door de verzekering wordt gecoverd.

Verder kan het ook een drempel voor een ondernemer zijn als hij bij een ziektegeval gegevens bij verschillende partijen opnieuw moet aanleveren, bijvoorbeeld als een werknemer na twee jaar ziekte instroomt in de WIA (Puijenbroek & Visscher, 2013).

Beperkt volume en vulgraad van collectiviteiten van zorgverzekeraars

Van den Broek e.a. (2008) concluderen dat het beperkte volume en vulgraad van de collectiviteiten vanuit werkgevers kunnen worden opgelost door slechts één werkgeverscollectiviteit af te sluiten; op de “zeepkist” te gaan staan en/of een (hogere) vrijwillige werkgeversbijdrage aan te bieden. Uit de best practices in het rapport blijkt dat zo'n investering loont. “Daarnaast kunnen zorgverzekeraars de werkgever stimuleren door beloningen (provisie of ontdubbelen van kosten) en contracten sluiten met brancheorganisaties. Op de MKB-markt de brancheorganisaties een interessant distributiekanaal vormen voor het aanbieden van collectieve zorgverzekeringen. Vooral omdat op deze markt het volume van potentiële verzekerden per individuele werkgever beperkt is. Terwijl op brancheniveau het volume daarentegen aantrekkelijk kan zijn.”

Afspraken met verzekeraars gaan vooral over de prijs en kortingen en niet over de inhoud

Uit onderzoek van Cappingini (Van Puijenbroek e.a., 2014) bleek dat werkgevers niet of nauwelijks sturen op de inhoud van de collectieve afspraken met zorgverzekeraars; ze zien dit niet als mogelijkheid om zorg voor re-integrerende werknemers te bekostigen. Hoewel brancheorganisaties en sector specifieke werkgevers-collectiviteiten beter in staat zijn afspraken te maken over extra bedrijfsspecifieke zorg en/of de inzet van niet-reguliere zorgaanbieders, blijken collectieve contracten toch vooral betrekking te hebben op de prijs en in mindere mate op de inhoud.

Soentken e.a. (2014) stippen aan dat sturing op prijs in plaats van kwaliteit mede is ingegeven door de partijen die onderhandelingen voeren over collectieve contracten. Aan de kant van werkgevers is vaak niet de afdeling HRM of arbo betrokken, terwijl aan de kant van de zorgverzekeraars vaak accountmanagers de onderhandelingen voeren. Hierdoor wordt het onderhandelingsproces voornamelijk gericht op prijs en minder op de inhoudelijke aspecten van zorgprogramma's (Soentken e.a., 2014)

In de rapportage van Atos worden negen goede voorbeelden beschreven van initiatieven op het raakvlak van zorg en sociale zekerheid (Van den Broek e.a., 2008). Deze voorbeelden tonen het rendement aan van wanneer juist afspraken over de inhoud worden gemaakt met verzekeraars en niet alleen over de kosten van zorg. Hiervoor is het dus wel van belang dat de “juiste gesprekspartners” aan de onderhandelingstafel zitten; naast de accountmanager en inkoper ook de zorginhoudelijke deskundige van de zorgverzekeraar en de HR-manager van de werkgever.

Een voorbeeld van een initiatief ter bevordering van het maken van afspraken over de inhoud is te vinden in bijlage 3.

Onvoldoende aansluiting tussen belangen partijen in de keten

Bij het vormgeven van de keten zijn meerdere partijen betrokken. Deze partijen (verzekeraars, arbodiensten) hebben elk hun eigen belang en zullen niet altijd meegaan met de wensen van bijvoorbeeld de brancheorganisatie. Dat maakt samenwerken lastig, met name als het over de financiering gaat (Puijenbroek & Visscher, 2013).

Onderzoek van Panteia wijst erop dat verzekeraars en arbodiensten vaak werken met een vaste providerboog (aanbieders van interventies). Partijen maken vaak voornamelijk gebruik van producten en diensten uit hun eigen providerboog en het aanbod past niet altijd bij de vraag van (lokale) bedrijven (Puijenbroek & Visscher, 2013). Vraaggericht opereren verlangt maatwerk met expliciete belangstelling van verzekeraars in de behoeften van werkgevers wordt benadrukt in het rapport van Atos (2008). "Dit begint met het verdiepen in de branche en het bedrijf, maar ook door te luisteren naar de wensen van de werkgever en helder te communiceren welke wensen wel/niet mogelijk zijn om te realiseren en tegen welke kosten." (Van den Broek e.a. 2008).

Schotten tussen zorg- en verzuimverzekeraars

Er sprake van verkokering en financiële schotten tussen verzuim- en zorgverzekeraars. Hierdoor weten ze niet hoe en waar ze elkaar kunnen versterken (Puijenbroek & Visscher, 2013).

Verzuimverzekeraar vooral gericht op kleine bedrijven

Waarbij de verzekeraar vooral bij kleinere bedrijven de zorg uit handen neemt, organiseren grotere bedrijven de arbodienst en bedrijfsgezondheidszorg intern. Toegang tot 'extra' preventieve zorg hangt bij deze bedrijven dus in sterke mate af van de bedrijfscultuur en bedrijfseconomische afwegingen. (Van den Broek e.a. 2008).

Gebruik zorgverzekering: preventieve zorg werkt alleen als mensen zich ook bewustzijn van risico en zelf toegang tot zorg zoeken, eigen risico kan een drempel zijn

Een knelpunt is dat preventieve zorg alleen werkt als de risicogroepen ook bewust zijn van hun gezondheidsrisico en zelf toegang zoeken tot vormen van geïndiceerde preventie. "Echter, een grote groep mensen is zich niet bewust van het risico op ziekte en zal daarom ook geen toegang zoeken tot zorgaanbod. Hier is selectieve preventie van belang om deze groep op te sporen en toe te leiden naar het zorgaanbod. Deze vorm van preventie valt echter tussen de publieke gezondheid (gemeente verantwoordelijkheid) en cure in. Toegankelijkheid is daarmee sterk afhankelijk van de welwillendheid van gemeenten en zorgverzekeraars." (Soentken e.a., 2014).

Voor werknemers kan het eigen risico van de zorgverzekering een drempel zijn om bepaalde zorg af te nemen (Panteia, 2013).

Van den Broek e.a. (2008) zetten uiteen dat er ondanks wettelijke beperkingen wel mogelijkheden zijn voor verzekeraars om preventieve activiteiten te ondernemen. Zo kan de verzekerde gevraagd worden op vrijwillige basis hieraan mee te werken. "In de praktijk blijkt de vrijwillige deelname van werknemers hoog, worden gegevens "privacy-proof" verwerkt en geven werknemers achteraf aan tevreden te zijn over de initiatieven."

Opbrengsten voor zorgverzekeraar niet altijd duidelijk

Voor de zorgverzekeraar kunnen de baten van preventieve interventies een hoge klanttevredenheid en imago zijn (Puijenbroek & Visscher, 2013). Echter in het rapport van

Soentken e.a. (2014) wordt beschreven dat de financiering van preventieve geïntegreerde zorg niet altijd synchroon loopt met het primaire belang van verzekeraars. De zorgkosten kunnen op korte termijn juist hoger zijn en daarmee ontstaat er een hogere premie. Werknemers kunnen daardoor overstappen. Ook kunnen verzekerden na het gebruik van een interventie overstappen waardoor de baten niet terugkomen bij de verzekeraar.

Ook kunnen de baten van een zorgverzekering neerslaan bij een verzuimverzekeraar (lagere schadelast) en bij werkgevers in de vorm van een lagere premie voor de verzuimverzekering, minder productiviteitsverlies en lagere WIA-premie. Zorgverzekeraars profiteren op een meer indirecte manier, namelijk in de vorm van lagere zorgkosten. (Puijenbroek & Visscher, 2013)

Tenslotte, hoewel verzekeraars op zoek zijn naar een zo gunstig mogelijke verhouding tussen premie-inkomsten en zorguitgaven op de korte termijn, zijn verzekeraars ook gebaat bij omzetvergroting op de lange termijn. Dit verhoudt zich slecht met de inzet van preventieve interventies (Soentken e.a., 2014).

4.4 Naar een oplossing: een gezamenlijk belang

In de rapporten van Van den Broek e.a. (2008) en Soentken e.a. 2014 wordt geconcludeerd dat de oplossing ligt in het creëren van een gezamenlijk belang voor alle partijen, zowel werkgevers (branche) als de diverse verzekeraars. Van den Broek e.a. (2008) geven als mogelijke oplossing het creëren van een partnership waarbij een gezamenlijke verantwoordelijkheid c.q. belang wordt gecreëerd voor elkaars doelstellingen. Vanuit werkgevers- en inkomensverzekeraars perspectief gaat het dan om het voorkomen of beperken van ziekteverzuim en het verhogen van de arbeidsproductiviteit en –tevredenheid. Vanuit het zorgverzekeraar perspectief betreft het naast de beheersing van zorgkosten, ook het realiseren van toegevoegde waarde om onderscheidend te zijn in de collectiviteitsmarkt.

In het rapport van Soentken e.a. (2015) wordt benadrukt dat het verkrijgen van inzicht in de kosten en baten voor alle betrokkenen een belangrijk startpunt is. “Bij gezamenlijke inkoop moet voor alle betrokkenen duidelijk worden waar de kosten en opbrengsten liggen, bijvoorbeeld door het maken van een business case. Vooraf kan men afspraken maken over shared benefits. Voor alle betrokken partijen wordt gekeken naar kosten en baten en die worden achteraf verrekend. Het gaat hier om alle kosten (en baten), zoals de zorg, verzuim en re-integratie. De business case die hieruit ontstaat vormt dan de basis voor nieuwe afspraken.”

Van den Broek e.a. (2008) zetten verder uiteen dat een gezamenlijke verantwoordelijkheid en doelrealisatie vormgegeven kan worden in nieuwe verdienmodellen. Een model waarbij de werkgever, de zorgverzekeraar en de inkomensverzekeraar, eventueel op sectoraal niveau, een gezamenlijke, op maat uitgewerkte aanpak ontwikkelen en de kosten en baten van die aanpak gezamenlijk verdelen. Een paar kenmerken van een dergelijke aanpak zijn:

- Winstdeling: kosten en opbrengsten van verzuimreductie worden gedeeld tussen alle partijen: werkgevers, zorg- en inkomensverzekeraar;
- Werknemers betrekken door het vrijwillig bewaken van eigen gezondheid, bijvoorbeeld door hen met tools inzicht te geven in eigen gezondheid waarmee ze vervolgens aan de slag kunnen gaan.

4.5 Aandachtspunten bij het opzetten van een proeftuin

Er zijn een aantal uitdagingen voor de partijen die onderdeel uitmaken van de keten van arbeidsgerelateerde zorg. Voor brancheorganisaties ligt de uitdaging vooral in het meekrijgen van bedrijven (zij dienen het belang in te zien) en het maken van passende inhoudelijke afspraken met verzekeraars. Bij dit laatste is het van belang dat de juiste partijen namens de werkgevers en verzekeraars om de tafel zitten. Hierbij is men wel afhankelijk van de motivatie en belangen van verzekeraars. Vooral de zorgverzekeraar zal de baten van preventie niet altijd op korte termijn terugzien. Samenwerking tussen de branche, zorg- en inkomensverzekeraars kan een uitkomst bieden.

Het is onbekend in hoeverre sommige uitdagingen in de praktijk inmiddels beslecht zijn en in hoeverre branches nu inhoudelijk afspraken maken met zorgverzekeraars. Het is nuttig dit nader te inventariseren om goede voorbeelden te kunnen delen en aanpakken nader te kunnen optimaliseren.

Wanneer we in een proeftuin in de praktijk nieuwe aanpakken uitproberen en deze ontwikkelen richting een optimale aanpak is het belangrijk om de kosten en baten voor verschillende stakeholders goed in kaart te brengen. De ervaring leert dat iedereen achter het ideologische doel staat: gezond, veilig en duurzaam werken. Echter, niemand wil er financieel op achteruit gaan. Het ultieme doel is dat alle partijen er op vooruit gaan. Dit kan betrekking hebben op harde euro's, maar ook op kwaliteit van leven, imago etc. Daarom zou een kosten-baten analyse of health technology assessment (HTA) altijd deel moeten uitmaken van een proeftuin. Ook valt veel winst te behalen wanneer zorg- en verzuimverzekeraars meer zouden samenwerken. Hier zijn wettelijke beperkingen, maar zeker ook mogelijkheden.

5 Plan van aanpak

Deze verkenning vormt de basis om samen met stakeholders (werkgevers, brancheorganisaties, verzekeraars, uitvoerders) proeftuinen te starten om in de praktijk oplossingen en aanpakken uit te werken om de arbeidsgerelateerde zorg te verbeteren en de preventie van beroepsziekten te stimuleren.

Hieronder lichten we het plan van aanpak toe, waarbij we benadrukken dat het thema preventie beroepsziekten terugkomt bij de collectieve organisatie van arbeidsgerelateerde zorg.

5.1 Collectieve aanpak op brancheniveau

Voor het optimaliseren van een collectieve aanpak op brancheniveau zien we kansen bij bestaande branche initiatieven en nieuwe initiatieven. Hieronder lichten we de aanpak in stappen toe.

De keuze voor een branche baseren we op een aantal indicatoren:

- Urgentie: hoog risico op beroepsziekten binnen de branche en daarmee ook hoge kosten;
- Er zijn relatief veel MKB-bedrijven en ZZP-ers werkzaam binnen de sector/branche;
- Er is behoefte aan ondersteuning/centrale organisatie binnen de branche/bij de bedrijven;
- Er is sprake van een hoge organisatiegraad van bedrijven binnen de branche.

Stap 1: Selecteren van sectoren/branches op basis van urgentie en aandeel ZZP/MKB

Voor het bepalen van de urgentie hebben we de meest recente gegevens vanuit de Nederlandse Enquête Arbeidsomstandigheden (NEA, 2014) op een rij gezet (zie tabel 5.1). Ter vergelijking staan ook de meldingen van beroepsziekten door bedrijfsartsen ernaast. De tabel geeft een overzicht van het percentage werknemers dat het afgelopen jaar een zelf gerapporteerde beroepsziekte heeft opgelopen (vastgesteld door een arts). De kans op een beroepsziekte is in de gezondheids- en welzijnssector het grootst op basis van wat werknemers zelf rapporteren in de NEA 2014 (4,0%), gevolgd door de industrie (3,7%) en de bouw (3,6%). De zakelijke dienstverlening (3,1%) en de handel (3,0%) scoren ook relatief hoog, maar onder het gemiddelde.

Tabel 5.1 Beroepsziekten naar sector (NEA, 2014; PIM, 2015)

	Zelfgerapporteerd (NEA 2014)			Door bedrijfsarts gemeld (PIM 2015)	
	Aantal in beroepsbevolking	% van totaal beroepsziekten	Kans op beroepsziekte binnen sector (%)	Aantal meldingen naar opgegeven economische sector	Kans op beroepsziekte binnen sector (%)*
Landbouw, bosbouw en visserij	1.085	1%	1,3	58	0,146
Industrie (incl. delfstoffen/nuts/afval)	30.474	14%	3,7	143	0,212
Bouwnijverheid	10.736	5%	3,6	205	1,187
Groot- en detailhandel	33.853	16%	3,0	54	0,139
Vervoer en opslag	10.181	5%	2,9	63	0,216
Horeca	8.589	4%	2,9		
Informatie en communicatie	5.863	3%	2,8		
Financiële instellingen	6.217	3%	2,2	79	0,288
Zakelijke dienstverlening/ onroerend goed	27.227	13%	3,1		
Openbaar bestuur	12.240	6%	2,5	95	0,199
Onderwijs	12.535	6%	2,7	110	0,206
Gezondheids- en welzijnzorg	47.070	22%	4,0	222	0,160
Cultuur, sport en recreatie/overige dienstverlening	6.399	3%	2,9		
Overige sectoren	0	0%	0	58	0,052
Totaal	212.469	100%	3,2	1087	0,191

Vervolgens is binnen deze top 5 sectoren nagegaan of er specifieke sub-sectoren zijn waar de kans op een beroepsziekte relatief hoog is. In de zorg scoren vooral de sub-sector 'Verpleging, verzorging en begeleiding met overnachting' en 'Maatschappelijke dienstverlening zonder overnachting o.a. thuiszorg' hoog met een percentage werknemers met beroepsziekte van respectievelijk 4,4% en 4,7%. Binnen de industrie zijn er veel verschillende sub-sectoren waardoor de gegevens per sub-sector minder betrouwbaar zijn. Een relatief grotere sub-sector is 'Vervaardiging van meubels en overige goederen; reparatie en installatie van machines en apparaten', hier is het percentage werknemers met een beroepsziekte 5,5%. Binnen de bouw kan gezien de aantallen geen nadere uitsplitsing worden gemaakt. Binnen de handel scoort de sub-sector 'Handel in en reparatie van auto's, motorfietsen en aanhangers' relatief hoog met 4%. Binnen de dienstverlening is er geen sub-sector die er specifiek uitspringt.

In onderstaande tabel is een overzicht gegeven van het percentage ZZP-ers en MKB-bedrijven in de hoog risico sectoren.

Tabel 5.2: Aandeel ZZP en MKB in hoog risico sectoren (MKB in beeld, 2016).

Sector	% ZZP	% MKB
Bouw	69	19
Gezondheid	56	18
Zakelijke dienstverlening	57	16
Industrie	43	37
Groothandel	42	33
Detailhandel	39	42
Gemiddeld	52	24

We kunnen concluderen dat de sectoren zorg, industrie, handel, bouw en zakelijke dienstverlening hoog risicosectoren zijn. In de industrie en handel zijn relatief veel MKB-bedrijven, in de bouw, zorg en zakelijke dienstverlening zijn relatief veel ZZP-ers.

Stap 2: Interviews met selectie van branches

Op basis van bovenstaande selectie van branches zullen er interviews worden gepland met vertegenwoordigers vanuit de branche. Het doel van de interviews is tweeledig:

- Verzamelen van nieuwe of aanvullende informatie over de collectieve aanpak van beroepsziekten, deze informatie kan gedeeld worden met andere sectoren;
- Inventariseren van de haalbaarheid van een proeftuin, waarbij we nagaan of er een behoefte ligt, op welk vlak, of dit in een proeftuin kan worden vormgegeven en of partijen daarbij ook bereid zijn te investeren in termen van geld, tijd en energie.

In de interviews worden de volgende topics besproken:

Ontwikkelingen in de branche:

- 1) Organisatiegraad binnen de branche;
- 2) Trends en ontwikkelingen rondom preventie beroepsziekten en arbeidsgerelateerde zorg.

Organisatie van arbeidsgerelateerde zorg:

- 3) Behoeftte aan ondersteuning vanuit bedrijven rondom arbeidsgerelateerde zorg;
- 4) Knelpunten rondom de van organisatie van arbeidsgerelateerde zorg;
- 5) Activiteiten van de branche rondom arbeidsgerelateerde zorg;
- 6) Aandacht voor preventie van beroepsziekten;
- 7) Cultuurverandering als onderwerp.

Stakeholders:

- 8) Betrokken partijen in de branche;
- 9) Rol van verzekeraars.

Resultaten en toekomst:

- 10) Resultaten van huidige aanpak;
- 11) Uitdagingen voor de toekomst.

Op basis van de interviews wordt bekeken of er kansen zijn voor verbetering van de huidige aanpak en met welke stakeholders nader in gesprek kan worden gegaan. Hierbij zullen in ieder geval verzekeraars en verzekeringstussenpersonen worden betrokken. Met hen gaan

we kijken waar de schadelast het grootst is. Ook zal worden nagegaan of er kansen zijn om op regionaal niveau zaken op te pakken.

Stap 3: Go/no go proeftuin

Op basis van de gesprekken zal blijken of het mogelijk is een proeftuin te starten. Daarnaast kunnen de ervaringen van de branche in een passende vorm worden gegoten.

Bijlage 1 Onderzoek door IZZ

Dit betreft het wetenschappelijke interventie-onderzoek 'Gezond en veilig werken in de zorg'. Dit onderzoek is het vervolg op het in 2014 uitgevoerde vragenlijstonderzoek 'Gezond werken in de zorg.' Hieruit bleek dat een groot deel van de zorgmedewerkers lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen ervaren: 85% van de zorgmedewerkers heeft klachten aan het bewegingsapparaat en 6% is emotioneel uitgeput. Dit leidt tot een lagere vitaliteit van medewerkers en een hoger verzuim. Ook heeft dit effecten op presentisme (werken terwijl men ziek is) en een lagere medewerker- en patiënttevredenheid.

Belangrijkste aanknopingspunt om de fysieke en psychosociale problematiek en de medewerker- en patiënttevredenheid te verbeteren is het verbeteren van organisatieklimaat. Het blijkt dat interventies om het organisatieklimaat te verbeteren het meest succesvol zijn als zij ingrijpen op verschillende punten in de organisatie. Een langdurige verbetering treedt dus alleen op indien er sprake is van een integraal programma. In dit interventie-onderzoek wordt het programma 'Gezond en veilig werken in de zorg' getoetst. Het programma heeft als doel om het organisatieklimaat binnen zorgorganisaties te verbeteren. Het programma bestaat uit drie onderdelen:

- 1) **Gezond samenwerken**
Het team bereidt het teamoverleg voor d.m.v. een online discussiemethodiek over gezond en veilig samenwerken en bespreekt de uitkomsten tijdens het teamoverleg;
- 2) **Gezond leidinggeven**
De leidinggevende van het team krijgt teamcoachingsvaardigheden aangereikt om het team te leren op zelfstandige wijze gezonder en veiliger te werken;
- 3) **In gesprek met de bestuurder**
De bestuurder gaat in gesprek met het team over problemen en knelpunten op het gebied van gezond en veilig werken.

Tijdens het doorlopen van de drie onderdelen wordt de verbetering van het organisatieklimaat ingezet via twee assen:

- 1) **Het vergroten van kennis** bij de deelnemende teams over en toepassen van het huidige beleid en procedures binnen de organisatie op het gebied van gezond en veilig werken;
- 2) **Het vergroten van motivatie**, de bereidheid van medewerkers van de deelnemende teams om zich tijdens het werk veilig en gezond te gedragen.

De belangrijkste inhoudelijke thema's in het programma zijn het verbeteren van het **fysieke en psychosociale veiligheidsklimaat**.

Bron:

<https://stichtingizz.nl/gezond-werken/gezond-werken-in-een-gezond-organisatieklimaat>

Bijlage 2 Praktijkvoorbeelden collectieve aanpak branche

Tabel: Overzicht voorbeelden literatuur branche-aanpakken

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
1	Bouw	<p>Arbouw*: Werkgevers en werknemers Arbodiensten van aangesloten bedrijven</p> <p>Financiering: In cao vastgelegde premieafdracht van werkgevers via O&O fondsen.</p> <p>* Arbouw stopt, per 1 juli 2016 gaat een nieuw Kennis- en adviescentrum duurzame inzetbaarheid Bouw & Infra van start.</p>	<p>Zorg In overleg voor aansluiting op advies bedrijfsartsen.</p>	<p>Wat: preventie Arbouw richtte zich op drie taken: het onderzoeken van gezondheidsrisico's in de branche, informatievoorziening daarover, en het organiseren van preventieve gezondheidszorg voor werknemers in de branche. De focus lag op preventie, verzuim en re-integratie zijn een zaak voor de werkgever. Daartoe sloot Arbouw contracten af met (29) arbodiensten van de aangesloten bedrijven. Deze diensten roepen werknemers op voor zogenaamde PAGO's (Periodiek Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek), die vergoed worden door Arbouw (volgens cao-pakket preventiezorg). Arbouw had overleg met zorgverzekeraars om de vergoedingen van de verzekeraars te laten aansluiten bij de adviezen die door bedrijfsartsen in het kader van de uitvoering van het cao-pakket worden gegeven. Daarnaast kwam ook ontdebelling van kosten ter sprake.</p> <p>Resultaten: De resultaten zijn niet helder, hoewel de algemene overtuiging is dat deze vorm van branchebrede organisatie er sterk aan heeft bijgedragen dat verzuimcijfers in de bouw goed onder controle zijn (Witkamp e.a., 2013). Volgens een berekening in het rapport van Van Puijenbroek e.a. (2014) is er wel sprake van een verzuimreductie.</p> <p>Uitdaging: -</p>	Witkamp e.a., 2013/ Van Puijenbroek e.a., 2014

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
2	Agrarische sector	<p>Colland (Collectief, Land- en Tuinbouw in Holland) hieronder vallen: BPL Pensioenen; Colland Arbeidsmarktbeleid; Colland Zorg verzekering; Stigas (Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren)</p> <p>Verder betrokken: Werkgevers en werknemers Stigas (Stichting Gezondheidszorg Agrarische Sectoren) Arbodiensten Sazas (verzuim- en inkomen) Zilveren Kruis/Achmea</p> <p>Financiering: O&O fonds Colland en inkomsten vanuit verzuimbegeleiding.</p>	<p>Inkomen, zorg Colland Zorg en Zilveren Kruis Achmea werken met elkaar samen en hebben een gericht aanbod ontwikkeld voor de agrarische en groene sector (o.a. korting op beschermingsmiddelen).</p> <p>SAZAS (verzuim- en inkomen) is gespecialiseerd in deze sector en biedt voor deze sector specifieke producten en diensten, ook voor werknemers en zzp'ers/gezinsbedrijven.</p>	<p>Wat: preventie, verzuim, re-integratie Stigas is:</p> <ul style="list-style-type: none"> kenniscentrum op het gebied van arbeidsomstandigheden en verzuimpreventie; uitvoerder van preventiediensten; regisseur van verzuimpreventie. <p>Preventief medisch onderzoek zit niet in de cao, en moet het dus door werkgevers individueel vergoed worden. Wél heeft Stigas een preventief medisch spreekuur dat vrij toegankelijk is. Verder heeft Stigas een nauwe band met de arbobedrijven die werkzaam in de branche. Arbodienst ArboVitale ingehuurd voor bedrijfsartsen en re-integratieadviseurs . Preventieadviseurs, bedrijfsartsen en re-integratieadviseurs werken nauw samen en komen ook regelmatig bijeen. Samenwerking met reguliere zorg en kennisinstellingen (rondom ziekte van Lyme, Q-koorts, kanker).</p> <p>Resultaten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inzet casemanager leidt tot sneller herstel Opbellen na twee dagen ziekmelding, lager verzuimpercentage en meldingsfrequentie Werkplek bezoek en advies positief effect op ziekteverzuimduur Collectieve inkoop besparing voor werkgever op arbopakketten <p>Uitdaging: Een lastig punt voor Stigas is de samenwerking met zorgverzekeraars wanneer het gaat om specialistische bedrijfsgeneeskundige zorg. Bijvoorbeeld wanneer iemand met een paprika-pollenallergie naar de huisarts gaat. Deze huisarts zal de allergie niet herkennen, en behandelen voor astma of hooikoorts. De bedrijfsarts zou het daarentegen sneller herkennen, maar de zorgverzekeraar vergoedt dat niet; de werkgever moet dat betalen. Ook als daar een verwijzing naar een specialist uit volgt wordt dat niet vergoed. Stigas probeert ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars dat vergoeden, maar dat lukt niet. Volgens Stigas zou dat voor de Zorgverzekeraars uiteindelijk ook voordelig zijn. (Witkamp e.a., 2013).</p>	Witkamp e.a. 2013/ Van Puijenbroek e.a., 2014/SER, 2014

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
3	Apotheeksector	<p>Het Brancheloket Apotheken: is een samenwerkingsverband tussen reïntegratiebedrijf Keerpunt, de arbodienst ArboNed en inkomensverzekeraar De Amersfoortse. ArboNed: verzorgt de arbodienstverlening binnen het Brancheloket Apotheken. Keerpunt: verzorgt de begeleiding bij de re-integratie; met de casemanager van Keerpunt heeft een werkgever doorgaans het meest contact.</p> <p>Stichting Bedrijfsfonds Apotheken (SBA): coördineert de activiteiten van het Brancheloket Apotheken namens de cao-partijen (werkgevers en werknemers) in de apothekbranche.</p> <p>Financiering: Apotheken dragen af aan SBA</p> <p>Link: http://www.brancheloketapotheken.nl</p>	<p>Verzuim Verzuimverzekeraar de Amersfoortse: bij deze verzekeraar hebben alle apotheken die zijn aangesloten bij het Brancheloket Apotheken een verzuimverzekering afgesloten.</p>	<p>Wat: preventie, verzuim en re-integratie</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preventie van verzuim <ul style="list-style-type: none"> - Verzuimprotocol in de apotheek - Aanpak werkdruk - Activeren werkgever/goed werkgeverschap - Verzuim door psychische klachten en door klachten aan het houding- en bewegingsapparaat. 2. Terugdringing ziekteverzuim/verzuimreductie <ul style="list-style-type: none"> - Terugdringen verzuimpercentage - Terugdringen langdurig verzuim/verzuimdagen - Frequent verzuim 3. Goede Arbo-dienstverlening <ul style="list-style-type: none"> - Tevredenheid van klanten - Tijdigheid aanvraag WIA 4. Monitoren instroom WIA <ul style="list-style-type: none"> - Goede registratie van langlopende ziektegevallen - Adequate aanpak bij hoog risico WIA instroom <p>Wanneer sprake is van verzuim van een werknemer geeft de werkgever dit elektronisch door aan het Brancheloket Apotheken. Op uiterlijk de derde dag bespreekt Keerpunt de ziekmelding met de werkgever en indien nodig ook met de werknemer. Zodoende kan worden geïnventariseerd welke acties nodig zijn.</p> <p>Resultaten: De opbrengsten ten aanzien van verzuimreductie van de complexere interventies bedroegen in 2006 in totaal € 1,2 miljoen. Hierbij is uitgegaan dat voor de apothekers die zijn aangesloten bij ArboExtra relatief evenveel interventies zijn uitgevoerd als bij de apothekers die zijn aangesloten bij ArboNed. Kosten: De kosten van deze complexere interventies bedroegen in 2006 ongeveer € 326 duizend. Deze kosten worden veelal voor 50% vergoed door de werkgever en voor 50% door de inkomensverzekeraar. Naast deze kwantitatieve voordelen levert het Brancheloket Apothekers de aangesloten organisaties ook gemak op. De apothekers hoeven alleen het verzuim van hun werknemer</p>	Van den Broek, 2008

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
				<p>elektronisch door te geven en vervolgens faciliteert het Brancheloket Apotheken alle daarop volgende acties.</p> <p>Uitdaging: -</p>	

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
4	Drogisterij	<p>Verzuimloket Drogisterij: De branche heeft een eigen verzuimloket/arbodienst Stichting Remedium. De KNDB (werkgeversvereniging) heeft dit verzuimloket in 1999 samen met Zilveren Kruis Achmea opgericht. Het verzuimloket is er ook voor de tabaksbranche.</p> <p>Financiering: Leden van de KNDB (en NSO) krijgen korting op de dienstverlening.</p> <p>Link: http://www.remedium.org/</p>	<p>Inkomen, verzuim, zorg WUTHRICH (tussenpersoon) voor verzuim en WGA en collectieve zorgverzekering.</p>	<p>Wat: verzuim en re-integratie Remedium verzorgt de verzuimadministratie, het casemanagement bij verzuim en arbodienstverlening. De ziek- en herstelmeldingen en personeelsmutaties worden automatisch doorgegeven aan de verzuimverzekeraar WHUTRICH, waarmee de brancheorganisatie KNDB een collectieve contract mee heeft, zodat werkgevers slecht één keer de gegevens hoeven aan te melden. Verder heeft de KNDB:</p> <ul style="list-style-type: none"> - collectieve verzuimverzekering via assurantiën tussenpersoon WUTHRICH (voorheen bij Zilveren Kruis Achmea). WUTHRICH verzorgt als tussenpersoon voor de KNDB ook de onderhandelingen met Avéro Achmea. - collectieve WGA eigenrisicodragerschapverzekering via WUTHRICH. In de CAO is een WIA-loonaanvullingsregeling opgenomen voor het derde, vierde en vijfde ziektejaar. - Stichting Werkt(t): fonds in beheer van Sociaal Fonds Drogisterij Branche voor dekking WAO-aanvulling voor zzp-ers, ingezet voor voorkomen WIA instroom (interventies). - Collectieve zorgverzekering (lage dekking) <p>Resultaten: geen business case</p> <p>Uitdaging: Mogelijkheden die Werk(t) biedt verder bekendmaken bij andere arbodiensten, werkgevers en werknemers. De kosten van een interventie wegen niet altijd op tegen de baten van het verkorten van verzuim (relatief lage verzuimkosten), waardoor de verzekeraar kan beslissen niet over te gaan tot het financieel bijdragen aan een interventie.</p>	Van Puijenbroek & Visscher, 2013

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
5	Mobiliteitsbranche	<p>De Bedrijfsraad Motorvoertuigenbedrijf en Tweewielerbedrijf – zorgt als overlegplatform van werkgeversorganisatie BOVAG en de werknemersorganisaties (FNV, CNV, Unie) – er onder meer voor dat deze cao-afspraken worden uitgevoerd.</p> <p>De sociale partners hebben een platform met informatie voor werkgevers en werknemers: mensmobiel.nl en arbomobiel.nl.</p> <p>Financiering: Afdracht aan OOMT en OOTW (Opleidings- en Ontwikkelingsfondsen) en Sociale fondsen voor activiteiten mensmobiel/adviseurs.</p> <p>Links: http://mensmobiel.nl/ http://arbomobiel.nl/ http://www.bovemij.nl/</p>	<p>Inkomen, verzuim, zorg Inkomensverzekeringscontracten, in combinatie met arbodienstverlening: via Bovemij De Arbodienst, via de Bovag Arboned</p> <p>NV schade voor aanvulling WIA.</p> <p>Drie collectieve zorgverzekeringen (Agis, Ohra en Zilveren Kruis Achmea)</p>	<p>Wat: preventie, verzuim, re-integratie Informatie voor werkgevers en werknemers over duurzame inzetbaarheid, veilig en gezond werken, ziekte en arbeidsongeschiktheid (mensmobiel.nl). Van hieruit wordt doorgelinkt naar Bovemij en NV schade.</p> <p><i>Bedrijfsraad:</i> voert onderzoek uit, ontwikkelt arbobeleid en zorgt ervoor dat dit beleid ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd. De Bedrijfsraad ontwikkelt de branche RI&E en arbocatalogus en informeert de ondernemers in de mobiliteitsbranche hierover. Twee arbo-attenticoaches bezoeken bedrijven om de producten voor veilig werken onder de aandacht te brengen. Bijkomend voordeel is dat de Bedrijfsraad op die manier de preventiemedewerkers in beeld krijgen, zodat ze die gericht kunnen benaderen. Ook zorgt de Bedrijfsraad voor de subsidieverstrekking van de in de CAO opgenomen subsidies voor 1e en 2e spoor-re-integratie. Omdat de Bedrijfsraad CAO afspraken uitvoert, zijn de producten en subsidies beschikbaar voor alle bedrijven die onder de CAO vallen.</p> <p><i>Bovemij de brancheverzekeraar</i> is een volle dochter van BOVAG; ongeveer driekwart van de aandelen is in handen van de BOVAG en de rest van individuele leden van de BOVAG en personeel. De brancheverzekeraar Bovemij heeft een centrale rol in de keten. Zij bieden een verzuimverzekering in combinatie met arbodienstverlening. De verzekeraar werkt zeer nauw samen met de arbodienst. Ook heeft de verzekeraar aandeel in de verzekeringen die aanvulling op de WIA afdekken. Daardoor heeft Bovemij behalve de financiële prikkel om het verzuim zo laag mogelijk te houden ook financieel belang bij het voorkomen van instroom in de WIA. De verzekeraar heeft dus dubbel belang bij vroegtijdig herstel bij verzuim. De sleutelrol van Bovemij komt ook terug in het feit dat Bovemij als assurantietussenpersoon de collectieve zorgverzekeringen voor de branche afsluit. Daardoor maakt Bovemij de overweging om een branchespecifieke aanvullende zorgverzekering gratis aan te bieden.</p> <p>Vanuit de CAO Metaal en Techniek is de <i>NV Schadeverzekering</i> opgericht. Deze biedt conform CAO-afspraken een aanvullende WIA-verzekering. Werknemers zijn conform de CAO automatisch verzekerd tenzij ze binnen drie maanden aangeven hier geen gebruik van te willen maken. Werkgevers en werknemers betalen ieder de helft van de premie. Bovemij heeft ook een aandeel in de NV</p>	Van Puijenbroek & Visscher, 2013

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
				<p>Schadeverzekering. Hierdoor is er een gedeeld belang om de instroom in de WIA zo laag mogelijk te houden.</p> <p>Resultaten: geen business case</p> <p>Uitdaging: -</p>	

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
6	Kleinmetaal	<p>Koninklijke Metaal Unie (KMU)</p> <p>Financiering: afdracht bedrijven aan KMU/5x beter</p> <p>Links: http://metaalunie.nl/ https://www.5xbeter.nl/site http://www.kmuverzekeringen.nl/ https://www.mevas.nl/</p>	<p>Inkomen, verzuim, zorg</p> <p>Mevas tussenpersoon voor schade, inkomen en zorg. KMU verzekeringen voor verzuimverzekering en NV schadeverzekeringen.</p>	<p>Wat: preventie, verzuim, re-integratie</p> <p>Activiteiten KMU:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inzet op dialoog: actieve buitendienst die in gesprek gaat met bedrijven - Programma rondom duurzame inzetbaarheid samen met MKB NL: http://metaalunie.nl/themas/duurzaaminzetbaar - 5x beter voor metaalbewerking en metalektro: 5xbeter is een project van de vijf cao-partijen in de metaalbewerking en metalektro: Koninklijke Metaalunie, FME, FNV Metaal, CNV Vakmensen en De Unie. Verenigd in 5xbeter zetten zij zich in voor het verbeteren van de veiligheid en gezondheid in de metaal. 5xbeter doet dit via de ontwikkeling van de arbocatalogus (die 5xbeter Verbeterchecks noemt) en de inzet van Verbetercoaches. Kosteloos voor cao bedrijven. <p>De KMU heeft een tussenpersoon Mevas opgericht. Mevas is een 100% dochteronderneming van de KMU en behartigt als intermediair de belangen van de leden van de KMU op het gebied van schade-, zorg- en inkomensverzekeringen. Een tweede dochter van de KMU is KMU Verzekeringen, welke verzuimverzekeringen biedt die zijn toegespitst op de metaalbranche.</p> <p>Werknemers in de metaal zijn conform de CAO automatisch verzekerd bij NV Schadeverzekeringen voor aanvullende WIA-verzekeringen, tenzij ze binnen drie maanden aangeven hier geen gebruik van te willen maken. Werkgevers en werknemers betalen ieder de helft van de premie.</p> <p>KMU Verzekeringen heeft samen met Mevas een werkgeversloket ingericht genaamd ReaDirect. ReaDirect bestaat uit een online portal waar werkgevers terecht kunnen voor aan- en afmeldingen van verzuim en biedt arbodienstverlening van 365 ArboNed of Maetis Ardyn. Daarnaast voert ReaDirect het casemanagement uit volgens de Wet Verbetering Poortwachter en vormt het loket de schakel tussen de verzuimverzekeraar, de arbodienstverlener en de werkgever.</p>	Van Puijenbroek & Visscher, 2013

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
				<p>Resultaten: Voor een fictief bedrijf is berekend wat ondersteuning door Mevas oplevert. Verzuimreductie, lagere premie verzuimverzekering, lagere kosten voor arbodienstverlening en preventieve maatregelen. Voor medewerkers premiekorting op verzuimverzekering. Baten voor de branche: investeringen in gezondheidsbeleid, behoud arbeidspotentieel, imago, inzicht in verzuim, ontzorgen van werkgevers, aantrekkelijkheid lidmaatschap voor de brancheorganisatie.</p> <p>Uitdaging: “KMU en Mevas geven aan dat het nog wel lastig is om ook voldoende aandacht voor preventie van de dienstverleners te krijgen. Dienstverleners trekken verzuim en zorg naar zich toe (o.a. vanwege financieel voordeel), maar voor preventie geldt het tegenovergestelde. Daarbij speelt de vraag: loont het daadwerkelijk om te investeren in preventie en voor wie loont dat? De KMU en haar partners overwegen daarom een preventiefonds op te richten zodat branchespecifieke, preventieve activiteiten ingezet kunnen worden. Wat opvalt aan de aanpak van de KMU en Mevas is dat zij inzetten op de dialoog met werkgevers die hen moet aanzetten tot actie wat betreft het gezondheidsbeleid. KMU en Mevas spelen daarbij een prominente rol. Uit een pilot onderzoek uitgevoerd door Mevas en KMU blijkt dat het werkt om met werkgevers aan tafel te zitten en te praten over verzuim, waarbij het confronteren met kosten een goede drijver is.”</p>	

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
7	Grafimedia	Koninklijke KVGO Verzuimsteunpunt Grafimedia (VSPG) Financiering: -	Inkomen, verzuim, zorg Voor de zorg is een collectief contract afgesloten met zorgverzekeraar Zilveren Kruis Achmea. Voor het verzuimproces/WIA zijn afspraken gemaakt met Centraal Beheer Achmea. Daarnaast zijn er afspraken met een private WGA verzekeraar.	Wat: preventie, verzuim en re-integratie Door de samenwerking met de zorgverzekeraar en de verzuimverzekeraar die de samenwerking met de arbodiensten weer opzoekt, wordt een breed scala van producten aangeboden. Het verzuimsteunpunt is met Centraal Beheer Achmea opgezet. Voor afnemende bedrijven: helpdesk, verzuim en re-integratie begeleiding, wachtlijstbemiddeling, hulp bij aanvraag subsidies UWV, en hulp bij aanvraag interventies zorg – en verzuimverzekering, plus link naar 'Present' pakket van zorgverzekeraar (ondersteuning en advies bij gezondheidsmanagement). De rol van het KVGO zit hem met name in het maken van afspraken op het gebied van preventie, verzuim en re-integratie en vervolgens het communiceren naar haar leden van de beschikbare dienstverlening. Er worden bijeenkomsten georganiseerd voor leden. Een buitendienst met adviseurs is om financiële redenen gestopt. Resultaten: - Uitdaging: Kosten voor adviseurs hoog	Van Puijenbroek & Visscher, 2013

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
8	Transport	<p>Sector Instituut Transport en Logistiek (STL)*</p> <p>Financiering: Afdracht bedrijven/werknemers aan SOOB fonds en geld uit gecontracteerde dienstverlening en (ESF) subsidies.</p> <p>*De beschrijving in het rapport van Capgemini is nog gebaseerd op de organisatie Gezond Transport. Sinds januari 2015 zijn Gezond Transport, VTL en Fuwa gefuseerd in STL.</p>	<p>Geen</p> <p>Wel collectieve zorgverzekering via de sociale partners.</p>	<p>Wat: preventie, verzuim re-integratie</p> <p>De activiteiten van STL zijn onder te verdelen in: 1) de functie van kennis- en adviescentrum en 2) de verzuimbegeleiding en re-integratie 1e en 2e spoor door het onderdeel Re-integratie Centrum Wegvervoer (RCW).</p> <p>Activiteiten die vanuit het SOOB fonds gefinancierd worden zijn: ondersteuning bij RIE's, bedrijfsbezoeken, adviestrajecten, informatieverstrekking op verzoek, werkplek-onderzoeken, media-uitingen, voorlichtingsbijeenkomsten en scholing voor re-integratie buiten de sector.</p> <p>Gezond Transport had zelf geen collectieve contracten met zorgverzekeraars of zorgaanbieders. Wel bieden sociale partners in de sector, TLN, VVT, FNV Bondgenoten en CNV Vakmensen, een collectieve zorgverzekering van Zilveren Kruis Achmea met een pakket dat sector specifiek is.</p> <p>Zilveren Kruis Achmea heeft samen met het Integraal Centrum voor Arbeidsrelevante Aandoeningen (ICARA) en de Polikliniek Mens en Arbeid AMC het Medisch Expertise Centrum Vervoer (MECV) opgericht om snel de juiste diagnose te kunnen stellen bij vervoersspecifieke klachten.</p> <p>Resultaten: Reductie verzuim en WIA-instroom</p> <p>Uitdaging: -</p>	Van Puijenbroek e.a., 2014

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
9	Arboflexbranch e	<p>Stichting Arbo Flexbranches (STAF) paritaire stichting: De Unie, FNV Bondgenoten, CNV Dienstenbond, LBV en de werkgeversorganisaties ABU en NBBU</p> <p>Financiering: Sociaal Fonds Uitzendbranche, ,2% van de loonsom door werkgevers.</p>	Geen	<p>Wat: preventie, verzuim, re-integratie STAF biedt informatie en instrumenten om het ziekteverzuim en de daaropvolgende arbeidsongeschiktheid terug te dringen. Zowel op de vaste medewerkers van de uitzendbranche (werkzaam op de vestigingen) als op de uitzendkrachten gericht. Activiteiten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arbocatalogus - Project Zicht op Verzuim, met gratis advies over aanpak verzuim, inzet verzuimcalculator (project is afgerond) - Arbochecklists voor inlenende bedrijven - Handreiking arbocatalogi voor andere branches, met aandacht voor uitzendkrachten - Tools voor uitzendkrachten. - Werkproces verkorten verzuimduur eerste zes weken met UWV en convenant met UWV, beter aan het werk, gericht op langdurig verzuim, om mogelijkheden tot werkhervatting te vergroten. <p>Resultaten: Geen business case, wel dalende trend percentage arbeidsongevallen, langdurig verzuim neemt af, en dalende trend ziekteverzuim.</p> <p>Uitdaging: -</p>	Van Puijenbroek e.a., 2014

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
10	Kinderopvang (welzijn, jeugdzorg)	<p>FCB (fonds collectieve belangen) Branches Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening, Jeugdzorg en Kinderopvang. O.a. ondersteunende functie op veilig en gezond werken (werkgevers- en werknemersorganisaties Jeugdzorg Nederland, MOgroep, Brancheorganisatie Kinderopvang, Abvakabo FNV en CNV Publieke Zaak)</p> <p>Financiering: Afdracht aan A&O fonds</p>	Geen	<p>Wat: preventie, verzuim, re-integratie Ondersteuning rondom:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leren en Ontwikkelen, - Gezond en Veilig Werken, - Sterker op de Arbeidsmarkt en - Arbeidsmarktinformatie. <p>Waarvoor producten en diensten worden ontwikkeld per thema en branche. Rondom gezond en veilig werken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - RI&E - Arbocatalogus - Werkdrukspel - Website over agressie - Advies vitaliteit en inzetbaarheid <p>Verzuim: kosteloos systeem beschikbaar voor verzuimmanagement. Organisaties kunnen met dit systeem hun verzuim registreren, beoordelen en managen. FCB koopt om een onafhankelijke positie te behouden bewust geen verzuimverzekeringen of arbodienstverlening in. Dit past niet bij de taken van het A&O-fonds en ligt bij de werkgeversorganisatie Jeugdzorg Nederland.</p> <p>Resultaten: geen business case, geen zicht op resultaat.</p> <p>Uitdaging: meten van resultaat</p>	Van Puijenbroek e.a., 2014

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
11	HORECA	<p>Koninklijke Horeca Nederland (KHN) en het Bedrijfschap Horeca en Catering*</p> <p>Horeca geen paritaire (werkgevers en werknemers) organisatie die specifiek gericht is op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden in de sector.</p> <p>Financiering: De leden van KHN dragen contributie af. Voor de activiteiten van het Bedrijfschap Horeca en Catering geldt een verplichte heffing. De reguliere heffing is opgebouwd uit een basisheffing en een loonsomheffing</p> <p>*per 1 januari 2015 opgeheven: http://www.kenniscentrumhoreca.nl/afbouw-bedrijfschap-horeca</p>	Zorg en verzuim	<p>Wat: preventie, verzuim</p> <p>Producten KHN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verzekeringen: verzuim (icm verzuimbegeleiding) en zorgverzekering voor medewerkers voor aangesloten bedrijven, korting op premie. - Arbocatalogus - Regioadviseurs (niet specifiek rondom veilig en gezond werken) voor aangesloten bedrijven. <p>Bedrijfschap:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tips en voorlichtingsmateriaal rondom veilig werken - Verzuimkostentool - Campagne Sjaak in de Horeca <p>Naar aanleiding van de privatisering van de ziektewet was KHN één van de eersten die starten met het aanbieden van risicodekkingen in de vorm van verzuimverzekeringen onder een mantelovereenkomst. KHN werkt samen met verzekeraars om zowel werkgevers in de vorm van een verzuimverzekering in combinatie met verzuimbegeleiding te ontzorgen, als voor de werknemer in de vorm van een zorgverzekering.</p> <p>Resultaten: Geen business case. KHN geeft aan dat door de directere verzuimbegeleiding en interventies leden het beter doen dan de branche benchmark.</p> <p>Uitdaging: Nemen van risico beperkende maatregelen is voor ondernemers lastig, ze zijn niet altijd aangesloten, waardoor de invloed van KHN ook beperkt is.</p>	Van Puijenbroek e.a., 2014

Nr.	Branche	Betrokken organisaties: Initiatiefnemer/overige Financiering	Betrokken verzekeraars	Beschrijving	Bron
12	Zorg	<p>Stichting IZZ De werkgevers worden vertegenwoordigd door: Jeugdzorg Nederland, NVZ Vereniging van Ziekenhuizen, GGZ Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland en ActiZ. De werknemers door: FNV Zorg en Welzijn, CNV Publieke Zaak, NU'91 en de Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg.</p> <p>Financiering:</p> <p>Link: https://stichtingizz.nl/over-stichting-izz</p>	Zorgverzekeraar Verzekeraar (VGZ)	<p>Wat: preventie, verzuim Stichting IZZ is een collectief van werkgevers en werknemers in de zorg. Hierbij treedt Stichting IZZ op als belangenbehartiger namens haar leden: zorgmedewerkers met een collectieve IZZ Zorgverzekering. Stichting IZZ maakt namens het collectief afspraken over de inhoud, premie en service van de IZZ Zorgverzekering met de uitvoerend zorgverzekeraar.</p> <p>Stichting IZZ geeft vorm aan de inhoud van de IZZ Zorgverzekering op basis van de behoefte van zorgmedewerkers en het werken in de zorg. Hiernaast doet Stichting IZZ onderzoek naar mogelijkheden om de gezondheid en inzetbaarheid van zorgmedewerkers te verbeteren. Daarvoor werkt zij samen met sociale partners en zorgorganisaties. De verkregen inzichten en kennis worden vervolgens gedeeld met de zorgsector.</p> <p>Een van de initiatieven is de toepassing van een handleiding met een stappenplan om tot afspraken over arbeidsgerelateerde zorgproducten te komen (zie bijlage 3).</p> <p>Resultaten: - Uitdaging: -</p>	Arbeid en Gezondheid, 2015

Bijlage 3 Praktijkvoorbeeld Stichting IZZ en coöperatie VGZ

Stichting IZZ is een collectief van werkgevers en werknemers in de zorg. Hierbij treedt Stichting IZZ op als belangenbehartiger namens haar leden: zorgmedewerkers met een collectieve IZZ Zorgverzekering. Stichting IZZ maakt namens het collectief afspraken over de inhoud, premie en service van de IZZ Zorgverzekering met de uitvoerend zorgverzekeraar (Coöperatie VGZ).

Bijna een half miljoen Nederlanders hebben een collectieve zorgverzekering bij IZZ, waarvan 220.000 werkend direct in de zorg. Stichting IZZ heeft met 220.000 leden inzicht in het zorggebruik van deze groep. Stichting IZZ doet jaarlijks onderzoek naar de zorgbehoefte van de zorgmedewerkers. Stichting IZZ verwacht dat coöperatie VGZ vervolgens gaat voor een onderscheidend en positief zorginkoopbeleid voor de IZZ Zorgverzekering. Daarbij is coöperatie VGZ, net als Stichting IZZ, gebaat bij een passend zorgaanbod voor de groep collectief verzekerde zorgmedewerkers.

Het programma Arbeid en Gezondheidszorg ontwikkelde handleiding met een stappenplan om tot afspraken over arbeidsgerelateerde zorgproducten te komen (2015):

- 1) Maak scherp uit welke doelgroep je achterban bestaat;
- 2) Laat zien hoe het huidige zorgpad eruit ziet;
- 3) Maak inzichtelijk tegen welke grootste zorgproblemen deze doelgroep aanloopt;
- 4) Als mogelijk, kwantificeer de problemen in termen van geld;
- 5) Maak inzichtelijk welke evidence of behoefte er is om het zorgpad te verbeteren;
- 6) Geef de huidige strategie van de zorgverzekeraar bij het inkopen van de relevante zorg weer;
- 7) Laat zien wat de GAP is tussen de huidige zorginkoop en de wenselijke zorginkoop;
- 8) Ga op basis van bovenstaande in gesprek met de zorgverzekeraar;
- 9) Zorg dat de resultaten van vernieuwd zorgaanbod zo veel mogelijk meetbaar zijn;
- 10) Maak samen met de verzekeraar een plan hoe het relevante zorgaanbod te beïnvloeden is;
- 11) Communiceer over de resultaten met de achterban (en zorgverzekeraar);
- 12) Blijf in gesprek met de zorgverzekeraar om ook voor de volgende jaren de stijgende lijn vast te houden!

Hieronder staat hoe IZZ dat doet:

Stap 1: maak scherp uit welke doelgroep je achterban bestaat

De meest geconsumeerde arbeidsrelevante zorgsoort voor zorgmedewerkers is fysiotherapie. Maar liefst 85% van de zorgmedewerkers ervaart klachten aan het bewegingsapparaat. Voor problemen aan het bewegingsapparaat heeft 54% in het afgelopen jaar minimaal één zorgverlener geconsulteerd (fysiotherapeut 38%, huisarts 26%). Het gebruik van fysiotherapie onder zorgmedewerkers is 1,5 maal hoger dan het gebruik van fysiotherapie voor gemiddeld werkend Nederland. Tussen de branches zijn er grote verschillen in fysiotherapiegebruik. Omgerekend naar gemiddelde kosten per 1.000 medewerkers is het verschil tussen het hoogste (gehandicaptenzorg € 161.700) en laagste

(ziekenhuiszorg €118.100) gebruik per branche € 43.600. Tussen zorgorganisaties onderling lopen de (onverklaarbare) verschillen zelfs op tot een factor zeven.

Daarnaast volgt uit de onderzoeken dat er een relatie bestaat tussen zorggebruik, ziekteverzuim en medewerker- en patiënttevredenheid in de ziekenhuisbranche. Er is een hoog ziekteverzuim zichtbaar bij organisaties met een hoog percentage fysiotherapiegebruikers. Bij dezelfde groep is tevens een lagere medewerker- en patiënttevredenheid gemeten.

Naast klachten aan het bewegingsapparaat heeft 14% van de zorgmedewerkers vaak of altijd last van conflicten tussen werk en privé. Van de zorgmedewerkers is 5,5% emotioneel uitgeput. Dit mondt uit in een bovengemiddeld gebruik van psychologische zorg in de zorgsector (17% heeft minimaal 1 zorgverlener geconsulteerd voor psychische klachten). Bij zorgmedewerkers waarbij emotionele belasting, emotionele uitputting of het werk-privé conflict toeneemt, neemt ook de kans op zorggebruik voor psychische gezondheidsklachten toe.

Door Stichting IZZ is gekeken met welke diagnose te starten om samen met VGZ de arbeidsgelateerde zorg te verbeteren. Stichting IZZ heeft als eerste gekeken naar de mate waarin de diagnose voorkomt en de impact van de gezondheidsklachten. Daarnaast of de factor arbeid al een plaats heeft in de reguliere richtlijnen van de verschillende beroepsgroepen. Stichting IZZ is daarbij uitgekomen op klachten aan de arm, nek en/of schouder omdat hier binnen de huidige richtlijnen aandacht voor arbeid is.

Stap 2: laat zien hoe het huidige zorgpad eruit ziet

Stichting IZZ heeft gekeken naar de richtlijnen van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG).

- 'KNGF-richtlijn: Klachten aan de arm, nek en/of schouder (KANS)' http://www.fysionet-evidencebased.nl/images/pdfs/richtlijnen/kans_2010/kans_praktijkrichtlijn.pdf
- 'NHG-standaard: Schouderklachten'
<https://www.nhg.org/standaarden/samenvatting/schouderklachten#idm31130560>
- Binnen de richtlijnen is arbeid opgenomen en op alle relevante onderdelen is aandacht voor arbeid omschreven.

Stap 3: maak inzichtelijk tegen welke grootste zorgproblemen deze doelgroep aanloopt

Het probleem en de uitdaging zit dus niet in het omschreven zorgpad maar, gezien de bestaande gezondheidsklachten, in de uitvoering van de zorg in praktijk. Het grootste zorgprobleem c.q. uitdaging is het (laten) naleven van de richtlijn door de zorgverlener. Welke bijdrage kunnen Stichting IZZ en coöperatie VGZ leveren zodat de zorgverlener de factor arbeid meeneemt in het reguliere zorgtraject?

Stap 4: als mogelijk, kwantificeer de problemen in termen van geld

Stichting IZZ heeft in haar onderzoeken naar zorggebruik inzichtelijk gemaakt wat de verschillen in zorgkosten voor bijvoorbeeld fysiotherapie zijn per branche en ook wat de verschillen tussen instellingen in een branche zijn. Ook heeft Stichting IZZ inzichtelijk wat de verzuimpercentages zijn als gevolg van de klachten en hoe de werknemerstevredenheid is opgebouwd. Deze informatie tezamen geeft meer body aan het onderbouwen van de bestaande problematiek.

Stap 5: maak inzichtelijk welke evidence of behoefte er is om het zorgpad te verbeteren

Er is behoefte aan zorg voor de werkende met KANS klachten welke bijdraagt aan verzuimreductie en -preventie. In de richtlijn is opgenomen dat zowel de diagnostiek als behandeling gericht dienen te zijn op de belastbaarheid en inzetbaarheid van de werkenden. Ook is benoemd dat er afstemming met de bedrijfsarts nodig is als er sprake is van (gedeeltelijke) re-integratie. Er is niet direct behoefte om het theoretische zorgpad te verbeteren, wel is er behoefte aan het beter naleven van de richtlijn. Er is daarom behoefte aan het concreet maken van hetgeen de richtlijn voorschrijft.

(Meer) aandacht voor arbeid binnen de zorg en meer aandacht voor zorg binnen de arbeid, kan de kwaliteit van zorg verbeteren, de zorgkosten verminderen, de inzetbaarheid vergroten en het verzuim laten afnemen. Om de tekst in de richtlijn concreter te maken, kunnen er bijvoorbeeld proceseisen aan de zorgaanbieder gesteld worden. Een voorbeeld is om te eisen dat er, in het geval van (gedeeltelijke) re-integratie, een behandelplan is opgesteld met de bedrijfsarts. Of dat er in het behandelplan met de patiënt aandacht is voor afstemming met de werkgever/bedrijfsarts ten behoeve van de inzetbaarheid. Verder is er behoefte aan sturing op de factor arbeid als uitkomstmaat. Deze sturing is nodig binnen de eerste lijn, met de nadruk op de (reguliere) fysiotherapie en zijdelings huisartsen –en GGZ zorg. Zoals aangegeven is er een relatie tussen zorggebruik, verzuim en tevredenheid bij werknemers. Werknemers in zorg hebben een grotere kans te verzuimen en een lagere tevredenheid. Het doel van de zorg is om de inzetbaarheid en tevredenheid juist te verhogen. Door hier op te sturen kan de zorg verbeteren. Voorbeelden van uitkomsten waar op gestuurd kan worden om dit te bereiken zijn: het percentage van de werknemers dat na een [vooraf vastgestelde] periode na het stellen van de diagnose terugkeert naar werk op het productiviteitsniveau van voor het verzuim en werknemerstevredenheid van de populatie bij de betreffende aanbieder.

Stap 6: laat zien wat de GAP is tussen de huidige zorginkoop en de wenselijke zorginkoop

Stichting IZZ heeft hierover het volgende geschreven: De zorgverzekeraar (VGZ) heeft verschillende mogelijkheden om te sturen op aandacht voor arbeid binnen de zorg en daarmee op het verminderen van non-participatie en het beantwoorden van de behoefte van werknemers en werkgevers. Bijvoorbeeld door te kiezen voor, of het stimuleren van een passend zorgaanbod, door een passende bekostigingsstructuur en door passende kwaliteitsmaten. Via zorginkoop afspraken over de manier van bekostigen en de te behalen kwaliteitsdoelstellingen (uitkomsten incl. factor arbeid), kan Coöperatie VGZ direct sturen op de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van zorg. De afspraken betrekking hebben op het proces (proces compliance) maar ook op de uitkomsten (gewenste uitkomsten van het zorgproces ook gericht op participatie).

Stichting IZZ heeft geconcludeerd dat fysiotherapie de afgelopen jaren geen warme aandacht heeft ontvangen van de zorgverzekeraar en dat er meer behoefte is aan een specifiek zorginkoopbeleid gericht op de IZZ verzekerden. Er is bij Stichting IZZ dus behoefte aan meer sturing door Coöperatie VGZ waardoor de duurzame inzetbaarheid gestimuleerd wordt. Deze sturing kan plaatsvinden door in de zorginkoopspecificatie voor de fysiotherapeuten meer aandacht te schenken aan de factor arbeid. Zie verder stap 6 voor voorbeelden.

Stap 7: Ga op basis van bovenstaande in gesprek met de zorgverzekeraar

Stichting IZZ is op verschillende niveaus, directie, propositiemanagement en zorginkoop, het gesprek met Coöperatie VGZ aangegaan over hoe de bestaande knelpunten kunnen worden opgelost en arbeid meer binnen de reguliere zorg geïntegreerd kan worden. Daar is uit

gekomen dat de partijen zich samen willen richten op het bereiken en borgen van gedragsverandering bij zorgaanbieders zodat er meer aandacht voor arbeid binnen de zorg is. De ambitie is om de verbeterde aandacht voor de factor arbeid per 1-1-2016 geïmplementeerd te hebben binnen de zorg gericht op klachten aan arm, nek en/of schouder, oftewel KANS. In voorgaande is inzichtelijk gemaakt dat veel medewerkers in de zorg lichamelijke klachten hebben, KANS is hierbij veel voorkomend in de doelgroep. Met de focus op KANS raakt het primair de beroepsgroepen fysiotherapie, huisartsen en zijdelings de GGZ.

Stap 8 tot en met 11 moeten nog gezet worden

Stichting IZZ wil met Coöperatie VGZ op korte termijn concrete stappen zetten zodat per 2016 en verder de zorginkoop voor fysiotherapeuten (en dan in ieder gericht op KANS) meer gericht is op arbeid en meer passend bij de IZZ verzekerden. Op verschillende niveaus is inmiddels afstemming gaande hierover. Allereerst is de aandacht gericht op het aanpassen van de zorginkoop-specificaties, van daaruit kunnen afspraken gemaakt worden over het meten en communiceren van uitkomsten. Lange termijn doel is om de aandacht voor arbeid niet alleen te beperken tot KANS maar verder uit te breiden naar die gebieden waar de IZZ achterban behoefte aan heeft.

Bron: Programma Arbeid en Gezondheidszorg. Geïntegreerde arbeidsgelateerde zorg. Het verbeteren van de relatie tussen arbeid en zorg. Eindproduct, maart 2015.
<http://www.arbeidenzorg.com/uploads/pdf/geintegreerde%20arbeidsgelateerde%20zorg.pdf>

Bijlage 4 Toelichting Proeftuin Arbozorg Nieuwe Stijl

Deze proeftuin richt zich op de ontwikkeling van geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg op sectoraal niveau (Technische installatiebranche, technische detailhandel en gelieerde ondernemingen). De ketenaanpak van arbeidsgerelateerde zorg in de proeftuin wordt georganiseerd en uitgevoerd door UNETO-VNI Verzekeringen en Richting. UNETO-VNI Verzekeringen zorgt voor de ketenregie, inkoop en financiering van branche gerelateerde verzekeringen en dienstverlening. Richting verzorgt de uitvoering van arbeidsgerelateerde zorg, gebruikmakend van de mogelijkheden die er in de branche beschikbaar zijn. TNO monitort en begeleidt het proces, meet effecten en voert een maatschappelijke kosten-baten analyse uit.

Doel

Een verbeterde gezondheid, vitaliteit, productiviteit, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van medewerkers in de Technische installatiebranche en Technische detailhandel en gelieerde ondernemingen door middel van het ontwikkelen en evalueren van een in de praktijk werkbare en succesvolle zorginnovatie op het terrein van geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg en financiering op sectoraal niveau.

Subdoelstellingen:

- Het bevorderen van de gezondheid, vitaliteit, productiviteit, kwaliteit van leven en zelfredzaamheid van medewerkers en ZZP-ers werkzaam in de Technische installatiebranche en Technische detailhandel en gelieerde ondernemingen, door het organiseren van effectieve geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg, inclusief financieringsafspraken.
- Het verbeteren van de kwaliteit van arbeidsgerelateerde zorg en het verlagen van de kosten door het lerend ontwikkelen en verbeteren van de keten van arbeidsgerelateerde zorg.
- Behoud van arbeidspotentieel voor de branche door:
 - Voorkomen uitval uit de branche door een integrale aanpak van preventie, verzuimreductie en re-integratie vanuit zowel arbocuratieve zorg als reguliere zorg;
 - Een positiever imago voor de branche UNETO-VNI en daarmee een groeiende sector.

Visie

Partijen delen de visie dat dienstverlening verder gaat dan zorg alleen en zich ook richt op het ontzorgen van de werkgever en het behouden van de gezondheid en het arbeidspotentieel van de medewerker (preventie). Ze zien de toegevoegde waarde van dienstverlening op de gehele keten van preventie, verzuim en re-integratie, waarin de factor arbeid altijd een rol moet spelen naast gezondheid. De manier waarop we tegen gezondheid aankijken, verandert over de tijd. Gezondheid is niet alleen de uitkomst van ziekte en (gezondheids)zorg, maar ook het resultaat van interne karakteristieken (genetica, biomarkers) en externe factoren (familie, opleiding, werk, huisvesting) die het welzijn van het individu beïnvloeden. De World Health Organisaties (WHO) definitie van gezondheid, het volledig gezond zijn, voldoet steeds minder gezien de toename van het aantal mensen met een chronische aandoening. Gezondheid is daarom door Huber gedefinieerd als de vaardigheid van een individu om zich aan te kunnen passen en zichzelf te managen.

Gezondheid is nu geen doel op zich maar een manier om te functioneren en te participeren in de maatschappij, ongeacht medische beperkingen. De transitie naar de participatiemaatschappij wordt regelmatig genoemd in regeringsbeleid. Het denken in mogelijkheden in plaats van beperkingen is wat we toepassen in deze proeftuin.

Resultaat

Deze proeftuin laat zien dat er heel veel mogelijk is bij de inrichting van preventie en de keten van arbeidsgerelateerde zorg, bij het aanbieden van effectieve arbeidsgerelateerde zorg en bij een collectieve inbedding van het geheel. De proeftuin is in 2015 gestart en loopt nog tot en met 2017.

Bron: Steenbeek, R. (2015). Projectplan Proeftuin Arbodienst Nieuwe Stijl. TNO.

Literatuurlijst

Arboportaal: <http://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbeidshygiënische-strategie>

Berg, M. van den, Schoemaker, C.G, (red.). Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.

Dutch Network Group (2016). MKB in beeld.

Douwes, M. e.a. (2014). Arbobalans 2014. Kwaliteit van de arbeid, effecten en maatregelen in Nederland. TNO

Houtkoop, A., Junger-van Hoorn, E.C., Machiels-van Es, A.J. (2014). PREVENTIE EN (ZIEKTE) VERZUIMANPAK 2014. Een onderzoek naar cao-afspraken over preventie en ziekteverzuim. Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

Inspectie SZW. (2015). Arbo in Bedrijf 2014. Een onderzoek naar de naleving van arboverplichtingen, blootstelling aan arbeidsrisico's en genomen maatregelen in 2014.

Kamerbrief 25883, nr 267, 12 januari 2016

Kamerbrief 25883, nr 247, 28 januari 2015

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB): <http://www.beroepsziekten.nl/het-zes-stappenplan-voor-beroepsziekten>.

Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (2016). <http://www.beroepsziekten.nl/ncvb/definitie-beroepsziekte>

Programma Arbeid en Gezondheidszorg. Geïntegreerde arbeidsgerelateerde zorg. Het verbeteren van de relatie tussen arbeid en zorg. Eindproduct, maart 2015.
<http://www.arbeidenzorg.com/uploads/pdf/geintegreerde%20arbeidsgerelateerde%20zorg.pdf>

Rupert, J. (2013). Van compliance naar participatie. Eindrapportage literatuuronderzoek. Versterken arbeidsveiligheid.

Sax, M. & Hollander, M. (2015). Preventie van beroepsziekten. Mogelijkheden voor beleidsintensivering. Panteia Research to Progress/ VHPHP.

Soentken, M., Steenbeek, M., Mooij, R., Hommerson, S. (2014). Geïntegreerde zorg en re-integratie voor werkenden en uitkeringsgerechtigden met psychische klachten. Verkenning naar knelpunten en oplossingen. Eindrapport. Talma Instituut VU/TNO.

Sociaal Economische Raad (SER), (2014). Betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Advies 14/07

Steenbeek, R. (2015). Projectplan Proeftuin Arbodienst Nieuwe Stijl. TNO.

TNO, Nationale Enquete Arbeidsomstandigheden 2014.

<http://www.monitorarbeid.tno.nl/databronnen/nea>

Van den Broek, P., Streng R., Van der Linden, M. (2008). Synergie in de keten van zorg en sociale zekerheid: utopie of realiteit? Atos Consulting.

Van der Kemp, S.A. & Van der Zeijden, P.Th. (2014). De markt en kwaliteit van arbodienstverlening. Panteia Research to Progress.

Van Puijenbroek, T., Visscher, K. (2013). Collectieve inkoop van een integrale keten van preventie, verzuim en re-integratie. Capgemini Consulting.

Van Puijenbroek, T., Visscher, K., Moor, C., Nelissen, M. (2014). Sector- en branchegeorganiseerde Bedrijfsgezondheidszorg. Zes casussen van sectoren en branches. Capgemini Consulting.

Werkgevers Enquête Arbeid (WEA) (2014), <http://www.monitorarbeid.tno.nl/cijfers/wea-benchmarktool>

Witkamp, A., Van Oploo, M., De Ruig, L. (2013). Aandacht voor arbeid in de zorg. Effectieve interventies met het oog op werkhervatting voor zieke werknemers en arbeidsongeschikten. Panteia Research to Progress.

Witkamp, A. & De Ruig, L. (2014). Waarom worden (kosten)effectieve interventies die werkhervatting bespoedigen niet altijd ingezet? Een verkenning van de belangrijkste knelpunten. Panteia Research to Progress.

Healthy Living
Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

T +31 88 866 90 00

www.tno.nl
infodesk@tno.nl

Handelsregisternummer 27376655

TNO.NL