



Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde

Een preprogrammeringsstudie in opdracht van ZonMw

Rapportage

Opgesteld door: Prof. dr. C.T.J. Hulshof, coördinator richtlijnen NVAB/bijzonder
hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, AMC
Dr. C. van Vliet, directeur stichting NVAB
Prof. dr. H. Wind, bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde
Prof. dr. J.R. Anema, hoogleraar Sociale Geneeskunde, in het bijzonder de
academisering van de Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde/ bijzonder hoogleraar
academisering van de Verzekeringsgeneeskunde
Dr. J. Buitenhuis, medisch adviseur Univé Verzekeringen, GAV
Drs T. Woldberg, verzekeringsarts, voormalig directeur NVVG

Datum juli 2015

Managementsamenvatting

Aanleiding en achtergrond

De Nederlandse samenleving is gebaat bij een gezonde beroepsbevolking die duurzaam inzetbaar is. Preventie en werken aan duurzame inzetbaarheid vormen essentiële elementen van arbeidsgerelateerde zorg. Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen leveren hieraan een wezenlijke bijdrage. Bij hun werk maken zij gebruik van bedrijfsgeneeskundige richtlijnen en verzekeringsgeneeskundige protocollen. In het verleden heeft het Ministerie van SZW hiervoor subsidie beschikbaar gesteld. Een structurele ondersteuning vanuit de overheid past niet meer binnen de huidige visie van de overheid. Tot nu toe is het voor de wetenschappelijke beroepsverenigingen NVAB en de NVVG niet mogelijk om de kosten voor deze activiteiten zelf geheel te dragen. Hiermee ontstaat een probleem, mede omdat de wetenschappelijke houdbaarheidsdatum voor een aanzienlijk deel van de huidige NVAB-richtlijnen en VG-protocollen dreigt te worden overschreden. De beroepsverenigingen van bedrijfs- en verzekeringsartsen (NVAB, NVVG en GAV) hebben in juni 2013 bij de Ministeries van SZW en VWS daarover de noodklok geluid. In dit kader heeft ZonMw aan de NVAB, NVVG en GAV gevraagd om gezamenlijk een preprogrammeringsstudie uit te voeren met als doel een aanzet te geven voor de ontwikkeling van een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde.

Doelstelling

De preprogrammeringsstudie heeft tot doel om een aanzet te geven tot de ontwikkeling en borging van een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. Tevens worden de mogelijkheden verkend voor de ontwikkeling van voldoende draagvlak en een financieringsstructuur waarmee dit programma kan worden geborgd. In de preprogrammeringsstudie worden globale doelen en ontwikkelingen aangegeven. Deze zullen in een latere programmatekst voor een meerjarenplan in samenspraak met de belangrijkste stakeholders SMART moeten worden uitgewerkt.

Methode

De preprogrammeringsstudie is onder regie van het Kwaliteitsbureau NVAB uitgevoerd door een kerngroep van experts uit de kringen van NVAB, NVVG en GAV, daarbij ondersteund door een bredere begeleidingscommissie die als klankbord en als vergroting van het draagvlak fungeerde. Door de leden van de kerngroep zijn relevante documenten verzameld, samengevat en geanalyseerd. Tevens zijn consultatiegesprekken gevoerd met een aantal relevante partijen en stakeholders, zoals arbodiensten, grote bedrijven, brancheorganisaties, UWV en verzekeraars. Vrijwel tegelijkertijd met de opdrachtverlening door ZonMw is door het Ministerie van SWZ subsidie verstrekt aan de NVAB en deels ook NVVG en GAV voor de uitvoering van een vijftal projecten die ook handhaving en verbetering van de professionele kwaliteit van het functioneren van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts tot doel hadden, met name gericht op gezamenlijke richtlijn/protocolontwikkeling van de NVAB, NVVG en GAV en het zoeken naar mogelijkheden voor structurele financiering hiervan. Een project was gericht op de mogelijkheden om de instroom in de bedrijfsartsen- en verzekeringsartsenopleiding te vergroten. Omdat deze projecten ook belangrijke input genereren voor de preprogrammeringsstudie (en om dubbel werk te voorkomen) is in overleg met ZonMw besloten de preprogrammeringsstudie naar achteren te verschuiven zodat de resultaten van de door

SZW gesubsidieerde studies daarin meegenomen konden worden. Het project heeft daarom een langere looptijd gekend.

Aanzet voor een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid

De beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV gaan samenwerken aan verdere professionalisering middels de ontwikkeling van een meerjarenplan voor een integraal kwaliteitsbeleid. In hoofdstuk 3 worden de belangrijke pijlers in het kwaliteitsbeleid van de drie verenigingen en de ontwikkelingen daarin beschreven:

Opleiding en nascholing

- Een urgent probleem voor de kwaliteit van de zorg in het domein Arbeid en Gezondheid is de lage instroom in de opleidingen tot bedrijfsarts en in iets mindere mate tot verzekeringsarts. De aantallen geregistreerde specialisten in deze hoofdtak zullen tot en met 2019 blijven afnemen. Ook hierdoor komt de kwaliteit van zorg in deze sector onder toenemende druk te staan. Er zijn een aantal initiatieven genomen om te trachten de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts te vergroten. Er is deels met eigen middelen en deels met ondersteuning van SZW het project ‘de bedrijfsarts werkt’ opgezet en samen met andere stakeholders acties in gang gezet om het vak en aandacht voor arbeid en gezondheid positiever te positioneren, onder andere in de basisopleiding aan de medische faculteiten, en daarnaast de mogelijkheid voor opleiden in kleinere praktijkinrichtingen te onderzoeken. Er is onderzoek uitgevoerd naar de mogelijkheid voor de instelling van een opleidingsfonds waaruit de opleiding tot bedrijfs- of verzekeringsarts kan worden gefinancierd.
- In 2013 is door NVVG, NVAB en KAMG een project gestart met als titel ‘Kwaliteitsborging van opleidingen tot sociaal geneeskundige’ dat geresulteerd heeft in een rapport Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde (KOERS) met de beschrijving van een kwaliteitskader waarmee de kwaliteit van de opleidingen tot sociaal geneeskundige systematisch geborgd kan worden.
- Andere nog uit te werken initiatieven en bestaande activiteiten zijn: stimulering professional performance, coördinatie en (meer) samenwerking in de opleiding van bedrijfs- en verzekeringsartsen, de organisatie van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige dagen en het instellen van een stimuleringsprijs onderwijs.

Ontwikkeling en herziening van professionele evidence-based richtlijnen

- Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen vormen richtlijnen en protocollen de hoeksteen van het kwaliteitsbeleid. Het door het Ministerie van SZW gesubsidieerde project “Ontwikkeling programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen” richt zich op het onderzoeken van de noodzaak van herziening van de richtlijnen en protocollen. Op basis van de resultaten van het onderzoek is, in overleg met de Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van de NVAB en de Commissie Wetenschap van de NVVG een herzieningsplan opgesteld. NVAB, NVVG en GAV stemmen aan de hand van dit plan de activiteiten in het kader van herzieningen met elkaar af en ontwikkelen waar mogelijk gemeenschappelijke evidence-based richtlijnen. Hiervoor is een plan van aanpak uitgewerkt. Verder zijn NVAB, NVVG en GAV een pilot gestart om te komen tot een eerste gezamenlijke richtlijn. Voor de pilot is het onderwerp *depressie* gekozen.
- De SER-adviezen “Stelsel voor gezond en veilig werken” (2012) en “Toekomst arbeidsgerelateerde zorg” (2014) noemen de noodzaak tot investeren in verbetering van de

arbeidsgerelateerde zorg in Nederland, met name de verbetering van de arbo-curatieve samenwerking. Afstemming met KNMG als vertegenwoordiger van alle medische beroepsgroepen is inmiddels in gang gezet, hetgeen moet leiden tot gezamenlijke visieontwikkeling op arbeidsgerichte zorg. Een belangrijke activiteit hierin is inbreng van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige expertise in multidisciplinaire richtlijnen. Ondersteuning van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is nodig. Hiertoe is een projectvoorstel uitgewerkt.

- In 2005 adviseerde de Gezondheidsraad aan de Minister van SZW om een aantal maatregelen te realiseren met als doel de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen te bevorderen. Naast het opstellen van protocollen adviseerde de raad ook te komen tot mediprudentie: het ontwikkelen van 'algemeen toegankelijke verzameling deskundig becommentarieerde casus'. De minister heeft het advies van de Gezondheidsraad overgenomen en de NVVG verzocht om samen met UWV mediprudentie te ontwikkelen. De mediprudentievorming is goed op gang gekomen en er is via de NVVG-website (voor leden) een database aangelegd waarin momenteel meer dan 120 mediprudentiecasses te raadplegen zijn. Momenteel wordt bezien of dit ook voor de private verzekeringsgeneeskunde en voor de bedrijfsgeneeskunde kan worden uitgebouwd.

Implementatie van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten

- Onderzoek naar implementatie van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen laat wisselende beelden zien. Het lijkt er op dat vooral kleinschalige en intensieve implementatiestrategieën de meeste vruchten afwerpen. Richtlijnen moeten meer uitgewerkt worden in lokale protocollen om de aansluiting met de praktijk te maken. De in het KKCZ-programma van ZonMw ontwikkelde HARING-tools worden nog onvoldoende ingezet. Plannen voor een meer systematische monitoring van het richtlijngebruik en de praktijkvariatie worden momenteel verder uitgewerkt. Een grotere rol voor de (verplichte) intercollegiale toetsingsgroepen ligt daarbij voor de hand.
- Bij de implementatie van de VG-protocollen heeft nog een ander aspect meegespeeld: opname in een wettelijke regeling. Tussen 2006 en 2011 zijn twintig VG-protocollen in een ministeriële regeling opgenomen. Dit is komen te vervallen. Het streven van NVVG en GAV is om de bestaande verzekeringsgeneeskundige protocollen te vervangen door richtlijnen en daarbij zoveel mogelijk samen met de NVAB op te trekken.

Kwaliteitsvisitatie

- Bedrijfsartsen zijn sinds 2011 verplicht een visitatie met succes af te sluiten voor hun herregistratie. Het door de NVAB uitgewerkte en gehanteerde visitatiemodel is een wezenlijke schakel in de Plan-Do-Check-Act cyclus van bedrijfsartsen. 90% van de bedrijfsartsen heeft op dit moment een eerste visitatie afgesloten: zij hebben op grond van onderzoek en feedback een Individueel Verbeter Plan (IVP) opgesteld dat is goedgekeurd door twee visitatoren. Dit is tot dusver feitelijk de enige 'check' in de plan-do-check-act kwaliteitscirkel: "Visitatie als sluitsteen van het kwaliteitsbeleid". Visitatie heeft onder andere een educatieve doelstelling wat betreft kennis van richtlijnen én evaluatie van het gebruik daarvan.
- De kwaliteitsvisitatie van bedrijfsartsen levert vooral kwalitatieve informatie op. Kwantitatieve analyse van de gegevens, bijvoorbeeld over praktijkvariatie tussen arbodiensten of interdoktervariatie vindt op dit moment niet plaats en is met behulp van de huidige visitatie instrumenten ook maar beperkt mogelijk. Dit vormt een extra aansporing om in de nabije toekomst na te gaan in hoeverre het individuele visitatiesysteem in deze richting aangevuld kan worden. Daarbij kan geleerd en aangesloten worden bij de initiatieven en de campagne 'Verstandig kiezen' die momenteel door de Orde van Medisch Specialisten en ZonMw in

samenwerking met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) wordt uitgevoerd.

- In navolging van de medisch specialisten, de bedrijfsartsen en de huisartsen, zijn ook de NVVG en GAV in 2015 gezamenlijk een projectgroep gestart die, met ondersteuning vanuit de NVAB, gaat zoeken naar een passend visitatiemodel voor de verzekeringsartsen.

Kennisvragen en –lacunes, kennisagenda en kennisinfrastructuur

- Kennisvragen en kennislacunes, zoals ook naar voren komend bij systematisch literatuuronderzoek bij de richtlijnontwikkeling kunnen een belangrijke input vormen voor de kennisagenda van de NVAB, NVVG en GAV en het overleg dat zij met wetenschappelijke onderzoeksinstituten, kenniscentra en subsidiegevers hebben. Tot nu toe hebben NVAB, NVVG en GAV kennislacunes niet systematisch in kaart gebracht en gedocumenteerd. Het Kwaliteitsbureau NVAB bereidt hiertoe een voorstel voor en zal nagaan of de in het HARING-project ontwikkelde tool hiervoor ook in de setting van arbeid en gezondheid bruikbaar is.
- NVAB, NVVG en GAV hebben op dit moment geen (gezamenlijke) kennisagenda. Mede op basis van de preprogrammeringsstudie worden de wetenschappelijke commissies van de NVAB, NVVG en GAV gevraagd hiervoor een voorstel uit te werken. Op hoofdlijnen worden hier al wel enkele thema's benoemd: onderzoeksthema's vanuit het perspectief van de werkende (zoals bevorderen arbeidsparticipatie/duurzame inzetbaarheid en bevorderen van zorg op maat) en onderzoeksthema's vanuit het perspectief van de professionals (zoals bevorderen samenwerking professionals gericht op participatie en verbetering van de kennisinfrastructuur).
- Er wordt een overzicht gepresenteerd van bestaande kenniscentra op het gebied van de verzekerings- en bedrijfsgeneeskunde met de belangrijkste zwaartepunten in hun onderzoek.
- De noodzakelijke uitbreiding van de academisering van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde moet tot uiting komen in: verbetering van de academische inbedding op de medische faculteiten door uitbreiding van het aantal bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige leerstoelen, de inrichting van (meer) academische werkplaatsen, en het ontwikkelen en uitvoeren van onderzoeksprogramma's op het gebied van arbeid en gezondheid.

Afstemming met relevante ontwikkelingen op kwaliteitsgebied

- Om te waarborgen dat de te ontwikkelen bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen ook worden opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut (onderdeel van het Zorginstituut) moeten ze aan de voorwaarden van het Toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut voldoen.
- Om de samenwerking tussen organisaties in de eerste lijn, en met name tussen huisartsen en bedrijfsartsen te bevorderen zullen Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) of soortgelijke instrumenten worden ontwikkeld. Hierover vindt overleg met het NHG plaats.
- Mede ten gevolge van de beleidsvoornemens vanuit het ministerie van VWS om arbeid in zorgstandaarden te laten opnemen, worden NVAB en NVVG in toenemende mate benaderd voor inbreng van aandacht voor arbeid in zorgstandaarden en zorgmodules. Er is een zorgmodule arbeid ontwikkeld waarmee een praktijkpilot zal worden uitgevoerd.

Structurele financiering van (belangrijke delen van) het kwaliteitsbeleid

Van de in hoofdstuk 3 beschreven pijlers in het professionele kwaliteitsbeleid van de drie beroepsverenigingen zijn het ontbreken van een meerjarige adequate structurele financieringsstructuur voor de ontwikkeling en implementatie van professionele evidence-based richtlijnen en voor de kosten van de beroepsopleiding momenteel het grootste probleem. Voor de

andere delen is voor een belangrijk deel kostendekkende financiering aanwezig. NVAB, NVVG en GAV hebben vlak voor de zomer van 2013 aan de bel getrokken bij het ministerie van SZW om aandacht te vragen voor bovengenoemde problematiek van het Kwaliteitsbeleid. In reactie daarop heeft het ministerie van SZW subsidie beschikbaar gesteld voor een project om een verkenning te doen naar mogelijke modellen voor structurele financiering van zowel de richtlijnontwikkeling als de vervolgopleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts. Naast verdieping van kennis over de financieringsstructuur van richtlijnontwikkeling en opleiding bij huisartsen en medisch specialisten, gesprekken met relevante stakeholders en een enquête onder bedrijfs- en verzekeringsartsen zijn een aantal globale financieringsmodellen beschreven en tegen het licht gehouden. Deze worden in hoofdstuk 4 elk met hun mogelijke voor- en nadelen geschetst.

Gelet op de draagvlak/haalbaarheid zijn er voor de financiering van de richtlijnontwikkeling en de opleiding twee modellen die kansrijk zijn:

- Overheidsmodel (eventueel in combinatie met premie- en belastingmodel)
- Fondsmodel (eventueel in combinatie met een leenstelsel voor de opleiding)

Geadviseerd wordt tot het nader verkennen en uitwerken van het fondsmodel. Dit zal (veel) tijd kosten. Om het traject met betrekking tot fondsvorming van de grond te krijgen en te realiseren is het aanbevelenswaardig om vanuit de overheid (in samenspraak met de sector) een kwartiermaker te benoemen.

Hoe nu verder? Aanzetten voor een meerjarenplan

De in deze preprogrammeringsstudie geschetste ontwikkelingen en opties zijn slechts een eerste aanzet zijn en ze moeten in een definitieve programmatekst voor een meerjarenaanpak verder worden uitgewerkt. Hierbij vindt afstemming plaats met de beide naar aanleiding van het SER advies over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg opgedragen verkenningen die door ZonMw worden voorbereid voor de inrichting van een kennisinfrastructuur gericht op arbeid en zorg en op de klinische arbeidsgeneeskunde.

Vanuit de wetenschappelijke beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV kunnen wel al een aantal randvoorwaarden, aandachtspunten en concrete activiteiten voor een dergelijk programma aangegeven worden. Intensivering van de samenwerking tussen NVAB, NVVG en GAV en ook de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) bij de inrichting van het professionele kwaliteitsbeleid is nodig en mogelijk. Hiervoor worden een aantal concrete projecten en voorbeelden benoemd.

Inhoud	Pag
Managementsamenvatting	3
1. Inleiding	9
1.1 Aanleiding en achtergrond	9
1.2 Doelstelling preprogrammeringsstudie	10
1.3 Relevante maatschappelijke ontwikkelingen	10
2. Methode	14
3. Aanzet voor een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid	16
3.1 Opleiding en nascholing	16
3.2 Ontwikkeling en herziening van professionele evidence-based richtlijnen	23
3.3 Implementatie van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten	30
3.4 Kwaliteitsvisitatie	32
3.5 Kennisvragen en –lacunes, kennisagenda en kennisinfrastructuur	34
3.6 Afstemming met relevante ontwikkelingen op kwaliteitsgebied	42
4. Structurele financiering van (delen van) het kwaliteitsbeleid	44
4.1 Structurele financiering richtlijnontwikkeling voor bedrijfs- en verzekeringsartsen	45
4.2 Structurele financiering vervolgopleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts	52
5. Hoe nu verder? Een plan van aanpak	65
Lijst van geraadpleegde literatuur	68

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en achtergrond

De Nederlandse samenleving is gebaat bij een gezonde beroepsbevolking die duurzaam inzetbaar is. Preventie en werken aan duurzame inzetbaarheid vormen volgens de SER¹ wezenlijke elementen van arbeidsgerelateerde zorg: “Een toekomstgericht stelsel van arbeidsgerelateerde zorg is gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen (waaronder beroepsziekten), verzuim en uitval. Niet alleen zijn individuele werknemers en werkgevers hierbij gebaat, maar ook kunnen op deze manier hoge maatschappelijke kosten worden vermeden.” Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen leveren een wezenlijke bijdrage aan het behoud van arbeidscapaciteit door de uitvoering van preventieve activiteiten en het verlenen van zorg, begeleiding en beoordeling bij verzuim en (dreigende) arbeidsongeschiktheid.

Bij hun werk maken bedrijfsartsen en verzekeringsartsen gebruik van evidence-based richtlijnen en verzekeringsgeneeskundige protocollen. In wettelijke regelingen (zoals de Wet verbetering poortwachter, WIA) wordt daar ook vanuit gegaan. In het verleden heeft het Ministerie van SZW subsidie beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. Daarnaast zijn binnen het KKCZ-programma van ZonMw meerdere richtlijnen ontwikkeld met een focus op arbeid en gezondheid, en in meer dan 50 multidisciplinaire trajecten is een hoofdstuk of paragraaf daarover opgenomen. De NVAB en de NVVG hebben hieraan, met steun vanuit de Ministeries van SZW en VWS en vanuit ZonMw, een actieve bijdrage geleverd. Ook hebben NVVG en NVAB samen met het CBO voor het ZonMw programma KKCZ de Blauwdruk Participeren en Functioneren, Leidraad voor het effectief opnemen van ‘participeren en functioneren in werk’ in richtlijnen ontwikkeld.

Een structurele ondersteuning vanuit de overheid past echter niet meer binnen de huidige visie van de overheid op publiek/private verantwoordelijkheidsverdeling. Tot nu toe is het voor de NVAB en de NVVG niet mogelijk om deze activiteiten geheel vanuit bijdragen van de leden (contributies) te financieren. Waar huisartsen en medisch specialisten een beroep kunnen doen op kwaliteitsgelden afkomstig van zorgverzekeraars (via de premiegelden) en/of het Ministerie van VWS is een dergelijke voorziening voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen niet geregeld. Mede omdat de wetenschappelijke houdbaarheidsdatum voor een aanzienlijk deel van de huidige NVAB-richtlijnen en VG-protocollen dreigde te worden overschreden hebben de NVAB en NVVG beide in juni 2013 bij de Ministeries van SZW en VWS de noodklok geluid voor de gebrekkige en in gevaar verkerende financiering van hun activiteiten met betrekking tot de ontwikkeling, herziening en implementatie van de richtlijnen en protocollen. In dit kader heeft ZonMw aangeboden de door haar opgedane kennis, ervaringen en contacten rond ‘arbeid in richtlijnen’ in te zetten om voor dit belangrijke thema een toekomstbestendige basis te helpen opbouwen door ondersteuning te geven bij het ontwikkelen van een meerjarige visie en plan waarbij ook verschillende financieringsmogelijkheden, zowel door de overheid als door private partijen, dienen te worden onderzocht.

¹ SER. Een betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Advies 14/07 September 2014

1.2 Doelstelling preprogrammeringsstudie

ZonMw heeft de beroepsverenigingen van bedrijfs- en verzekeringsartsen (NVAB, NVVG en GAV) gevraagd om gezamenlijk een preprogrammeringsstudie uit te voeren met als doel een aanzet en mogelijkheden voor financiering te geven voor de ontwikkeling van een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. Dit omvat onder andere:

- opleiding en nascholing
- ontwikkeling en herziening evidence-based richtlijnen
- inbreng bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige kennis in multidisciplinaire richtlijnen
- implementatie van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten (zoals visitatie)
- formuleren kennishiaten en afstemming met relevante ontwikkelingen in het veld

De voorgestelde preprogrammeringsstudie heeft tot doel om een aanzet te geven tot de verdere ontwikkeling en borging van een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. Tevens worden de mogelijkheden verkend voor de ontwikkeling van voldoende draagvlak en een financieringsstructuur waarmee dit programma kan worden geborgd.

Dit kwaliteitsbeleid omvat onder andere: opleiding en nascholing; ontwikkeling en herziening evidence-based richtlijnen en coördinatie inbreng bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige expertise in multidisciplinaire richtlijnen; implementatie van mono- en multidisciplinaire richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten zoals visitatie; formuleren kennishiaten; en aansluiting bij en afstemming met relevante ontwikkelingen in het veld zoals het Kwaliteitsinstituut.

Ten aanzien van de financieringsstructuur worden hiertoe verschillende (deels complementaire) opties verkend en voorstellen uitgewerkt. Hierbij komen o.a. aan de orde: bijdrage beroepsbeoefenaren; opdrachtgevers (grote bedrijven en organisaties); collectieve financiering vanuit branches of sectoren; werkgevers van bedrijfs- en verzekeringsartsen (arbodiensten, UWV, part. verzekeraars); zorg- en inkomensverzekeraars; externe financiering via fondsen en subsidies. In de preprogrammeringsstudie worden globale doelen en ontwikkelingen aangegeven. Deze zullen in een latere programmatekst voor een meerjarenplan in samenspraak met de belangrijkste stakeholders SMART moeten worden uitgewerkt.

1.3 Relevante maatschappelijke ontwikkelingen

Het werk in Nederland verandert. Er zijn minder werkenden in de oude industrieën, de dienstverlenende sector groeit. Werk vindt plaats zowel in de klassieke bedrijfsomgeving als daarbuiten middels informele netwerken. De samenleving individualiseert en de traditionele organisatiegraad vermindert op tal van aspecten, zoals bij vakbonden en politieke partijen. De overheid dereguleert, de verantwoordelijkheid verschuift naar individu. Communicatie verschuift naar nieuwe media. Andere arbeidsrelaties dan een vast dienstverband met een werkgever-werknemer relatie zijn steeds gebruikelijker. De afgelopen tien jaar is het aandeel werknemers met een flexibele arbeidsrelatie gestegen van 12 procent in 2001 tot 16 procent in 2012.² Dat is voor veel

² CBS en TNO. Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt: De focus op flexibilisering. Den Haag/Heerlen, CBS, 2013

van deze werkenden overigens niet echt een vrijwillige keuze. De reden van toename van zzp'ers ligt vooral in de flexibilisering van de arbeid, waarbij economische omstandigheden en het gedrag van werkgevers meer bepalend zijn dan een echte toename van een vrijwillige keuze hiervoor.³ Echter ook de werkenden in deze andere arbeidsrelaties moeten toegang hebben tot adequate en kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg. Het gaat daarbij om grote groepen werkenden die nu nog vaak geen of weinig zorg ontvangen. In het SER-advies wordt dit ook als knelpunt benoemd: "Zzp'ers kunnen vaak evenmin gebruikmaken van de bedrijfsarts of de arbodienst van het bedrijf waarvoor zij opdrachten verrichten, noch is voor hen de toegang tot een bedrijfsarts op een andere manier geregeld. In 2013 ging het in Nederland om ruim 1,1 miljoen zzp'ers. Het ontbreken van een structurele regeling voor deze groep klemt des te meer daar het aantal zzp'ers nog steeds groeit". Deze toename van het aantal zzp'ers krijgt ook in toenemende mate gevolgen voor het sociale stelsel. Op dit punt zou meer aandacht geschonken moeten worden aan de toegankelijkheid van (private) verzekeringen. Dit heeft meer gevolgen dan alleen de 'acceptatiekant' van de verzekeringsgeneeskunde. Dit raakt ook de toegang tot bedrijfsgeneeskundige zorg en de claimbehandeling in het algemeen. De verdergaande individualisering en zelfredzaamheid in de maatschappij heeft gevolgen voor de richting waarin (in ieder geval delen van) de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde zich zal kunnen en moeten ontwikkelen. Daarbij hoort ook discussie over uitvoering en financiering van zowel preventieve bedrijfsgeneeskundige als verzekeringsgeneeskundige activiteiten door private verzekeraars. Krachten kunnen en moeten daarbij worden gebundeld. De verdergaande samenwerking tussen NVVG en GAV, zich uitend in gezamenlijke wetenschappelijke dagen en een gezamenlijke opleiding, getuigt hiervan.

Er is, in aansluiting op de nieuwe definitie van gezondheid ("health as the ability to adapt and to self manage in the face of social, physical, and emotional challenges")⁴ een trend waarneembaar naar meer verantwoordelijkheid van de beroepsbevolking (loondienst en zzp) voor eigen gezondheid en inzetbaarheid en dus ook inkomensrisico bij ziekte. Verzekeraars zien dit als een nieuw marktsegment: verzekeren voor inkomensverlies door ziekte en werkverlies toegankelijker maken voor zzp-ers. Er lijkt een nieuwe tweedeling in de werkende bevolking te ontstaan tussen zzp-ers en mensen in loondienst.

De beroepsbevolking moet langer doorwerken. De AOW-leeftijd wordt vanaf 1 januari 2013 stapsgewijs verhoogd van 65 jaar naar 67 jaar in 2023. Het huidige kabinet heeft in het Regeerakkoord afgesproken om deze verhoging te versnellen: 67 jaar in 2021. Het aantal werkenden met een of meerdere chronische aandoeningen neemt de komende jaren toe, onder andere veroorzaakt door leefstijl-gerelateerde problematiek en een toename in het aandeel oudere werknemers (door vergrijzing en verhoging AOW leeftijd). In de afgelopen 8 jaar is het aantal mensen met één of meer chronische ziekten met 17% gestegen tot een totaal van 5,3 miljoen Nederlanders in 2011. Men verwacht dat dit aantal verder zal stijgen naar 7 miljoen in 2030 (40% van de bevolking)⁵. Ongeveer 80% van de 20-65 jarigen zonder ziekte heeft een betaalde baan van 12 uur of meer. Mensen met een chronische ziekte maken meer gebruik van zorgvoorzieningen, hebben een hogere kans op arbeidsverzuim, minder kans op werkhervatting en een groter risico op arbeidsongeschiktheid. Dit geldt echter vooral voor degenen die ook beperkingen hebben (40%

³ Croon N, Bronsema J, Geluk C. Zzp'er verzekerd beter. *TBV* 2015; 23(2):78-81

⁴ Huber MAS, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.

⁵ RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (VTV-2014)

werkt) of hun gezondheid als minder goed beoordelen (49% werkt)! Twee derde deel van de 20-65-jarigen met een chronische ziekte heeft echter geen beperkingen en beoordeelt de eigen gezondheid als goed. Deze groep heeft bijna net zo vaak een betaalde baan als niet chronisch zieken (77%). Voor arbeidsparticipatie is dus niet zozeer de diagnose bepalend, als wel de ervaren beperkingen en de gezondheidsbeleving! De meeste mensen met een chronische ziekte houden liefst zelf de regie over hun ziekte en zorg. Een deel van de chronisch zieken, met name ouderen, alleenstaanden en mensen met complexe problematiek of lichamelijke beperkingen, kan dat echter niet zonder hulp. Zij hebben ondersteuning nodig die aansluit bij hun capaciteiten en wensen.

Arbeid en vrijwilligerswerk hebben over het geheel genomen positieve effecten op gezondheid, behalve bij blootstelling aan ongunstige arbeidsomstandigheden. Werk biedt de basis voor een inkomen, het biedt kans op persoonlijke ontwikkeling, geeft eigenwaarde en zelfvertrouwen, uitdaging, zingeving, structuur en kan bijdragen aan een goede gezondheid. Dat werk moet dan wel aansluiten bij de capaciteiten van mensen en in gezonde en veilige omstandigheden worden uitgevoerd en dat is niet altijd het geval. Een systematisch uitgevoerde literatuurstudie van Nederlandse en buitenlandse literatuur laat zien dat werken een positief effect heeft op depressie. Het effect van werken op psychologische 'distress' is echter minder duidelijk. Er zijn tegenstrijdige resultaten gevonden voor het effect van arbeidsparticipatie op fysiek functioneren en algemene ervaren gezondheid. De positieve effecten van arbeidsparticipatie lijken groter te zijn dan de gezondheidsrisico's door ongunstige arbeidsomstandigheden⁶. Daarmee wordt de boodschap dat werken in het algemeen gezond is, bevestigd. Maar dit geldt waarschijnlijk niet voor iedereen. Voor mensen die zwaar of gevaarlijk werk doen en dus blootgesteld worden aan grotere arbeidsrisico's zal de balans minder gunstig uitpakken. De slogan 'werk is goed voor u' is onvolledig. Het moet zijn: 'goed werk is goed voor u'. Bedrijfs- en verzekeringsartsen kunnen daarin een belangrijke stimulerende rol spelen.

Preventie en zorg gericht op bevorderen (arbeids)participatie en duurzame inzetbaarheid is daarom belangrijk voor gezondheid. Een toekomstgericht stelsel van arbeidsgerelateerde zorg is ook veel meer dan thans het geval is, gericht op preventie, het voorkomen van gezondheidsproblemen (waaronder beroepsziekten), verzuim en uitval. Niet alleen zijn individuele werknemers en werkgevers hierbij gebaat, maar ook kunnen op deze manier hoge maatschappelijke kosten worden vermeden. Deze kosten bedroegen in 2010: 5 miljard ziekteverzuim, 5,5 miljard presentieïsme; 10 miljard zorgkosten en 11 miljard uitkeringen (WAO/WIA/WAZ/Wajong)⁷. Er wordt daarbij een toename van frequentie en duur van ziekte en arbeidsongeschiktheid verwacht door veroudering van de beroepsbevolking, stijging van het aantal chronisch zieken, van welvaartsziekten en van arbeidsgebonden problemen.

De business case voor arbeid en gezondheid

Investeren in een goed arbeidsomstandigheden- en participatiebeleid loont is de algemene gedachte, zowel maatschappelijk als voor individuele ondernemingen. Onderzoek in de UK toont aan dat voor werkgevers wettelijke, financiële, en morele redenen (in die volgorde) de belangrijkste stimulerende

⁶ Harbers MM & Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie. RIVM. Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

⁷ NVVG-GAV reactie aan Minister Asscher n.a.v. SER-advies 'Betere zorg voor werkenden', 15-10-2014.

factoren zijn om hierin te investeren⁸. Een systematisch review naar gepubliceerde business cases toonde aan dat veel van deze cases, uitgevoerd in grote bedrijven, gunstige financiële opbrengsten van investeren in veiligheid en gezondheid beschrijven maar dat de kwaliteit van de studies veel verbetering behoeft⁹. De meeste kleine en middelgrote organisaties hebben doorgaans echter weinig geld om te investeren in veiligheid en gezondheid op het werk. Het Europese Bureau voor Veiligheid en Gezondheid op het Werk (EU-OSHA) heeft het initiatief genomen om ook voor het midden- en kleinbedrijf de voordelen van investeringen in gezondheid en veiligheid duidelijk te maken. Zo werden recent 13 case studies van interventies met betrekking tot gezondheid en veiligheid in Europese MBK-bedrijven uitgevoerd. Voor iedere interventie werd een business case opgezet, waarin alle kosten en voordelen op een rij werden gezet. Van de 13 interventies leverden er 11 een positieve Return On Investment op binnen een periode van vijf jaar. De meeste interventies leverden significant betere arbeidsomstandigheden op, meer winst, en droegen bij aan besparingen en verbeteren van de productiviteit¹⁰.

Hoewel onderzoek naar economische aspecten (bijvoorbeeld in de vorm van kosten-effectiviteitsstudies) van interventies in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, waaronder het gebruik van richtlijnen, de laatste jaren meer wordt uitgevoerd is er op dit punt nog altijd maar beperkte evidence aanwezig waarbij de resultaten niet altijd eenduidig zijn. Rebergen et al toonden enkele jaren geleden aan dat het gebruik van de NVAB-richtlijn psychische klachten door bedrijfsartsen bij de politie kosteneffectief was¹¹. In een recente evaluatie van het gebruik van de richtlijn preventie van contacteczeem werd kosteneffectiviteit van deze richtlijn niet aangetoond¹². Ook economische evaluatie van een aantal (mede) op duurzame inzetbaarheid gerichte beweeg- en voedingsprogramma's op de werkplek lieten ten aanzien van kosteneffectiviteit voor de werkgever wisselende resultaten zien¹³. Daarentegen leverde een recent onderzoek met een speciaal ontwikkeld preventief medisch onderzoek bij verpleegkundigen voor de werkgever weer wel kosteneffectiviteit en een positieve business case op¹⁴. Bij maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg levert het meenemen van arbeidsbaten soms een groot verschil voor het uiteindelijke saldo van kosten en baten, vooral op het gebied van besparing van indirecte kosten (door verzuim en arbeidsongeschiktheid)¹⁵.

⁸ Miller P, Haslam C. Why employers spend money on employee health: Interviews with occupational health and safety professionals from British Industry. *Saf Sci* 2009;47:163–9.

⁹ Verbeek J, Pulliainen M, Kankaanpää E. A systematic review of occupational safety and health business cases. *Scand J Work Environ Health*. 2009;35(6):403–412.

¹⁰ European Agency for Safety and Health at Work. The business case for safety and health: Cost–benefit analyses of interventions in small and medium-sized enterprises. Bilbao, EU-OSHA Sept 2014.

¹¹ Rebergen DS, Bruinvels DJ et al. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2009; 51: 313–22.

¹² Van der Zwet-van der Meer E. The Hands4U Study. Implementing a guideline for the prevention of hand eczema among healthcare workers. Amsterdam, PhD Thesis VU 2015

¹³ Van Wier M, van Dongen H, van Tulder M. Beweeg- en voedingsprogramma's op de werkplek. Goed voor onze gezondheid en portemonnee? *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:A4963

¹⁴ Noben C et al. Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: pragmatic cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud*. 2014 Oct;51(10):1321-31.

¹⁵ Pomp M, Schoemaker CG, Polder JJ. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg. RIVM Themaport 2014.

2. Methode

De preprogrammeringsstudie is onder regie van het Kwaliteitsbureau NVAB uitgevoerd door een kerngroep van experts uit de kringen van NVAB, NVVG en GAV, daarbij ondersteund door een bredere begeleidingscommissie die als klankbord en als vergroting van het draagvlak fungeert.

De kerngroep bestond uit:

- Prof. dr. H. Wind, bijzonder hoogleraar sociale verzekeringsgeneeskunde
- Prof. dr. J. R. Anema, hoogleraar Sociale Geneeskunde, in het bijzonder de academisering van de Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde en bijzonder hoogleraar academisering van de Verzekeringsgeneeskunde
- Prof. dr. C.T.J. Hulshof, bijzonder hoogleraar arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en coördinator richtlijnen NVAB
- Dr. C. van Vliet, directeur Kwaliteitsbureau NVAB
- Dr. J. Buitenhuis, medisch adviseur Univé Verzekeringen, GAV
- Drs T. Woldberg, verzekeringsarts, directeur NVVG

De begeleidingscommissie bestond uit:

- Prof.dr. D. Delnoij, Kwaliteitsinstituut voor de Zorg
- Dr. J.S. Burgers, NHG
- Ir. T.A. van Barneveld (KIMS),
- Drs. A. Ringelberg, Ministerie van SZW
- Drs. Lidwien Verweij, Ministerie van VWS
- Drs. J. Schreurs, bedrijfsarts, ZonMw programmacommissie Participatie en gezondheid
- Mr. W.A. Faas, voorzitter NVVG
- Drs. J. Penders, voorzitter NVAB
- Drs. A. Blaauw, voorzitter GAV

Na een eerste bijeenkomst zijn door de leden van de kerngroep relevante documenten verzameld, ter hand gesteld en geanalyseerd. Tevens zijn, deels in de parallelle SWZ-projecten (zie verderop), consultatiegesprekken gevoerd met enkele relevante partijen en stakeholders, zoals arbodiensten, grote bedrijven, brancheorganisaties, UWV en particuliere verzekeraars.

De begeleidingscommissie is op 7 juli 2014 voor de eerste keer bij elkaar gekomen voor een brainstormbijeenkomst aan de hand van de volgende vragen:

- Wat zijn voor u de belangrijkste onderdelen/speerpunten (en ontwikkelingen daarin) voor een integraal kwaliteitsbeleid in bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde?
- Wie, welke partijen/stakeholders dragen daarbij volgens u een belangrijke verantwoordelijkheid?
- Wat betekent dit voor de mogelijkheden van toekomstige financiering van (delen van) dit kwaliteitsbeleid?

Vrijwel tegelijkertijd met de opdrachtverlening door ZonMw is door het Ministerie van SWZ (G&VW en IVV) subsidie verstrekt aan de NVAB en deels ook NVVG en GAV voor de uitvoering van een vijftal

projecten die ook handhaving en verbetering van de professionele kwaliteit van het functioneren van de bedrijfsarts en de verzekeringsarts tot doel hadden. Drie projecten waren gericht op het streven van de NVAB en NVVG om gezamenlijke richtlijn/protocolontwikkeling ter hand te nemen. De vijf projecten waren:

1. De bedrijfsarts werkt! Activiteiten gericht op de korte termijn, om de instroom in de opleiding van bedrijfsartsen te vergroten. Daarbij vindt ook een nadere verkenning plaats naar de achtergronden van het vraagstuk van de tekorten qua instroom in de opleiding voor bedrijfsarts.
2. Verkenning van de mogelijkheden voor structurele financiering van richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen.
3. Ontwikkeling van een programma voor en prioritering van herziening van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen.
4. Ontwikkeling van een gezamenlijke richtlijn 'depressie' voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.
5. Arbeid in richtlijnen. Inbreng van de factor Arbeid in multidisciplinaire richtlijnen.

Omdat deze projecten ook belangrijke input genereren voor de preprogrammeringsstudie (en om dubbel werk te voorkomen) is in overleg met ZonMw besloten de preprogrammeringsstudie naar achteren te verschuiven zodat de resultaten van de door SZW gesubsidieerde studies daarin meegenomen kunnen worden. Het project heeft daarom een (fors) langere looptijd gehad dan aanvankelijk was gepland.

Op 25 juni 2015 is het conceptrapport door de projectleider gepresenteerd in een gezamenlijke bijeenkomst met de consultatieronde van de ZonMw verkenning over de klinische arbeidsgeneeskunde. Daar is van enkele aanwezigen verdere input gekregen. Op 29 juni 2015 is het conceptrapport besproken in de tweede bijeenkomst van de begeleidingscommissie. De daar gemaakte opmerkingen en aanvullingen zijn verwerkt in de eindrapportage.

3. Aanzet voor een meerjarenplan voor integraal kwaliteitsbeleid

De beroepsverenigingen NVAB en NVVG, beide federatieleden van de KNMG, gaan samenwerken aan verdere professionalisering middels de ontwikkeling van een meerjarenplan voor een integraal kwaliteitsbeleid. De NVVG betreft hierbij ook de vereniging van geneeskundig adviseurs in particuliere verzekeringszaken (GAV). Op 15 januari 2015 kondigden de besturen NVVG en GAV een verregaande gelijkwaardige samenwerking tussen de twee beroepsverenigingen aan met als gezamenlijke doelstellingen het versterken van de verzekeringsgeneeskunde, het tegengaan van versnippering in de verzekeringsgeneeskunde en krachtenbundeling om de slagvaardigheid op verzekeringsgeneeskundige thema's te vergroten. In dit hoofdstuk worden een aantal belangrijke pijlers in het kwaliteitsbeleid van de drie verenigingen nader omschreven.

3.1 Opleiding en nascholing

Hierbij is zowel aandacht voor de kwantiteit (instroom in de vervolgoopleidingen) als de kwaliteit van de basisopleiding en de vervolgoopleidingen van belang.

Bijna alle sociaalgeneeskundigen in opleiding zijn in loondienst bij werkgevers zoals arbodiensten, zorginstellingen, verzekeringsmaatschappijen, GGD-en en het UWV. Daarnaast zijn er steeds meer zzp'ers die in combinatie met hun uitvoerende werkzaamheden een opleiding willen volgen of een opleiding willen verzorgen.

De vervolgoopleiding tot bedrijfsarts of verzekeringsarts wordt verzorgd door de opleidingsinstituten NSPOH (Netherlands School of Public and Occupational Health) in Utrecht en SGBO (Sociaalgeneeskundige Beroepsopleidingen) van het Radboudumc in Nijmegen. Sinds 2009 is ook de organisatie van het cursorisch deel van de beroepsopleiding voor de geneeskundig adviseur (GAV) grotendeels in handen van de NSPOH. De beroepsopleiding voor geneeskundig adviseurs die door de NSPOH wordt aangeboden, is niet lang geleden in samenspraak met de GAV vernieuwd. De opleiding sluit nu beter aan bij het publieke en private werkveld van de verzekeringsarts. Na deze beroepsopleiding kan een verzekeringsarts de opleiding volgen tot register geneeskundig adviseur (rga), hetgeen een beschermde beroepsverenigingsregistratie betreft.

Achterblijvende instroom in de vervolgoopleidingen voor bedrijfsarts en verzekeringsarts

Een urgent probleem voor de kwaliteit van de zorg in het domein Arbeid en Gezondheid is de lage instroom in de opleidingen tot bedrijfsarts en in iets mindere mate tot verzekeringsarts (Tabel 1)

Tabel 1. Jaarlijkse instroom in opleidingen sociale geneeskunde (bron: RGS 16 maart 2015)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bedrijfsarts	32	27	15	23	19	13	11	13	20	7
Verzekeringsarts	8	1	28	15	28	3	17	22	27	13

Tabel 1 laat zien dat de gerealiseerde instroom in de hoofdtak Arbeid en Gezondheid in 2013 voorzichtig leek aan te trekken. De instroom in 2014 was echter voor beide specialismen laag. Voor

bedrijfsartsen is het laagste instroomaantal sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan gerealiseerd (7 nieuwe aios). Ook voor verzekeringsgeneeskunde was de instroom in 2014 aan de lage kant (13 nieuwe aios).

Tabel 2. Aantal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen (bron: RGS 16 maart 2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bedrijfsarts	2020	2084	2131	2165	2154	2094	2038	1994	1937	1886
Verzekeringsarts	1020	1060	1081	1071	1065	1028	1010	1006	979	989

De bedrijfsartsen zijn in geregistreerd aantal in 2013 en 2014 gedaald (Tabel 2). Er zijn per 1 januari 2015 108 bedrijfsartsen minder geregistreerd dan op 1 januari 2013, een daling van 5,4% in twee jaar tijd. Het aantal verzekeringsartsen is ten opzichte van 1 januari 2013 ook gedaald, maar procentueel minder (-1,7%). Gezien de opleidingsduur van 4 jaar is de verwachting dat de komende 4 jaar het aantal geregistreerde bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, dat gaat uitstromen uit de registers, het aantal nieuwe registraties veruit gaat overtreffen. De aantallen geregistreerde specialisten in deze hoofdtek zullen daarom tot en met 2019 blijven afnemen.

Ook hierdoor komt de kwaliteit van zorg in deze sector onder toenemende druk te staan. Mede gezien de demografische ontwikkelingen in de beroepsgroepen (in de komende 10 jaar zal meer dan 40% van de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen de beroepspraktijk verlaten vanwege het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd) is dit een zorgwekkende ontwikkeling.

Het gebrek aan instroom in de bedrijfsartsenopleiding is al langer onder de aandacht gebracht van de Ministeries van SZW en VWS¹⁶. Op 29 april 2014 biedt de voorzitter van het Capaciteitsorgaan instroom adviezen aan met betrekking tot de door het ministerie van SZW aan de SER voorgelegde vijf mogelijk beleidsscenario's voor de ontwikkeling van de arbozorg. De Kamer Sociale Geneeskunde van het Capaciteitsorgaan concludeert in het rapport dat de huidige instroom in de opleiding tot bedrijfsarts volstrekt onvoldoende is om één van de scenario's te realiseren (met uitzondering van het scenario waarin een model zonder bedrijfsarts wordt ontwikkeld). De Kamer Sociale Geneeskunde is van mening dat, los van de uiteindelijke keuzes die het ministerie van SZW gaat maken, door betrokkenen gewerkt moet worden aan randvoorwaarden om de opleiding tot bedrijfsarts aantrekkelijker te maken voor de basisarts die op zoek is naar een opleidingsplaats. Financiering van de vervolgopleiding uit publiek in plaats van private middelen zou een optie kunnen zijn. Het Capaciteitsorgaan heeft deze suggestie ook in het Capaciteitsplan 2013, en eerder in het Capaciteitsplan 2010 gedaan. Dit advies (publieke financiering) wordt door de SER onderschreven in haar advies over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg (september 2014). In de kabinetsreactie op het SER-advies dd. 28 januari 2015 wordt erkend dat de huidige instroom in de bedrijfsartsenopleiding zeer beperkt is, en het aantal werkzame bedrijfsartsen terug loopt maar het kabinet is er niet van overtuigd dat publieke financiering het vraagstuk oplost. Ook andere factoren als bijvoorbeeld de beschikbaarheid van opleidingsplaatsen en de toekomstverwachtingen van (basis)artsen kunnen volgens het kabinet een rol spelen.

¹⁶ Capaciteitsplan 2013. Voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische, geestelijke gezondheid-, en aanverwante (vervolg)opleidingen.

Ook in de opleiding tot verzekeringsarts spelen structurele problemen met betrekking tot instroom en financiering. De UWV en private verzekeringsmaatschappijen zijn de belangrijkste werkgevers van verzekeringsartsen. De opleiding tot verzekeringsarts wordt momenteel vooral door het UWV, private verzekeraars en enkele medische adviesbureaus gefinancierd. In september 2014 is er naast de al langer bestaande opleiding bij de NSPOH een tweede opleidingsinstituut tot verzekeringsarts bij de SGBO bijgekomen. Op zichzelf is dit een goede zaak. Het verhoogt wel de noodzaak voor verhoging van de instroom om ook op beide plaatsen voldoende kwaliteit voor de opleiding overleefd te kunnen houden. De groep werkzame verzekeringsartsen wordt gekenmerkt door een relatief oude leeftijdsopbouw, 13% is ouder dan 60 jaar en nog eens 54% is ouder dan 50 jaar. Deze groepen zullen de komende 15 jaar uitstromen¹⁷. Wat betreft de vraag naar verzekeringsartsen kan uit verschillende bronnen worden afgeleid dat er taken (voornamelijk herbeoordelingen) blijven liggen. Daarnaast is er sprake van structurele openstaande vacatures. Uit het capaciteitsramingsmodel in het NIVEL-rapport komt naar voren dat het aantal benodigde fte aan verzekeringsartsen in Nederland hoger is dan het aantal beschikbare fte, ook als met verschillende groeiscenario's van de vraag gevarieerd wordt.

Daarnaast wordt er nog steeds discussie gevoerd tussen de KNMG en het Ministerie van OCW over registratie-eisen (BIG). Dit raakt niet alleen de 'basisarts'. Het ministerie wil, mogelijk op termijn, alleen nog registratie/herregistratie indien directe persoonsgebonden zorg aan de orde is. Het is nog niet geheel duidelijk wat dat is. Vooral voor de verzekeringsartsen in de private sector zou dat consequenties kunnen hebben.

Mogelijkheden om de instroom te vergroten

Er zijn een aantal initiatieven genomen om na te gaan hoe mogelijkheden om de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts te vergroten benut kunnen worden. De NVAB heeft met eigen middelen het project 'de bedrijfsarts werkt' opgezet en samen met andere stakeholders, zoals de opleidingsinstellingen en OVAL (Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan) acties in gang gezet om het vak positiever te positioneren. Daarnaast heeft het ministerie van SZW subsidie verleend aan de NVAB voor de uitvoering van een aantal activiteiten die erop zijn gericht de instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts te vergroten. Bovendien laat het kabinet zelf onderzoek uitvoeren waarbij gekeken wordt naar toekomstverwachtingen bij artsen in opleiding, de mogelijkheid van zij-instroom, en de relatie met de opleiding tot verzekeringsarts. Voor het dreigende tekort aan verzekeringsartsen heeft het UWV een actief wervingsprogramma ingezet¹⁸.

In het kader van het project 'de bedrijfsarts werkt' zijn in april 2015 een tweetal deelrapportages uitgebracht over een plan van aanpak voor uitbreiding van onderwijs over arbeid en gezondheid in medische curricula en de mogelijkheden om het opleiden van artsen tot bedrijfsarts (aios) in kleinere praktijken te stimuleren.

Onderwijs over arbeid en gezondheid in medische curricula

Met als startpunt de inventarisatie van arbeid en gezondheid in de medische opleidingen in Nederland (en in Europa), die met behulp van een enquête en diverse bijeenkomsten in 2011-2013 is

¹⁷ Schepman SJ et al. Capaciteitsraming voor verzekeringsartsen 2012-2022/2028. Utrecht, NIVEL 2011

¹⁸ Antwoordbrief Minister Asscher aan NVAB/NVVG 14 januari 2014 (2014-000007148)

verricht (zie verslag in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde¹⁹) is in het voorjaar van 2015 hieraan een vervolg gegeven in samenwerking met docenten, verenigd in de IOSG (=Interfacultair Overleg Sociale Geneeskunde) onderwijsgroep. Arbeid en gezondheid heeft in alle UMC's een plaats. Er zijn echter grote verschillen tussen de UMC's, ook in 2015. De opleidingsprogramma's in de UMC's worden gestuurd door het Raamplan artsopleiding maar door elk UMC anders ingevuld. Het accent op arbeid en gezondheid is in een aantal UMC's (AMC, VUmc, UMCG) groter dan in andere. Dit zijn, waarschijnlijk niet toevallig, ook de UMC's waar de bestaande leerstoelen op het gebied van arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde zijn of waren gevestigd! Onderwijs in de UMC's is eindterm- en competentiegericht en niet meer primair gericht op vakgebieden. De meest haalbare optie om de aandacht voor arbeid en gezondheid te verhogen ligt in het creëren van een geïntegreerd aanbod, samen met de basisvakken, het klinisch onderwijs, huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde. Een in kwantitatief opzicht voldoende, streefwaarde 84 uur²⁰, en in kwalitatief opzicht goede aandacht voor arbeid en gezondheid in de medische curricula van de medische faculteiten in Nederland is daarbij het uitgangspunt. Dit is van belang voor alle basisartsen (eindtermen medische opleiding²¹) en voor alle toekomstige huisartsen en medische specialisten binnen en buiten het ziekenhuis. Het is tevens de grondslag voor een weloverwogen beroepskeuze en loopbaanperspectief voor studenten. Daarbij verdient ook de uitbreiding van het aantal (goede) plaatsen voor coassistenten de hoogste prioriteit. De docenten in alle UMC's benadrukken dit. Zowel het veld van de bedrijfsgezondheidszorg als van de verzekeringsgeneeskunde kan een belangrijke bijdrage leveren aan de instroom van artsen in de bedrijfsartsen- en verzekeringsartsenopleiding door mee te werken aan de basisopleiding en studenten enthousiast te begeleiden bij hun coassistentenschap Sociale Geneeskunde. Op dit moment volgt ongeveer 40% van de medische studenten het coschap Sociale Geneeskunde in het veld van arbeid en gezondheid (bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde). Het aantal beschikbare plaatsen staat onder druk door het afnemen van het aantal bedrijfs- en verzekeringsartsen. Een aanknopingspunt biedt ook de onderwijsvisitatie. De onderwijsprogramma's van de UMC's worden regelmatig gevisiteerd, de laatste keer gebeurde dat in 2011-2012. Deze visitatie was voor arbeid en gezondheid belangrijk omdat geconstateerd werd dat de extramurale geneeskundige vakken, waaronder arbeid en gezondheid, onvoldoende aan bod kwamen in de opleidingsprogramma's van de UMC's. Bij de volgende visitatie wordt gevraagd naar de gerealiseerde verbeteringen. In het deelrapport worden hiertoe, verdeeld over verschillende stakeholders, concrete acties uitgewerkt en de al dan niet meetbare resultaten benoemd die over twee jaar gecheckt kunnen worden.

Mogelijkheden voor opleiden in kleinere (bedrijfs)artspraktijken

Om de instroom in de bedrijfsartsenopleiding te vergroten zijn ook meer opleidingsplaatsen nodig. De laatste jaren werkt een toenemend aantal bedrijfsartsen in kleinere praktijken of als zelfstandig bedrijfsarts (ZZP-er / eenmanszaak). In dit deelproject is nagegaan hoe het opleiden van artsen tot bedrijfsarts in kleinere praktijken gestimuleerd kan worden. Door middel van de antwoorden op een schriftelijke rondvraag in 2013 bij de leden van de 'zelfstandige en freelance werkende

¹⁹ Gerritsen JCM, PBA Smits, T Brand. Iedere arts moet arbeidsanamnese uitvragen. Belang van arbeid en gezondheid in de medische opleiding. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2013;157:A5787

²⁰ In het NTvG artikel van Gerritsen e.a. wordt op basis van Europees onderzoek van EMUTOM een omvang van 84 uur (3 European Credit points, ECTS) als streefwaarde genoemd

²¹ De eindtermen voor de medische opleidingen zijn beschreven in het Raamplan artsopleiding 2009. Een herziening van dit raamplan wordt voorzien in 2017. Verwacht wordt dat daarin meer aandacht zal komen voor 'extramurale' medische eindtermen http://www.nfu.nl/img/pdf/Raamplan_Artsopleiding_2009.pdf

bedrijfsartsen' (ZFB) van de NVAB en aanvullende semi-gestructureerde (telefonische) interviews in het voorjaar van 2015 met bedrijfsartsen uit een 'convenience sample' van kleinere en middelgrote praktijken, vertegenwoordigers van de opleidingsinstituten NSPOH en SGBO, een vertegenwoordiger van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS) en een vertegenwoordiger van de SSGO²² is geïnventariseerd of er voor deze categorie praktijken voldoende mogelijkheden zijn om een erkende opleidingsinrichting te worden. Hiervoor zijn vier verschillende opties uitgewerkt:

1. kleinere praktijk wordt zelf opleidingsinrichting;
2. meerdere kleinere praktijken vormen samen een (regionale) opleidingsgroep;
3. een kleinere praktijk sluit een samenwerkingsovereenkomst met SSGO of een nog op te richten soortgelijke organisatie op het gebied van Arbeid en Gezondheid;
4. zoals optie 3, maar de aios is in dienst van de stichting of een apart 'uitzendbureau'.

Uit de interviews in het voorjaar van 2015 komt naar voren dat inmiddels middelgrote praktijken van bedrijfsartsen (arbitraire grens: 6 bedrijfsartsen of meer) in het algemeen zelf de status van opleidingsinrichting verwerven. Voor praktijken vanaf drie bedrijfsartsen wordt het al goed mogelijk geacht om een opleidingsinrichting te worden. Actieve(re) ondersteuning en voorlichting van NVAB is dan belangrijk. Dit sluit het beste aan bij de eerste twee opties. Deze genieten nu de voorkeur. De opties 3 en 4 met de stichtingen als opleidingsinrichting passen anno 2015 minder goed bij de behoeften en wensen van de kleinere praktijken.

Dit kan krachtiger dan tot nu ondersteund worden door een samenwerking van NVAB, RGS en opleidingsinstituten. De NVAB kan hierbij het voortouw nemen door bijvoorbeeld in dit najaar (2015) een bijeenkomst te organiseren voor belangstellenden. Daarbij kunnen de in dit project naar voren gekomen ervaringsdeskundigen uit kleinere praktijken worden betrokken. De financiering van de opleiding, zeker voor kleinere praktijken, is wel een punt van zorg.

Bij de verzekeringsartsen speelt deze problematiek minder omdat de meeste artsen in dienst zijn van het UWV dat als uiteraard als opleidingsinrichting erkend is.

Voor de privaat werkende verzekeringsartsen geldt dat de GAV-onderwijscommissie door de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC) erkend is als opleidingsinrichting voor het praktische deel van het onderwijs (praktijkscholing). Binnen de GAV zijn zes erkende praktijkopleiders actief op wie de leden een beroep kunnen doen tijdens hun opleiding. Toch is ook hier de vraag groter dan het aanbod. Binnen de private sector zijn veel geneeskundig adviseurs actief als zzp'er. Een deel hiervan wil graag in opleiding maar kan dit momenteel niet door het tekort aan erkende opleidingsplaatsen.

Instelling van een opleidingsfonds voor de opleiding tot bedrijfs- of verzekeringsarts

Een derde recente rapportage betreft de mogelijkheid voor de instelling van een opleidingsfonds waaruit de opleiding tot bedrijfs- of verzekeringsarts kan worden gefinancierd. Hierin wordt een overzicht gegeven van een aantal relevante ramingen en beleidsontwikkelingen uit de afgelopen jaren en de wijze waarop een aantal andere medische vervolgoopleidingen worden gefinancierd. Vervolgens worden een aantal mogelijke financieringsmodellen met voor- en nadelen gepresenteerd.

²² SSGO (stichting sociaal geneeskundige opleidingen) is opgericht door en gelieerd aan de Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) en de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen werkzaam bij Zorgverzekeraars (VAGZ). De oprichting/totstandkoming van de SSGO is mede mogelijk gemaakt door Zorgverzekeraars Nederland

Gelet op de draagvlak/haalbaarheid lijken er voor de financiering van de opleiding twee modellen die kansrijk zijn: een Fondsmodel (eventueel in combinatie met leenstelsel) en een Overheidsmodel (eventueel in combinatie met premie- en belastingmodel). Deze modellen komen in hoofdstuk 3 nader aan de orde.

Kwaliteit van de opleiding en nascholing

Project KOERS

In 2007 is in het kader van het project Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV) voor de sociaal-geneeskundige opleidingen een Handboek Sociale Geneeskunde gepubliceerd en is regelgeving van het toenmalige College Sociaal-geneeskundige Specialismen aangepast. Daarin zijn de CanMEDS-competenties vastgelegd alsmede de aangepaste structuur van en eisen voor de opleidingen binnen de sociale geneeskunde. Dit was aan herziening toe. Daarom is in 2013 een project gestart met als titel 'Kwaliteitsborging van opleidingen tot sociaal geneeskundige'. Het project is uitgevoerd in opdracht van de drie wetenschappelijke verenigingen KAMG, NVVG en NVAB en gefinancierd door het project MMV. Dit heeft geresulteerd in een rapport met de beschrijving van een kader waarmee de kwaliteit van de opleidingen tot sociaal geneeskundige systematisch geborgd kan worden²³. In het project is een systeem van toetsing en monitoring ontwikkeld waarmee opleidingsinstituten, wetenschappelijke verenigingen, opleiders en de RGS meer grip krijgen op de kwaliteit van de opleiding in de opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten. Het rapport fungeert daarmee als Kwaliteitsvisie en als Raamplan voor de sociaal geneeskundige opleidingen en is het uitgangspunt voor de landelijke opleidingsplannen van de wetenschappelijke verenigingen en voor de regelgeving van het CGS. Vandaar de titel K.O.E.R.S.: Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde. Competentiegericht leren in de beroepsopleiding krijgt hierin een belangrijke plaats, naast integrale aandacht voor kwaliteit in de brede zin van de beroepsuitoefening en kwaliteitsborging bij herregistratie: bevoegd én bekwaam. De uitdaging hierbij is om te komen tot een visie op de samenwerking tussen onderwijs, wetenschap en richtlijnontwikkeling. Het rapport beschrijft hoe de kwaliteit van de sociaal-geneeskundige opleidingen door het opleidingssysteem zelf kan worden geborgd. Uitgegaan is van een gelaagde vorm van toezicht waarbij het veld zelf voor de interne kwaliteitsbevordering en –borging (continu en cyclisch door middel van interne audits) zorgt en de RGS voor het externe toezicht.

Stimulering professional performance

Naast een goed competentiegericht toets- en beoordelingssysteem vraagt opleiding tot goede beroepsbeoefenaren ook aandacht voor een aantal drijfveren, deugden en vaardigheden die in het CanMeds—model wat minder nadrukkelijk naar voren komen. In haar oratie over professional performance van artsen, onderscheidt Lombarts hiervoor drie belangrijke pijlers: een voortdurend streven naar excellente zorgverlening, het handelen vanuit medemenselijkheid en het afleggen van rekenschap over het eigen functioneren.²⁴ Bij het eerste zou bijvoorbeeld periodieke toetsing van praktiserende artsen op de actualiteit van hun kennis deel uit kunnen maken. Hoewel een landelijk werkende arbodienst daarmee heeft geëxperimenteerd, vindt dit bij bedrijfs- en verzekeringsartsen

²³ MMV, KAMG, NVVG, NVAB. K.O.E.R.S. Kwaliteitsvisie Opleidingen en Raamplan Sociale Geneeskunde. Utrecht, 2015

²⁴ Lombarts MJHM. Professional performance van artsen – tussen tijd en technologie. Oratie Universiteit van Amsterdam, 3 oktober 2014

momenteel (nog) vrijwel niet plaats. Het zou in de toekomst wellicht in de herregistratie-eis kunnen worden opgenomen. Bij de tweede en derde pijler kan de (verplichte) deelname aan intercollegiale toetsing (ICT) een grotere rol spelen. Daarnaast ligt hier ook een duidelijke verantwoordelijkheid van de werkgevers van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Zij moeten, o.a. in de contractvorming en in de aansturing van professionals, de randvoorwaarden scheppen waarin deze pijlers aan bod kunnen komen.

Coördinatie en samenwerking in de opleiding van bedrijfs- en verzekeringsartsen, nationaal en internationaal

Hoewel de vakgebieden en de verantwoordelijkheden van de bedrijfsarts, de verzekeringsarts bij de sociale verzekeringen en de geneeskundig adviseur bij de private verzekeringen duidelijke verschillen vertonen, zijn er ook veel raakvlakken. Er kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de huidige 'takkenstructuur' van de opleidingen. De raakvlakken tussen en gezamenlijke elementen van de takken kunnen ook in opleiding en nascholing nadrukkelijker aan bod komen. Hoewel in de huidige beroepsopleidingen op enkele onderdelen al gecombineerd onderwijs plaatsvindt, kan een verdergaande modulaire opbouw met gezamenlijke modules nog verder vorm krijgen. Dit maakt niet alleen een effectievere en meer efficiënte inzet van de door de lage instroom bedreigde opleidingscapaciteit in de opleidingsinstituten mogelijk maar het levert ook een bijdrage aan het bevorderen van wederzijds begrip en een betere samenwerking. Hetzelfde geldt voor de nascholing in de regionale kringen van de beroepsverenigingen.

Ook op internationaal gebied kan en moet er beter afgestemd en samengewerkt worden. De Commissie Internationale Betrekkingen van de NVAB vertegenwoordigt de KNMG in de UEMS-SOM (Union of European Medical Specialists, section Occupational Medicine). Een van de activiteiten daarin is het opzetten en uitgeven van Europese accreditatie(punten) voor opleiding en nascholing. Verzekeringsartsen zijn in de UEMS vooralsnog niet met een sectie vertegenwoordigd. In de meeste Europese landen wordt voor de sociale geneeskunde slechts onderscheid gemaakt tussen Public Health en Occupational Health. Internationaal is "Insurance Medicine" een nog relatief onbekend vakgebied. Het recent opgerichte Cochrane field Insurance Medicine (CIM), waarbij de Nederlandse verzekeringsgeneeskunde (sociaal en privaat) een zeer actieve en nadrukkelijke rol heeft gespeeld, kan hier genoemd worden als een voorbeeld van internationale inbedding en samenwerking.

Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskundige Dagen

De NVAB, NVVG en GAV werken nauw samen met de opleidingsinstituten om de kwaliteit van de opleiding te verhogen, onder andere door in de opleiding en na- en bijscholing aandacht te besteden aan de ontwikkelde richtlijnen en protocollen. Naast de nascholing vanuit de opleidingsinstituten, post-academische opleidingsinstituten en commerciële aanbieders en het opleidingsaanbod via regionale kringen van de NVAB en NVVG zijn de door respectievelijk NVAB en NVVG/GAV georganiseerde jaarlijkse tweedaagse congressen (Bedrijfsgeneeskundige Dagen en Verzekeringsgeneeskundige Dagen) een zeer krachtige gelegenheid voor de overdracht en uitwisseling van kennis, vaardigheden en sociale contacten. Beide evenementen worden zeer goed bezocht: meer dan de helft (!) van alle Nederlandse bedrijfs- en verzekeringsartsen geeft er elk jaar acte de presence. Daarbij wordt in toenemende mate gebruik gemaakt van gerichte workshops, discussiesessies en kleinschalige onderwijsvormen.

Stimuleringsprijs onderwijs

Het bestuur van de NVAB wil de inzet van deze bedrijfsarts-docenten stimuleren en waarderen door jaarlijks een prijs uit te reiken aan de beste opleider/docent. Deze prijs, de Ramazzini-onderwijsprijs, is genoemd naar Bernardino Ramazzini (1633-1714), de grondlegger van de arbeidsgeneeskunde. 2014 was het herdenkingsjaar van het 300ste sterfjaar van Bernardino Ramazzini. Tijdens de BG-dagen van 2014 is de prijs voor het eerst uitgereikt.

3.2 Ontwikkeling en herziening van professionele evidence-based richtlijnen.

Voor vrijwel alle beroepsgroepen vormen richtlijnen de hoeksteen van het kwaliteitsbeleid in de zorg. Bedrijfs- en verzekeringsartsen vormen daarop geen uitzondering.

Een richtlijn is een instrument om de kwaliteit van het professioneel handelen en daarmee van de zorg- of dienstverlening te bewaken en te verbeteren. Landelijke richtlijnen geven niet alleen inhoudelijke sturing aan het professioneel handelen maar ook aan (post)initieel onderwijs, visitaties, kwaliteitssystemen, registraties, lokale protocollen en initiatieven²⁵. Het is een systematisch ontwikkelproces met een formele autorisatieprocedure binnen de beroepsvereniging(en). Richtlijnen zijn primair bedoeld ter verbetering van de kwaliteit van zorg. Zij worden vooral geschreven om:

- de snel groeiende informatiestroom hanteerbaar te maken
- de onnodige en vaak ongewenste variatie in handelen tussen zorgverleners te verminderen
- het (sociaal-)medisch handelen meer te baseren op wetenschappelijk bewijs dan alleen op ervaring en meningen
- transparanter te werken.

Richtlijnen zijn geen dwingende voorschriften maar omdat richtlijnen voor en door beroepsgroepen worden ontwikkeld en vastgesteld en daarmee 'de professionele standaard' invullen, is de toepassing van richtlijnen geen vrijblijvende zaak. De werkgroep 'Richtlijn voor richtlijnen' van de Regieraad voor Kwaliteit van Zorg (inmiddels opgegaan in Zorginstituut Nederland) heeft in 2012 de volgende definitie van richtlijnen opgesteld:

'Een richtlijn is een document met aanbevelingen, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van zorg, berustend op systematische samenvattingen van wetenschappelijk onderzoek en afwegingen van de voor- en nadelen van de verschillende zorgopties, aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers'.²⁶

Uit deze definitie wordt duidelijk dat het niet alleen om het toepassen van wetenschappelijke kennis gaat. Ook ervaringskennis bij de professionals, voorkeuren bij zorggebruikers (voor de bedrijfsarts en verzekeringsarts: vooral werkgevers en werknemers) en andere overwegingen spelen een rol om tot een uiteindelijke aanbeveling te komen. Het mooie ervan is dat de ontwikkeling ervan de werelden van de wetenschap en de praktijk fraai bij elkaar brengt. Het is immers niet alleen de aanwezige evidence die belangrijk is maar ook de context waarin de zorg- of dienstverlening moet plaatsvinden en de ervaringen van professionals en patiënten/werknemers/werkgevers daarbij.

²⁵ Swinkels JA, Dunnink T, Vermeulen H. Doel van richtlijnontwikkeling. In: van Everdingen et al (red). *Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum 2^e herziene druk, 2013: 3-9.

²⁶ Regieraad Kwaliteit van Zorg. *Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn*. Herziene versie, Den Haag, maart 2012.

Beschikbare richtlijnen

De NVAB heeft door de jaren heen gewerkt aan de ontwikkeling van een aanzienlijk aantal evidence-based richtlijnen²⁷. Een deel hiervan is monodisciplinair, dat wil zeggen: met name gericht op het handelen van de bedrijfsarts bij de begeleiding van werkenden²⁸. Anderen zijn multidisciplinair, met andere organisaties in de gezondheidszorg of met andere beroepsorganisaties in de arbozorg. Het doel van elk van deze richtlijnen is het waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg – en de veiligheid, gezondheid en welzijn van werkenden te beschermen en te bevorderen. Er zijn op dit moment 12 monodisciplinaire richtlijnen beschikbaar (en 2 in ontwikkeling); 7 multidisciplinaire richtlijnen met andere arboprofessionals en meer dan 50 multidisciplinaire richtlijnen met daarin opgenomen, aandacht voor werk. Een actueel overzicht staat op:

<http://nvab.artsennet.nl/Richtlijnen/NVABrichtlijnen-en-procedurele-leidraden.htm>

De NVVG was betrokken bij de ontwikkeling van een reeks Verzekeringsgeneeskundige protocollen (VG-protocollen). Deze hebben strikt genomen niet de evidence-based werkwijze van de NVAB-richtlijnen. De bestaande VG-protocollen zijn allen gebaseerd op niet-systematisch samengevatte literatuur en *good practice* – maar refereren in een aantal gevallen ook aan inzichten uit een NVAB-richtlijn of andere richtlijnen met eenzelfde onderwerp. VG-protocollen omvatten onder meer aanwijzingen over de verzekeringsgeneeskundige aspecten voor een juiste uitvoering van sociale verzekeringswetten en hebben als doel de uniformiteit en de kwaliteit van deze uitvoering te waarborgen en de instroom in sociale uitkeringen terug te dringen. Momenteel zijn er VG-protocollen beschikbaar over een twintigtal aandoeningen. De aandoeningen zijn gekozen als onderwerp van een protocol omdat zij een belangrijke bijdrage leverde aan de instroom in uitkeringen inzake WAO of WIA. De ‘oudste’ tien protocollen zijn samengesteld onder auspiciën van de Gezondheidsraad, de ‘jongste’ tien zijn ontwikkeld vanuit de NVVG door het VGI (Verzekeringsgeneeskundig Instituut). Ieder protocol bevat een omschrijving van de aandoening, prognose, diagnosestelling en behandeling gekoppeld aan de beoordeling van functionele mogelijkheden en werkhervatting. Zo bieden zij een handreiking voor de claimbeoordeling aan de verzekeringsarts. Volgens de opstellers van de protocollen hebben de reacties uit het veld ertoe bijgedragen dat bij de jongste protocollen meer nadruk is komen te liggen op de praktijk. Het laatst verschenen protocol is geen diagnose gerelateerd maar een themagericht protocol: verzekeringsgeneeskundig Protocol Participatiegedrag. Zie voor een overzicht:

<http://www.nvvg.nl/index.php/bibliotheek/protocollen>

Bij de GAV zijn tot nu toe nauwelijks evidence-based verzekeringsgeneeskundige standaarden en richtlijnen beschikbaar, toegespitst op het medisch advies in de particuliere sector. De thans beschikbare standaarden en richtlijnen zijn óf afkomstig van de particuliere verzekeraar en vooral procedureel van aard óf afkomstig van de zusterberoepsvereniging van verzekeringsartsen (NVVG) en het UWV, en ontwikkeld voor toepassing en gebruik in de publieke sector met betrekking tot verzuim en arbeids(on)geschiktheid. Wel zijn er richtlijnen (‘manuals’) van de herverzekeraars op het

²⁷ Hulshof C. Tien jaar Kwaliteitsbureau, vijftien jaar richtlijnen. *TBV* 2014;22(5):208-10

²⁸ De term ‘werkenden’ heeft de voorkeur boven ‘werknemers’ omdat de NVAB-richtlijnen van toepassing zijn op de bedrijfsgezondheidszorg voor de gehele beroepsbevolking; dus niet alleen medewerkers met een dienstverband (werknemers) maar ook uitzendkrachten, flexwerkers, ZZP-ers, ondernemers, werkzoekenden, studenten en vrijwilligers en mantelzorgers.

gebied van acceptatie van private verzekeringen. Met name voor 'Leven' en 'Critical Illness' hebben deze manuals wel een vorm van onderbouwing. Dat de onderbouwing niet altijd direct toegankelijk is doet hier niets aan af. Dit roept wel de vraag op hoe wenselijk dit is en of die onderbouwing niet transparant moet zijn en branche breed. Dat (her)verzekeraars verschillend beleid voeren is in een concurrerende markt te verdedigen, maar de onderliggende medische advisering zou gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijke kennis en inzichten en overal hetzelfde moeten zijn. De GAV ziet hierin nog een duidelijke taak weggelegd. Naast het eerdergenoemde initiatief tot de oprichting van het Cochrane field Insurance Medicine ligt er een plan om een landelijke, verzekeringsmaatschappij overstijgende private Arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (AOV)-database op te bouwen. Daarvoor wordt nu een haalbaarheidsonderzoek verricht, gefinancierd door het Verbond van Verzekeraars. Op deze manier wordt het mogelijk ook voor de (private) tak goede informatie te verzamelen en zo betere wetenschappelijke onderbouwing te bieden aan de (private) verzekeringsgeneeskunde.

Herziening van richtlijnen

Vrijwel alle monodisciplinaire NVAB-richtlijnen en ook de VG-protocollen zijn meer dan vijf jaar geleden geautoriseerd en gepubliceerd. Richtlijnen worden niet voor de eeuwigheid opgesteld maar moeten geregeld worden getoetst en aangepast op grond van nieuwe wetenschappelijke inzichten, praktijkkennis of andere overwegingen. De wetenschappelijke kennis en de praktijkkennis, zowel in de arbozorg als in de gezondheidszorg, ontwikkelen zich snel. De methodiek van het herzieningstraject en de wijze van prioritering binnen de richtlijnenprogramma's van de beide verenigingen is aan vernieuwing toe. Hierbij heeft ook het zoeken naar een goede financieringsstructuur voor de ontwikkeling, herziening en implementatie van richtlijnen voor het handelen van bedrijfs- en verzekeringsartsen nu en in de toekomst een hoge prioriteit. Tot nu toe kennen NVAB en NVVG geen vaste tijdsperiode voor herziening van hun richtlijnen en protocollen. Dit is afhankelijk van het onderwerp, ontwikkelingen die daarin plaatsvinden en financieringsmogelijkheden. Zo werd de eerste NVAB-richtlijn, (lage) rugklachten uit 1999 in 2006 herzien; de richtlijn psychische klachten uit 2000 in 2007 en de richtlijn Klachten van arm, schouder en nek uit 2003 in 2013. Door de NVAB is eerder een procedure opgesteld voor de herziening van NVAB-richtlijnen²⁹.

De NVVG heeft het voornemen haar VG-protocollen uiteindelijk om te vormen tot richtlijnen die ook voldoen aan de uitgangspunten van de Richtlijn voor richtlijnen en het toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut. De NVVG heeft in 2013 samen met het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) en UWV overlegd over een plan van aanpak om in een joint venture de verzekeringsgeneeskundige protocollen te actualiseren. Dit leidde tot een plan voor de revisie van een achttal verzekeringsgeneeskundige protocollen, vier in 2015 en vier in 2016. Het gaat om de volgende protocollen: hartinfarct, overspanning, whiplash associated disorder I/II, aspecifieke lage rugpijn; angststoornissen, lumbosacraal radiculair syndroom, beroerte en borstkanker. Inmiddels zijn de plannen iets gewijzigd. Met behulp van SUWI-gelden uit het Ministerie van SZW heeft UWV eind 2014 een subsidie beschikbaar gesteld om kennis en actuele inzichten op het gebied van prevalentie en incidentie, diagnose, behandeling en prognose ten aanzien van herstel en behoud of terugkeer naar werk van de genoemde aandoeningen te updaten. Met deze kennis en inzichten kan dan in tweede instantie de herziening van de protocollen ter hand worden genomen. Het AMC

²⁹ Hulshof C, Bruinvels D. Herziening van NVAB-richtlijnen, een beleidsnotitie. Utrecht, NVAB, augustus 2012

en het ErasmusMc zijn inmiddels gestart met de uitvoering van de actualisatie van de wetenschappelijke kennis en inzichten voor de vier eerstgenoemde aandoeningen. Een call voor de volgende vier aandoeningen is vanuit UWV eind mei 2015 uitgegaan.

Prioritering

Onderzoek naar de wenselijkheid van prioritering bij de herzieningen van richtlijnen is aangewezen en de noodzakelijke herzieningen moeten ook worden uitgevoerd. NVAB en NVVG hebben besloten waar mogelijk en noodzakelijk hun activiteiten te bundelen en samen op te trekken bij de ontwikkeling van *evidence-based* richtlijnen en daarbij wordt, waar mogelijk en noodzakelijk ook met de GAV samengewerkt. Het streven is de huidige VG-protocollen om te zetten in richtlijnen die, evenals de NVAB-richtlijnen, volgens de principes van *evidence-based medicine* ontwikkeld gaan worden.

Verder zijn NVAB, NVVG en GAV, mede op uitdrukkelijke wens van het Ministerie van SZW, een pilot gestart om te komen tot een eerste gezamenlijke richtlijn. Voor de pilot is het onderwerp *depressie* gekozen.

Het door het Ministerie van SZW gesubsidieerde project “Ontwikkeling programma herziening NVAB-richtlijnen en VG-protocollen” richt zich op het onderzoeken van de noodzaak van herziening van deze NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. Op basis van de resultaten van het onderzoek is, in overleg met de Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van de NVAB en de Commissie wetenschap van de NVVG een herzieningsplan opgesteld. NVAB, NVVG en GAV stemmen aan de hand van dit plan de activiteiten in het kader van herzieningen met elkaar af – en ontwikkelen waar mogelijk gemeenschappelijke *evidence-based* richtlijnen. Het project kent drie stappen:

Stap 1. Prioritering van te actualiseren richtlijnen en protocollen

Binnen het project is als eerste stap een actualiteitsonderzoek uitgevoerd. Afhankelijk van nieuw beschikbare *evidence*, onderwerp, het vakgebied en de context, werd bekeken welke richtlijnen het meest en het eerst voor herziening in aanmerking komen.

Stap 2. Beslissing tot herziening

Op basis van het actualiteitsonderzoek in stap 1 werd door de beide wetenschappelijke commissies van de NVAB en de NVVG een discussie gevoerd over de herziening van richtlijnen en protocollen tot integrale nieuwe richtlijnen. Op grond hiervan werd advies uitgebracht aan de besturen van NVAB en NVVG waarbij per richtlijn werd aanbevolen: Volledige herziening, gedeeltelijke herziening óf geen herziening noodzakelijk.

Stap 3. Plan van aanpak

Op grond van de resultaten van stappen 1 en 2 is een plan van aanpak ontwikkeld voor de herziening van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen tot integrale nieuwe, *evidence-based* richtlijnen (tabel 3). Het plan van aanpak bevat informatie over de prioritering (welke richtlijnen en protocollen hebben grootste urgentie voor herziening?), de aard van de benodigde herziening (volledig of gedeeltelijk), de tijdsplanning en het benodigde budget.

Daarnaast heeft binnen het Maatschappelijk Programma Arbeidsomstandigheden (MAPA) het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid aangegeven financiën te willen reserveren voor de herziening van NVAB-richtlijnen. Het betreft een vast arrangement van één nieuwe richtlijn en twee herzieningen per jaar, gedurende een periode van drie jaar. Dit is in het plan van aanpak verwerkt. Het plan van aanpak bevat informatie over de prioriteitsstelling. Dit betreft een antwoord op de vragen:

- Welke richtlijnen en protocollen hebben grootste urgentie voor herziening?
- Wat is de aard van de noodzakelijke herziening (volledig of gedeeltelijk), het tijdsplan en het benodigde budget.

Uitgangspunten voor dit plan van plan van aanpak zijn:

- De prioritering van herziening
- De weging met betrekking tot de aard van de herziening
- De noodzaak om ook voor andere arbeidsrelevante problematiek richtlijnen te ontwikkelen.

Looptijd trajecten

- Nieuwe richtlijn: 18 maanden
- Volledige herziening: 15 maanden
- Gedeeltelijke herziening: 12 maanden

Deze looptijden zijn gebaseerd op eerdere ervaringen met de ontwikkeling en herziening van richtlijnen (o.a. in het KKCZ-programma).

Budget

- Nieuwe richtlijn: 2,5 ton
- Volledige herziening: 2 ton
- Gedeeltelijke herziening: 1,5 ton

De ontwikkeling of herziening van een multidisciplinaire evidence-based richtlijn voor verzekeringsartsen en bedrijfsartsen gezamenlijk zal altijd tot meer uitgangsvragen leiden. De richtlijn moet immers ingaan op de specifieke informatiebehoefte van twee disciplines die in verschillende onderdelen van de keten van zorg en sociale zekerheid werkzaam zijn. Bovendien moet vanuit verzekeringsgeneeskundig perspectief niet alleen de informatiebehoefte van verzekeringsartsen werkzaam bij de uitvoering van de publieke sociale zekerheid worden betrokken, maar ook de activiteiten van verzekeringsartsen werkzaam bij particuliere verzekeraars. Aangezien het benodigde budget voor de ontwikkeling van een richtlijn voor een belangrijk deel wordt bepaald door het aantal uitgangsvragen zijn de benodigde budgetten hoger (+ 50.000 euro) dan in het kader van een normale ontwikkeling of herziening noodzakelijk wordt geacht.

Looptijd van het programma

Het voorgestelde programma heeft een looptijd van 4 jaar (2015 – 2018, afronding van een aantal richtlijntrajecten zal doorlopen tot in 2019). In 2018 moet dan een nieuwe programmeringsstudie voor de ontwikkeling en herziening van richtlijnen voor de periode 2019 – 2022 worden uitgevoerd. Voor de in tabel 3 met een (*) gemarkeerde onderwerpen heeft het ministerie van SZW geld binnen het MAPA programma 2015 beschikbaar gesteld voor herziening van NVAB-richtlijnen. Ook voor 2016, 2017 en mogelijk 2018 zullen binnen dit programma gelden beschikbaar komen voor de

herziening van NVAB-richtlijnen (max. 4 ton per jaar). Voor de totale uitvoering van dit programma en de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn echter substantieel aanvullende middelen noodzakelijk.

Tabel 3 Plan van Aanpak

Jaar	Onderwerp	Nieuw of herziening	Budget
2015	Astma en COPD (*)	Volledig	200.000
	Zwangerschap en postpartumperiode (*)	Gedeeltelijk	150.000
	Begeleiding naar werk bij kanker (generiek) (*)	Nieuw	250.000
	Problematisch alcoholgebruik	Nieuw	250.000
		Budget 2015	850.000
2016	Rugklachten	Gedeeltelijk	150.000
	Overspanning/burnout	Gedeeltelijk	150.000
	Angststoornissen	Nieuw	250.000
	Arbeidsconflicten	Nieuw	250.000
		Budget 2016	800.000
2017	Ischemische hartziekten	Volledig	200.000
	Gehoorstoornissen en tinnitus	Nieuw	250.000
	Ontwikkelingsstoornissen (o.a. ADHD, PDD-NOS)	Nieuw	250.000
	Psychosociale problematiek	Nieuw	250.000
		Budget 2017	950.000
2018	Contacteczeem	Gedeeltelijk	150.000
	Ernstige psychische problematiek	Nieuw	250.000
	Influenzapreventie	Gedeeltelijk	150.000
	Programmeringsstudie 2019/2022		75.000
		Budget 2018	625.000
	Totaal benodigd budget 2015 – 2018		3.225.000

Inbreng bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige expertise in multidisciplinaire richtlijnen

De SER-adviezen “Stelsel voor gezond en veilig werken” (2012) en “Toekomst arbeidsgelateerde zorg” (2014) hebben duidelijk gemaakt dat er reden is om te investeren in verbetering van de arbeidsgelateerde zorg in Nederland. De SER noemt met name ook de noodzaak tot verbetering van de arbo-curatieve samenwerking, i.c. de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Naar aanleiding van het SER advies heeft minister Asscher, mede namens de minister van VWS, op 28 januari 2015 de kabinetsvisie met betrekking tot de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg aan de Kamer gestuurd.

Vorig jaar hebben de NVAB, LHV, NHG en KNMG zelf de wens tot betere samenwerking en afstemming tussen met name huisartsen en bedrijfsartsen nieuw elan ingeblazen door het

gezamenlijk ondertekenen van de consensusverklaring over Werk en Gezondheid³⁰. Daarin staat dat huisartsen en bedrijfsartsen “in goede samenwerking zullen bijdragen aan het behoud van of terugkeer naar geschikt werk”. Ook internationaal is deze ontwikkeling gaande: de internationale koepels van huisartsen en bedrijfsartsen (WONCA en ICOH) hebben in juni van dit jaar gesproken over een soortgelijke overeenkomst. De WHO heeft zich eveneens uitgesproken over het belang van het thema arbeid in relatie tot gezondheid.

Daarnaast is de afstemming tussen medisch specialisten en bedrijfs- en verzekeringsartsen van belang. Samenwerking en afstemming met KNMG als vertegenwoordiger van alle medische beroepsgroepen is inmiddels in gang gezet, hetgeen moet leiden tot gezamenlijke visieontwikkeling op arbeidsgerichte zorg.

Goede zorg is bij voorkeur gebaseerd op evidence-based richtlijnen en andere producten zoals zorgmodules, handreikingen, protocollen en samenwerkingsafspraken. Deze inhoudelijke ondersteuningsproducten moeten in gezamenlijkheid ontwikkeld en vastgesteld worden, om vervolgens verspreid en geïmplementeerd te worden. Draagvlak is essentieel, zowel in wetenschappelijke zin als qua haalbaarheid en uitvoerbaarheid. In de kabinetsreactie stelt het ministerie van SZW bereid te zijn tot ondersteuning van de richtlijnontwikkeling door bedrijfsartsen en de inbreng door bedrijfsartsen bij multidisciplinaire richtlijnen voor specialisten en andere zorgverleners. Het Kwaliteitsbureau NVAB heeft vanaf haar oprichting in 2004 een ondersteuningsstructuur ontwikkeld voor bedrijfsartsen, en later ook voor verzekeringsartsen, die deelnemen aan de ontwikkeling van (multidisciplinaire) richtlijnen door andere wetenschappelijke beroepsverenigingen en instanties zoals CBO, TNO, Trimbos-instituut, NHG, Orde van Medisch Specialisten en RIVM. Het doel van de deelname van deze bedrijfs- en verzekeringsartsen is om de relatie tussen arbeid en gezondheid en het stimuleren van arbeidsparticipatie en maatschappelijk functioneren zo goed mogelijk in de medische richtlijnen en protocollen in te bedden. Ondersteuning van deze bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is nodig omdat naast kennis van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde ook extra kennis over het ontwikkelen van evidence based richtlijnen noodzakelijk is. Dit speelt bijvoorbeeld bij het formuleren van de knelpunten en de uitgangsvragen in een richtlijn, het opstellen van op de factor arbeid gerichte zoekstrategieën, het gebruik van medische en arbeidsgerelateerde literatuurdatabases, interpretatie van gegevens en de wijze van inbedding van de gevonden evidence. Hiervoor is een coördinatiefunctie noodzakelijk om de inbreng te stroomlijnen conform de in het kader van het ZonMw programma KKCZ ontwikkelde Blauwdruk Participeren en Functioneren. Leidraad voor het effectief opnemen van ‘participeren en functioneren in werk’ in richtlijnen³¹. Daarom is vanuit het Kwaliteitsbureau NVAB en vanuit de NVVG gerichte training, coördinatie, feedback en ondersteuning nodig. Hiertoe wordt momenteel een projectvoorstel uitgewerkt. De doelstelling van dit project is het inhoudelijk ondersteunen, faciliteren en coördineren van de inbreng van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige expertise in de multidisciplinaire richtlijnen en zorgstandaarden. Tevens wordt de samenwerking binnen de eerste lijn (m.n. met huisartsen) bevorderd door de ontwikkeling van LESA's of andere instrumenten. Hierover vindt overleg met het NHG plaats.

³⁰ https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/Consensusverklaring_artsenorganisaties_gezondheid___arbeid_werk_feb_2014_DEF.pdf

³¹ De Boer W et al. Blauwdruk participeren in richtlijnen. Leidraad voor het effectief opnemen van ‘participeren en functioneren in werk’ in richtlijnen. Utrecht, VGI, NVAB, CBO 2010.

Mediprudentie

In 2005 adviseerde de Gezondheidsraad aan de Minister van SZW om een aantal maatregelen te realiseren met als doel de kwaliteit van het verzekeringsgeneeskundig handelen te bevorderen³². Daartoe behoorden de 3B-richtlijnen die behandelaar, begeleider en beoordelaar dicht bij elkaar zouden brengen, protocollen als hulpmiddel bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en het ontwikkelen van mediprudentie. De Gezondheidsraad had met mediprudentie het volgende voor ogen: het ontwikkelen van een 'algemeen toegankelijke verzameling deskundig becommentarieerde casus'. De precieze wijze waarop mediprudentie gerealiseerd diende te worden, was echter nog niet concreet. Wél formuleerde de Gezondheidsraad een aantal aandachtspunten voor de ontwikkeling van mediprudentie, waaronder het inrichten van een multidisciplinaire mediprudentiecommissie, het schrijven van commentaren en het gebruik van het 'Toetsingskader'³³. Dit laatste om te borgen dat alle vier de kerntaken van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling (de sociaal-medische voorgeschiedenis, functionele mogelijkheden, het te verwachten beloop, beoordeling van de lopende en geïndiceerde behandeling) voor commentaar aan bod zouden komen. Het belangrijkste doel van mediprudentie, zoals verwoord in de uitwerking van het advies van de Gezondheidsraad is: komen tot consensus over hetgeen in concrete, individuele situaties volgens de beroepsgroep de juiste beoordeling is. Daarnaast zou het ook de kwaliteit en transparantie van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling kunnen bevorderen en daardoor ook de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid voor cliënten. Maar ook het 'werken' aan mediprudentie vormt een proces waarbij verzekeringsartsen van elkaar leren en elkaar inspireren tot goed verzekeringsgeneeskundig werk. De minister heeft het advies van de Gezondheidsraad overgenomen en de NVVG verzocht om samen met UWV mediprudentie te ontwikkelen. De eerste in haar rol als beroepsvertegenwoordiger en de tweede als leverancier van casuïstiek, omdat verreweg de meeste verzekeringsartsen bij UWV werkzaam zijn. Inmiddels is de mediprudentievorming goed op gang gekomen en is er via de NVVG-website (voor leden) een database aangelegd waarin momenteel meer dan 120 mediprudentiecasses te raadplegen zijn. Er is een handreiking 'Hoe maken we mediprudentie' ontwikkeld³⁴. Een update van deze handreiking is in voorbereiding. De mediprudentie casus worden beoordeeld door een commissie, die besluit of de casus kan worden opgenomen in de database. Het maken van een mediprudentie casus is sinds 2014 vast (opdracht) onderdeel geworden van de opleiding tot verzekeringsarts.

Behalve verzekeringsgeneeskundige casuïstiek uit de publieke sector zijn in de database ook enkele casus opgenomen uit de private verzekeringsgeneeskundige sector en uit de bedrijfsgeneeskunde. Het is de moeite waard om te bezien of dit kan worden uitgebouwd. Daarvoor zal het nodig zijn een passende structuur te organiseren en faciliteren.

3.3 Implementatie van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten

Implementatie van richtlijnen, innovaties en andere kwaliteitsinstrumenten is vaak de achilleshiel van kwaliteitsverbeteringen in de zorg. Ook bij bedrijfsartsen en verzekeringsartsen speelt een gebrekkige implementatie van richtlijnen en protocollen een rol. Onderzoek naar implementatie van

³² Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. Den Haag 2005.

³³ Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag 2007.

³⁴ NVVG-UWV handreiking 'Hoe maken we mediprudentie', juni 2011.

NVAB-richtlijnen en VG-protocollen laat wisselende beelden zien. Mede op basis van kwalitatief onderzoek naar het gebruik van NVAB-richtlijnen in 2006³⁵ werd de ontwikkeling van implementatie ondersteunende tools (zoals werknemers- en werkgeversversies, checklists voor intercollegiale toetsing, powerpoint presentaties, fact sheets, e-learning, performance-indicatoren, omschrijving voorwaarden voor uitvoering van de richtlijn) zoveel mogelijk in het richtlijnontwikkelingstraject opgenomen. Rebergen et al. vonden in een RCT-onderzoek naar het gebruik van de richtlijn psychische klachten dat de deelnemende bedrijfsartsen in de interventiegroep gemiddeld de helft van de aanbevelingen opvolgden³⁶. Plomp et al. deden een kwalitatief onderzoek naar het niet-opvolgen van richtlijnen door bedrijfsartsen³⁷. Onvoldoende bekendheid, te ver afstaan van de dagelijkse praktijk, financiële beperkingen bij de uitvoerbaarheid en een als te strikt ervaren toepassing kwamen hierbij als belangrijkste redenen naar voren. Daar staat tegenover dat in een recent onderzoek bij een grote landelijke arbodienst een implementatiestrategie voor de richtlijn psychische problemen die gericht was op meerdere trainingssessies in kleine groepen (in een Plan-Do-Check Act cyclus), waarbij aandacht werd besteed aan eerder ervaren belemmeringen met de richtlijn, een significante verbetering van kennis, self-efficacy, motivatie en ervaren toepasbaarheid liet zien³⁸. De ervaren compliance met de richtlijn steeg zelfs van 49% naar 97%. Een soortgelijk positief resultaat werd eerder gevonden in een onderzoek naar het gebruik van het VG-protocol Depressie voor verzekeringsartsen. In een gecontroleerd experiment bleek de groep verzekeringsartsen die een training hadden gekregen met ondersteuning door hulpmiddelen het protocol beter volgden, transparantere rapportages schreven en neigden tot meer uniformiteit in de beoordeling van cliënten met een depressie dan de verzekeringsartsen in de controlegroep³⁹. Het lijkt er dus op dat vooral kleinschalige en intensieve implementatiestrategieën hier de meeste vruchten afwerpen.

Richtlijnen zouden meer uitgewerkt moeten worden in lokale protocollen om de beste aansluiting met de praktijk te maken. Vooral in die situaties waar in bedrijven het 'eigen regie model' wordt toegepast, wordt vaak een grote afstand tussen de aanbevelingen van richtlijnen en de praktijk ervaren. Hier moet meer en beter op ingespeeld worden.

Implementatie is uiteraard niet alleen de taak van de beroepsverenigingen. NVAB, NVVG en GAV kunnen uiteindelijk de implementatie slechts faciliteren. Het beroepsveld en de beroepsbeoefenaren zelf hebben hierin natuurlijk ook een belangrijke verantwoordelijkheid en zullen hier ook zelf, meer dan thans het geval is, in moeten investeren. In een plan van aanpak op het gebied van implementatie zullen de bovengenoemde positieve ervaringen meer verwerkt moeten worden en zal ook meer met sector- of branchegerichte regionale of lokale experimenten of zorgpaden gewerkt moeten worden.

De in het KKCZ-programma ontwikkelde HARING-tools worden nog onvoldoende ingezet. Performance-indicatoren, gebaseerd op de kernaanbevelingen in de richtlijnen, worden nu al gebruikt bij de praktijktest in de ontwikkelingsfase van de NVAB-richtlijnen en ook bij het medisch

³⁵ Nauta AP et al. Implementatie van NVAB-richtlijnen. Stand van zaken en actiepunten. *TBV* 2006;14:266-267

³⁶ Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bos CM, van der Beek AJ, van Mechelen W. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2010;36(6):488-98

³⁷ Plomp HN, el Markhous S, Hermsen M. Waarom NVAB-richtlijnen niet worden gevolgd. *TBV* 2012; 20(7):306-17.

³⁸ Joosen M et al. Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy. *BMC Medical Education* 2015

³⁹ Zwerver F, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek A. Changes in insurance physicians' attitudes, self-efficacy, intention, knowledge and skills regarding the guidelines for depression, following an implementation strategy. *J Occup Rehabil* 2013;23(1):148-56.

dossieronderzoek tijdens de visitatie. Plannen voor een meer systematische monitoring van het richtlijngebruik en de praktijkvariatie worden momenteel verder uitgewerkt. Een grotere rol voor de (verplichte) intercollegiale toetsingsgroepen ligt daarbij voor de hand. Nu al komen suggesties en opmerkingen over de richtlijnen veelal via de intercollegiale toetsingsgroepen tot de NVAB en NVVG. Naast de registratie en de analyse van het richtlijngebruik is het geven van feedback daarover aan de bedrijfs- en verzekeringsartsen en hun werkomgeving (maatschap, arbodienst, UWV-kantoor) daarbij van groot belang.

Bij de implementatie van de VG-protocollen heeft nog een ander aspect meegespeeld: opname in een wettelijke regeling. Tussen 2006 en 2011 zijn twintig VG-protocollen in een ministeriële regeling opgenomen: de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen (regeling d.d. 31 januari 2006). Het vastleggen van de verzekeringsgeneeskundige protocollen in een ministeriële regeling was destijds een uitdrukkelijke politieke wens die ook een rol heeft gespeeld bij de aanvaarding van de WIA. Dit gold van 2006 tot 1 juli 2013. Met de inwerkingtreding van de Verzamelwet SZW 2013 per 1 juli 2013 is de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen komen te vervallen. Het vastleggen van een protocol in een ministeriële regeling paste naar de huidige inzichten niet meer bij een geneeskundige richtlijn. De eerste reden is dat verzekeringsartsen vanuit een professioneel handelingskader geredeneerd protocollen of richtlijnen moeten gebruiken; daarvoor is geen ministeriële regeling nodig. Daarnaast zou de gebruikelijke periodieke actualisering van protocollen steeds tot aanpassing van de ministeriële regeling moeten leiden. Afschaffen van de ministeriële regeling leidt dan ook tot minder regeldruk en administratieve lastendruk, terwijl geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van de claimbeoordeling. Wettelijk blijft vastgelegd dat UWV de wetenschappelijke inzichten (op dit moment nog: de protocollen, maar het staat UWV vrij om het ooit anders in te richten) moet blijven gebruiken. De protocollen hebben echter niet langer de status van ministeriële regeling. Het streven van NVVG en GAV is dan ook om de bestaande protocollen te vervangen door richtlijnen en daarbij zoveel mogelijk samen met de NVAB op te trekken.

3.4 Kwaliteitsvisitatie

Individuele kwaliteitsvisitatie (en vormen van IFMS, Individueel Functioneren van Medisch Specialisten) vindt bij steeds meer medische beroepen ingang. Visitatie is een belangrijk kwaliteitsinstrument (inmiddels opgenomen in het Kwaliteitskader voor medische beroepen dat is vastgesteld door de KNMG) dat ook bijdraagt aan de implementatie van richtlijnen.

Bedrijfsartsen zijn sinds 2011 verplicht een visitatie met succes af te sluiten voor hun herregistratie. Het door de NVAB uitgewerkte en gehanteerde visitatiemodel is een wezenlijke schakel in de Plan-Do-Check-Act cyclus van bedrijfsartsen. 90% van de bedrijfsartsen heeft op dit moment een eerste visitatie afgesloten. Dat betekent dat zij op grond van onderzoek en feedback een Individueel Verbeter Plan (IVP) hebben opgesteld dat is goedgekeurd door twee visitatoren. Daarin is de verplichting opgenomen om minimaal twee verbeterdoelen op het Canmeds-domein 'Medisch Handelen' te formuleren. Bedrijfsartsen formuleren die doelen op basis van een kritische beschouwing van een tiental recente medische dossiers, die zij dienen te vergelijken met wat daarover in de betreffende NVAB richtlijn is voorgeschreven. Aan de hand van die analyse trekken zij conclusies over verbeterdoelen, te realiseren voor de volgende visitatie/herregistratie.

In de praktijk houdt dat in dat al voor de eerste visitatie

- minimaal twee richtlijnen goed worden doorgenomen (anders kunnen de dossiers niet goed beoordeeld worden),
- die aan hun eigen praktijk worden getoetst (en besproken met de visitatiegroep),
- en tenslotte dat voornemens worden geformuleerd om het eigen handelen te verbeteren voor de volgende visitatie.

Dit is tot dusver feitelijk de enige ‘check’ in de plan-do-check-act cirkel. Daarom wordt gesproken over “Visitatie als sluitsteen van het kwaliteitsbeleid”. Visitatie heeft onder andere een educatieve doelstelling wat betreft kennis van richtlijnen én evaluatie van het gebruik daarvan. Visitatie in deze vorm is overigens niet geschikt en niet bedoeld om disfunctioneren op te sporen, een standpunt dat ook door de KNMG wordt onderschreven.

De kwaliteitsvisitatie van bedrijfsartsen levert vooralsnog vooral kwalitatieve informatie op. Kwantitatieve analyse van de gegevens, bijvoorbeeld over praktijkvariatie tussen arbodiensten of interdoktervariatie vindt op dit moment niet plaats en is met behulp van de huidige visitatie instrumenten ook maar beperkt mogelijk. Sowieso zijn in de huidige organisatievorm van de bedrijfsgezondheidszorg landelijke transparante gegevens over praktijk- of interdoktervariatie, mede door het ontbreken van een uniforme vergoedingsstructuur via (zorg)verzekeringen en het bestaan van marktwerking via commerciële arbodiensten en zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen, moeilijk te achterhalen. Dit vormt een extra aansporing om in de nabije toekomst na te gaan in hoeverre het individuele visitatiesysteem in deze richting aangevuld kan worden. Daarbij kan ook geleerd en aangesloten worden bij de initiatieven en de campagne ‘Verstandig kiezen’ die momenteel door de Orde van Medisch Specialisten en ZonMw in samenwerking met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) wordt uitgevoerd⁴⁰. Het doel hiervan is om samen met zorgprofessionals en patiënten te werken aan kwaliteitsverbetering in de zorg en tegelijkertijd aan kostenbeheersing. Gedeelde besluitvorming maakt daar deel van uit. Mede op basis van gegevens over de inhoud van richtlijnen, doelmatigheid en praktijkvariatie wordt getracht het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen beter te laten aansluiten bij de onderzoeksprogrammering van ZonMw. In de optimale situatie kunnen de kennislacunes die wetenschappelijke verenigingen ondervinden onderwerp van nieuw onderzoek worden. Een aantal wetenschappelijke verenigingen heeft in dit kader ook een aantal ‘Verstandige Keuzes’ uitgebracht: bewezen (evidence) aanbevelingen bij een bepaalde behandeling, bedoeld als stimulans voor artsen en patiënten om het gesprek aan te gaan over wat op dat moment de meest passende behandeling is. Er vindt op dit moment overleg met de OMS plaats over de vraag op welke wijze de NVAB en de andere verenigingen hierbij kunnen worden betrokken. In het Canadese ‘Choosing Wisely’ initiatief is reeds een Occupational Medicine organisatie actief.

In navolging van de medisch specialisten, de bedrijfsartsen en zeer binnenkort ook de huisartsen, zijn ook de NVVG en GAV in 2015 gezamenlijk een projectgroep gestart die gaat zoeken naar een passend visitatiemodel voor de verzekeringsarts⁴¹. Zo’n model zal verzekeringsartsen moeten stimuleren om hun eigen professioneel functioneren en daarmee de kwaliteit van de zorg voortdurend te

⁴⁰ Campagne verstandig kiezen. Meer kwaliteit tegen aanvaardbare kosten. De Specialist 2013;4:14-15

⁴¹ Van der Burg-Vermeulen SJ. Reactie van NVVG op TBV-standpunt inzake kwaliteitsvisitatie voor verzekeringsartsen. *TBV* 2015;23(5): 201

verbeteren. De beide beroepsverenigingen zijn voornemens hierbij gebruik te gaan maken van best practices van andere disciplines. Wat men echter niet wil ontwikkelen is een papieren tijger waar geen of onvoldoende draagvlak voor is. Het snel invoeren van kwaliteitsvisitatie als doel op zich acht men dan ook niet wenselijk. NVVG en GAV willen de positieve en negatieve ervaringen van collega disciplines en de ideeën van de eigen leden bij de ontwikkeling van kwaliteitsvisitatie betrekken. Onnodige administratieve en bureaucratische lasten zullen zoveel mogelijk worden voorkomen. Dit moet leiden tot een model waar verzekeringsartsen, zowel werkzaam binnen de publieke als binnen de private sector, achter kunnen staan. In de projectgroep hebben zowel verzekeringsartsen uit de NVVG als uit de GAV zitting. Daarnaast wordt uit beide wetenschappelijke verenigingen een klankbordgroep geformeerd om de projectgroep van feedback te kunnen voorzien. De inhoudelijke ondersteuning en expertise met betrekking tot visitatie vanuit de NVAB wordt momenteel geregeld.

3.5 Kennisvragen en –lacunes, kennisagenda en kennisinfrastructuur

Belangrijk is het definiëren van in de praktijk levende kennisvragen en een kennisagenda met onderwerpen waarvoor aanvullend (wetenschappelijk) onderzoek nodig is en het samenwerken met universiteiten en wetenschappelijke instituten om dergelijk onderzoek te stimuleren. Naast de al langer lopende verbindingen waarbij vooral vanuit het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid van het AMC, de afdeling Sociale Geneeskunde van VUmc, de afdeling Sociale Geneeskunde van het UMCG, recent ook Tranzo van de Universiteit van Tilburg en ook TNO o.a. wetenschappelijk onderzoek naar gebruik en effectiviteit van richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten plaatsvindt, bieden hier de vanuit de NVAB ingestelde leerstoel arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, de twee door de stichting instituut GAK ingestelde leerstoelen verzekeringsgeneeskunde, het door de UWV samen met AMC, VUmc en UMCG ingestelde Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) en het door de GAV in samenwerking met het UMCG opgerichte Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde (ACPV) extra mogelijkheden.

Kennisvragen

Ten behoeve van een nieuw uit te werken nieuw onderzoeksprogramma op het gebied van arbeid en gezondheid zijn onlangs zowel de NVAB als de NVVG gevraagd om kennisvragen te formuleren. Hierbij kwamen een aantal thema's naar voren (dit is uiteraard geen uitputtende lijst):

NVAB

Thema preventie:

Hoe kan meer aandacht gegeven worden aan effectief preventiebeleid in bedrijven en wat zijn de mogelijkheden van preventief medisch onderzoek (PMO) daarbij?

Toelichting: Onvoldoende aandacht voor preventie in bedrijven belemmert behoud en herstel van gezondheid van werkenden en leidt indirect tot hoger verzuim en lagere participatie (Knelpunt 2f uit het SER-advies over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg).

Bedrijfsartsen kunnen en willen hierbij een rol spelen, onder andere door meer aandacht te besteden aan het invulling geven aan PMO. Daarvoor zijn een Leidraad en hulpdocumenten beschikbaar die echter (nog) nauwelijks worden gebruikt.

Hoe kan het arbeidsgeneeskundig spreekuur beter benut worden voor het signaleren, behandelen en begeleiden van voor het werk relevante (late) effecten van chronische aandoeningen?

Toelichting: bij de zorg voor duurzame inzetbaarheid is aandacht voor werkenden met een of meer chronische aandoeningen cruciaal. In het SER-advies wordt als knelpunt gesignaleerd dat 'onvoldoende toegankelijkheid van de bedrijfsgezondheidszorg adequate zorg voor (behoud en herstel van) de gezondheid belemmert en tot hoger verzuim en lagere participatie leidt'. Wat kan (de herintroductie van) het arbeidsgeneeskundig spreekuur hierin betekenen?

Thema kwaliteit van zorg:

Hoe kan een gezamenlijk besluitvormingsproces (shared decision making) tussen bedrijfsartsen/verzekeringsartsen en cliënten vorm gegeven worden, met name in richtlijnen?

Toelichting: Goed informeren van cliënten over de verschillende opties en hen betrekken bij de besluitvorming leidt, bij 'preferentiegevoelige beslissingen' (weinig evidence of beschikbaarheid van meer dan één valide behandeloptie) tot betere uitkomsten van de zorg en hogere cliënttevredenheid. Keuzehulp kunnen dit proces faciliteren. Preferentiegevoelige beslissingen lijken in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde veel voor te komen. Hoe kan hier bij het opstellen of herzien van richtlijnen rekening mee gehouden worden?

Thema samenwerking:

Hoe kunnen bedrijfsarts en verzekeringsarts beter samenwerken bij het vergroten van de duurzame inzetbaarheid van werkenden?

Toelichting: de afstemming tussen bedrijfsarts en verzekeringsarts verloopt niet optimaal. Dit belemmert een gezamenlijke aanpak van voorkomen van arbeidsongeschiktheid en bevorderen van participatie. Enkele initiatieven lopen al (o.a. via de 'Paradigmagroep') om hierin verbetering aan te brengen. Zijn deze effectief en wat zijn andere mogelijkheden?

Thema kennisinfrastructuur:

Hoe kan (beter) omgegaan worden met nieuwe kennis/ideeën/innovaties in de dagelijkse praktijk van bedrijfs- en verzekeringsartsen?

Toelichting: met richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten (bv. protocollen en zorgstandaarden) wordt geprobeerd de kloof tussen wetenschap en praktijk te verkleinen. Deze zijn doorgaans (zoveel als mogelijk) gebaseerd op bestaande interventies die in wetenschappelijk onderzoek zijn waarde moeten hebben bewezen. Maar wat te doen met 'nieuwe' kennis en/of innovaties? Hoe komt de professional (bedrijfsarts, verzekeringsarts) aan betrouwbare informatie en hoe kan het in de praktijk toegepast worden?

NVVG:

Thema prognose van functionele mogelijkheden:

Hoe komen we als verzekeringsarts tot een (wetenschappelijke) onderbouwing voor zorgvuldige(r) uitspraken over prognose ten aanzien van arbeidsbeperkingen (zo dit al mogelijk is)?

Thema duurzame inzetbaarheid:

Hoe belastbaar is de ouder wordende werknemer? Dit in relatie tot zowel het ouder worden zelf als tot de veranderende arbeidsmarkt.

Thema samenwerking en afstemming:

Hoe kan ten behoeve van de zorg voor de cliënt het spreken van een gemeenschappelijke taal inzake beperkingen en mogelijkheden in de keten behandeling-begeleiding-beoordeling bevorderd worden?

Toelichting: Uitvoeren van projecten gericht op wetenschappelijke onderbouwing van de inzetbaarheidslijst van bedrijfsartsen en de verbreding van de "UWV-standaard" urenbeperking zijn hier voorbeelden van.

Wat is het effect van verbetering van de samenwerking en afstemming van professionals en stakeholders rondom de cliënt?

Toelichting: moeten we naar een platform toe waar we als professionals en stakeholders rondom een (potentieel) werkende geregeld overleg hebben en waar we meer in gezamenlijkheid tot adviezen komen?

Thema gevolgen van (nieuwe) wetgeving voor de verzekeringsgeneeskunde:

Onze huidige wetgeving heeft als basis ziekte (of gebrek). Is dit ziekteparadigma nog wel passend bij deze tijd?

Toelichting: er is een vervaging tussen de begrippen en noties rond ziekte en gezondheid en daardoor ontstaat verwarring. Zie ICF en de discussie rond positieve gezondheid (Huber cs). Geleidelijke of zelfs naadloze overgangen tussen wat een 'eigenschap' heet te zijn, een 'probleem', een 'stoornis of ziekte' en een 'beperking'. En daarna volgt een omkering: van beperking naar 'mogelijkheden' en 'talenten'. Deze cirkel is rond want wat is het verschil tussen een talent en een eigenschap?

Hoe is de belasting door (mantel)zorg taken te wegen bij re-integratie en beoordeling van belastbaarheid?

Toelichting: er wordt toenemend een beroep gedaan op eigen regie, eigen verantwoordelijkheid, zelf zorgen, de participatiemaatschappij. Waar houdt die eigen verantwoordelijkheid op en mag een beroep gedaan worden op voorzieningen / uitkering?

Wat voor invloed heeft de nieuwe participatiewet op de methode en inhoud van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling? Wat kan en mag je van iemand verwachten te doen om zijn arbeidsvermogen en beschikbaarheid te verbeteren?

Toelichting: op de gemeente markt is er een andere insteek voor de beoordelingen, maar toch wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de vigerende handreikingen/richtlijnen. Alleen is er geen 'maatman', maar de werkeloze/werkzoekende altijd beschikbaar zijn voor 32 uur per week werk om tenminste zijn bijstandsuitkering met werk te overtreffen. En dat geeft toch een ander uitgangspunt.

Thema kwaliteit van zorg:

Wat is, naast EBM, de waarde van practice-based en value-based medicine in de verzekeringsgeneeskunde, met als voorbeelden mediprudentie casuïstiek en dilemma casuïstiek?

Toelichting: EBM heeft ook zijn beperkingen. Investeer ook in ontwikkeling van deskundige input uit een andere invalshoek tot en met betere disseminatie daarvan, al of niet in de vorm van databases.

Kennislacunes vanuit richtlijnontwikkeling

Bij het opstellen van evidence-based richtlijnen vindt systematisch literatuuronderzoek in de wetenschappelijk literatuur plaats ter onderbouwing van de beantwoording van de uitgangsvragen en de mede daarop gebaseerde aanbevelingen. Dergelijk literatuuronderzoek laat niet alleen het niveau van de evidence zien maar ook waar die vooral (nog) ontbreekt. We spreken dan van een kennislacune. Deze kennislacunes kunnen een belangrijke input vormen voor de kennisagenda en het overleg dat de wetenschappelijke beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV met wetenschappelijke onderzoeksinstituten en subsidiegevers hebben. Tot nu toe hebben NVAB, NVVG en GAV deze kennislacunes niet systematisch in kaart gebracht en gedocumenteerd. Het voornemen is dat in de nabije toekomst wel te gaan doen. Het Kwaliteitsbureau NVAB bereidt hiertoe een voorstel voor en zal nagaan in hoeverre de in het HARING-project ontwikkelde tool⁴² ook in de setting van arbeid en gezondheid bruikbaar is.

Kennisagenda vanuit de drie verenigingen

Op dit moment hebben NVAB, NVVG en GAV nog geen (gezamenlijke) kennisagenda ontwikkeld en gepubliceerd. Mede op basis van de preprogrammeringsstudie zullen de Commissie Richtlijnontwikkeling en Wetenschap (CROW) van de NVAB, de Commissie Wetenschap van de NVVG en de Wetenschappelijke Afdeling van de GAV gevraagd worden hiervoor een voorstel uit te werken. De beide eerstgenoemde commissies komen al regelmatig bij elkaar voor onderlinge afstemming en uitwerken van de mogelijkheid tot vergroten van de academisering. De Wetenschappelijke Afdeling van de GAV wordt gevraagd zich hierbij aan te sluiten.

Op hoofdlijnen kunnen al wel enkele thema's benoemd worden. Bij het invullen van belangrijke gezamenlijke thema's voor de Kennisagenda kan een onderscheid gemaakt kunnen worden in:

Onderzoeksthema's vanuit het perspectief van de werkende, bijvoorbeeld

- bevorderen arbeidsparticipatie/duurzame inzetbaarheid
 - effectiviteit preventiebeleid (PMO, arbeidsgeneeskundig spreekuur, beroepsziekten)
 - begeleiding bijzondere groepen (chronisch zieken, jongeren, ouderen, werkzoekenden, Wajongers etc.)
 - spanningsveld betaalde arbeid en andere vormen van maatschappelijke participatie (incl. mantelzorg)
- bevorderen zorg op maat: zelfmanagement, eigen regie, shared decision making, personalized medicine

Onderzoeksthema's vanuit het perspectief van de professionals, bijvoorbeeld

- bevorderen samenwerking professionals (mn bedrijfsarts, verzekeringsarts en curatieve zorg) gericht op participatie
 - ontwikkeling en validering van een inzetbaarheidsprofiel van werkenden
 - ontwikkeling en evaluatie vormen van informatieoverdracht en overleg met huisartsen en medisch specialisten, informatiestandaarden

⁴² Hilbink M, Ouwens M, Kool T. De HARING tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen, IQ Healthcare 2013

- verbetering kennisinfrastructuur
 - onderzoek gericht op implementatie van richtlijnen, leidraden en andere kwaliteitsinstrumenten
 - ontwikkeling en evaluatie complexe arbeidsgerelateerde zorg (klinische arbeidsgeneeskunde)
 - (verzekeringsgeneeskundige) beoordelingssystematiek, van compensatie naar participatiegericht
 - aansluiting thema's private verzekeringsgeneeskunde (o.a. acceptatie, pensioenvoorzieningen, zorg) bij arbeidsgerichte thema's

Kennisinfrastructuur en wetenschappelijk onderzoek vanuit kenniscentra

Het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG)

Het KCVG is een gezamenlijk initiatief van het Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid, Academisch Medisch Centrum (AMC), de afdeling Sociale Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), de afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, VU medisch centrum (VUmc), en de Divisie Sociaal Medische Zaken (SMZ) van het UWV.

Het doel van het Kenniscentrum is het bevorderen van de kwaliteit en de wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskunde. Het onderzoek van het KCVG richt zich op het ontwikkelen van wetenschappelijk onderbouwde methoden, richtlijnen en hulpmiddelen voor de verzekeringsgeneeskunde en op het vaststellen van de effectiviteit van interventies. Voorbeelden zijn evaluatiemethoden voor de praktijk, methoden ter bevordering en bewaking van de kwaliteit en "evidence based medicine" voor de verzekeringsartsen. Deze methoden en richtlijnen kunnen verzekeringsartsen in de praktijk gebruiken. Het UWV wordt ingericht als academische werkplaats. Verzekeringartsen kunnen promotieonderzoek doen, begeleid door senior onderzoekers. Inmiddels zijn meerdere artsen van UWV bij het KCVG gepromoveerd in de verzekeringsgeneeskunde. Per 2015 is de samenwerking tussen de universiteiten en UWV opnieuw verlengd voor de duur van 5 jaar. UWV staat daarbij garant voor de financiering van reeds gestarte promotietrajecten. Nieuwe projecten worden getoetst aan de UWV-brede kennisagenda. Ieder nieuw onderzoeksvoorstel moet ook praktijkgerichte en voor de verzekeringsgeneeskunde toepasbare uitkomsten behelzen. Voor het Kenniscentrum levert het UWV menskracht, ervaring en statistische gegevens.

Onderzoeksthema's die in het Kenniscentrum aan de orde komen, zijn onder meer:

- Oorzaken en gevolgen van gezondheidsgerelateerde arbeidsongeschiktheid.
- Voorkomen en terugdringen van gezondheidsgerelateerde arbeidsongeschiktheid.
- Gevolgen van nieuwe wetgeving voor de verzekeringsgeneeskunde.

Academisch centrum voor private verzekeringsgeneeskunde (ACPV)

Het ACPV heeft als doel om in de vorm van een academisch samenwerkingsverband particulier verzekeringsgeneeskundige kennis te ontwikkelen en daardoor bij te dragen aan wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied, en de kwaliteit van handelen van professionals werkzaam in dit veld te bevorderen. De activiteiten richten zich op onderwijs, onderzoek met betrekking tot risicoschatting op het terrein van acceptatie, en claims op het gebied van levens, arbeidsongeschiktheidsverzekeringen- en personenschade. Het ACPV wil wetenschappelijke kennis ontwikkelen door onderzoek te initiëren, uit te voeren of te coördineren en resultaten van

wetenschappelijk onderzoek beschikbaar te stellen voor het particuliere verzekeringsgeneeskundig beroepsveld. De drie hoofdlijnen voor onderzoek sluiten aan bij het verzekeringsgeneeskundig proces en hebben betrekking op een betere onderbouwing van de medische advisering in relatie tot

1. Toegankelijkheid en acceptatie van particuliere verzekeringen;

Projectideeën:

- a. Bruikbaarheid van zelfrapportage van mensen met een chronische aandoening bij de aanvraag van een levensverzekering;
- b. van medisch naar bio-psychosociaal acceptatieadvies voor AOV: vergelijking van voorspellende waarde van bio-psychosociale criteria met die van de huidig gebruikte (strikt) medische criteria

2. Preventie en voorkomen van ziekte, schade en claims die daarmee samenhangen;

Projectideeën:

- c. Compensatie en claimproces: emotionele cognities in letselschade: nadere onderbouwing van de rol van emotionele en claimgerelateerde factoren in het claimproces bij letselschade en hun invloed op gezondheid, herstel en re-integratie
- d. Kwetsbare groepen in AOV: nadere onderbouwing van de factoren die een rol spelen bij het beoordelen van (beroeps)arbeidsongeschiktheid van de steeds ouder wordende verzekerde

3. Bevordering van gezondheid, herstel en re-integratie en onderbouwing van de benodigde duur van de vergoeding die daarmee samenhangt

Projectideeën:

- e. Predictiemodel voor herstel en claimduur AOV: onderbouwing van voorspellers van langdurige uitval door (ziekte)verzuim bij zelfstandig ondernemers
- f. Herstelbevordering en effectieve interventies: identificatie van meest (kosten)effectieve behandelingen en interventieprogramma's voor de drie meest voorkomende aandoeningen in relatie tot arbeidsongeschiktheid en letselschade: lage rugpijn, nekpijn, psychische klachten)

Financiering: vanaf opstartfase zijn door GAV en UMCG financiële middelen ter beschikking gesteld om het ACPV in te richten en een onderzoeksprogramma op te stellen. Daarnaast deelnemerslidmaatschap ter ondersteuning: nu hebben 3 verzekeraars en 5 medische adviesbureaus daarvan gebruik gemaakt en steunen zij het programma, tot nu toe voor promoties vooral met gesloten beurzen: particuliere verzekeraars verlenen (kosteloos) toegang tot databestanden en medisch adviseurs worden door hun werkgever gedeeltelijk vrijgesteld voor promotieonderzoek. UMCG investeert dmv inzetten begeleiding. Voor financiering van nieuwe projecten in het onderzoeksprogramma 2014-2018 zal nieuwe en aanvullende financiering gezocht worden. Hierbij wordt gedacht aan financiering door belanghebbende partijen uit het particuliere verzekeringsgeneeskundige veld, zoals verzekeraars, Verbond van Verzekeraars, GAV en aan financiering via ZonMw, Ministerie van SZW, Ministerie van VWS, Instituut GAK, collectebusfondsen.

Het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCvB)

Het NCvB, een onderdeel van het Coronel Instituut, is het kennisinstituut voor bedrijfsartsen en andere arboprofessionals, werkgevers- en werknemersorganisaties, overheidsinstellingen en beleidsmakers om de kwaliteit van preventie, (vroeg)diagnostiek, behandeling en begeleiding en registratie van beroepsziekten te bevorderen. De nog altijd achterblijvende signalering en melding

van beroepsziekten door bedrijfsartsen en ook door verzekeringsartsen in de arbo-rol wordt ook in het SER-advies voor de arbeidsgerelateerde zorg als een belangrijk knelpunt gezien. Het NCvB, dat voor een groot deel door het Ministerie van SZW gefinancierd wordt, onderneemt diverse activiteiten om hier verbetering in aan te brengen, o.a. door (diagnostische) registratierichtlijnen te ontwikkelen en te publiceren en door een peilstation intensief melden op te zetten en te onderhouden. De SER ziet graag dat bedrijfsartsen in de toekomst betere meldingen gaan doen, dat huisartsen een betere alertheid hebben ten aanzien van arbeidsgerelateerde problematiek en dat er betere diagnostiek en begeleiding van beroepsziekten komt het versterken van de klinische arbeidsgeneeskunde (omdat voor dit laatste een ander ZonMw project wordt uitgevoerd, wordt in deze preprogrammeringsstudie verder niet ingegaan op de vraagstukken en ontwikkelingen rond de klinische arbeidsgeneeskunde). Het NCvB zal hierin een belangrijke rol kunnen spelen.

Het Kenniscentrum Medische Keuringen in Arbeid (KMKA)

Het KMKA, eveneens onderdeel van het Coronel Instituut, is door NVAB en AMC in het leven geroepen als knooppunt van kennis voor bedrijfs- en verzekeringsartsen en andere arboprofessionals over de evidence based ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van medische keuringen en preventief medisch onderzoek (PMO) in Arbeid.

Academisering, leerstoelen en academische werkplaatsen bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Met academisering van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde bedoelen we het stimuleren van de wetenschappelijke ontwikkeling van het vakgebied en het slaan van een brug tussen praktijk, wetenschap en beleid. Academisering moet leiden tot wetenschappelijke onderbouwing en innovatie van beleid en praktijk en anderzijds tot meer praktijkgericht onderzoek, respectievelijk vertaling van wetenschappelijk onderzoek naar praktijkgerichte kennis en vertaling in de beroepsopleiding en nascholing. Bij de academisering kunnen verschillende invalshoeken worden onderscheiden: verbetering van de academische inbedding op de medische faculteiten door uitbreiding van het aantal bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige leerstoelen, de inrichting van academische werkplaatsen, en het ontwikkelen en uitvoeren van onderzoeksprogramma's op het gebied van arbeid en gezondheid.

Leerstoelen

Een van de middelen tot stimulering van de academisering is het instellen van leerstoelen. Een recent ingestelde gezamenlijke werkgroep uit de Commissie Wetenschap en Richtlijnontwikkeling van de NVAB en de Commissie Wetenschap van de NVVG komt tot de conclusie dat de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde als medische disciplines nog steeds onvoldoende verankerd zijn in de academische wereld van de Medische Faculteiten en daarmee ook een te beperkte positie innemen in het medisch en maatschappelijk bestel. De in 2003 en 2004 door de RGO uitgebrachte adviezen over onderzoek in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde respectievelijk de verzekeringsgeneeskunde hebben daar maar in geringe mate verandering in gebracht. Slechts aan twee van de acht medische faculteiten zijn (3) leerstoelen arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en (2) leerstoelen verzekeringsgeneeskunde gevestigd, die bezet worden door bedrijfsartsen respectievelijk verzekeringsartsen. Het betreft VUmc en AMC. Daarnaast is er zowel bij het AMC als bij het UMCG een leerstoel op het gebied van Arbeid en Gezondheid die momenteel niet door een arbeidsgeneeskundige/bedrijfsarts wordt bezet. Buiten de medische faculteiten is hier onlangs aan de Universiteit van Tilburg nog een bijzondere leerstoel 'psychische gezondheid en duurzame

inzetbaarheid in arbeid', bezet door een bedrijfsarts, bijgekomen. NVAB, NVVG en GAV hebben het voornemen om over de in hun ogen noodzakelijke uitbreiding van het aantal leerstoelen naast de Ministeries van SZW en VWS ook contact op te nemen met het Ministerie van OCW. Hoe belangrijk deze leerstoelen zijn blijkt ook uit het feit dat op de medische faculteiten waar deze ontbreken op het gebied van onderwijs en onderzoek rond het thema arbeid en gezondheid beduidend minder tot vrijwel geen activiteiten plaatsvinden. Op het gebied van onderwijs is de realiteit dat het in Nederland mogelijk is, dat een medisch student afstudeert als arts zonder ook maar enig onderwijs op het gebied van de arbeidsgeneeskunde te hebben gehad. Bedrijfsgeneeskunde en Verzekeringsgeneeskunde komen bij het merendeel van de UMC's waar geen leerstoel is gevestigd in twee of drie (niet-verplichte) colleges voor het voetlicht. Alle andere vormen van onderwijs zijn daar facultatief in de vorm van keuze-onderwijs. Ook een coschap verzekeringsgeneeskunde bij het UWV of bedrijfsgeneeskunde bij een Arbodienst is bij deze faculteiten slechts voor de helft van de studenten weggelegd. De andere helft doet geen van beide. Het gevolg is dat menig huisarts en medisch specialist afgestudeerd aan die medische faculteiten onvoldoende kennis en bewustzijn heeft om in zijn/haar werk aandacht te kunnen besteden aan de factor arbeid, niet goed kan samenwerken met bedrijfsartsen en verzekeringartsen en dat studenten zich onvoldoende beeld kunnen vormen van de mogelijkheden van specialisatie in deze sociaal-geneeskundige disciplines. De zeer beperkte instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts is mede gevolg hiervan.

Academische werkplaatsen

Een ander middel om academisering te faciliteren is een academische werkplaats: een (kennis)infrastructuur, veelal in de vorm van een netwerkorganisatie, waarin praktijk, beleid, onderzoek en opleidingen samenwerken om de onderlinge kloven te overbruggen. Het doel is het verhogen van de kwaliteit en effectiviteit van de bedrijfsgeneeskundige of verzekeringsgeneeskundige zorg door onderzoek, onderwijs en innovatie van zorg. Veelal gaat het daarbij om samenwerkingsverbanden tussen overheids- en publieke instanties met één of meer universiteiten. Een academische werkplaats is ook een plek waar mogelijkheden voor (promotie-)onderzoek voor beroepsbeoefenaren ontstaan en beroepsbeoefenaren samenwerken met de academische wereld. In geval van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde gaat het dan om samenwerking tussen universiteiten enerzijds en dienst-/zorgverleners in het veld, in de vorm van arbodiensten, UWV en private verzekeraars, curatieve beroepsbeoefenaren en (organisaties van) professionals in het veld. Bij het VUmc fungeert een academische werkplaats Arbeid en Gezondheid met als partners o.a. De Arbomilieudienst van VU en VUmc, UWV en KCVG, KLM Health Services, de arbodienst van Tata Steel en enkele klinische afdelingen. In Tilburg is met de komst van de nieuwe leerstoel ook het initiatief genomen tot een Academische werkplaats met als partners Ascender, Dow Benelux BV, Human CapitalCare en de NSPOH. Vanuit het KCVG zijn vanuit de betrokken UMC's (AMC, VUmc, UMCG) academische werkplaatsen opgezet met een aantal UWV-kantoren in de regio's. Het doel hiervan is te komen tot initiatieven op het gebied van onderzoek, onderwijs (o.a. op het gebied van EBM) en zorgvernieuwing in de verzekeringsgeneeskunde.

3.6 Afstemming met relevante ontwikkelingen op kwaliteitsgebied

Opname bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen in het register van het Kwaliteitsinstituut.

Om te waarborgen dat de te ontwikkelen bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen ook kunnen worden opgenomen in het register van het Kwaliteitsinstituut (onderdeel van het Zorginstituut) moeten ze aan de voorwaarden van het Toetsingskader van het Kwaliteitsinstituut voldoen. De criteria van het Toetsingskader en de Leidraad overziende, moet dat voor het merendeel van de gebruikte criteria niet veel problemen opleveren omdat ze grotendeels parallel lopen met bijvoorbeeld de AGREE-criteria die door de eigen CROW en Autorisatiecommissie al gebruikt worden om het proces en uitkomst van de NVAB-richtlijnen te beoordelen. In de toekomst zal voor de verzekeringsgeneeskundige richtlijnen hetzelfde gelden.

Aandachtspunten zijn:

- Bij het eerste criterium van het Toetsingskader wordt vermeld: “Op grond van de wet dienen in ieder geval vertegenwoordigende organisaties van cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij de ontwikkeling te zijn betrokken”. Het is echter de vraag of het opnemen van zorgverzekeraars voor richtlijnen in het domein van arbeid en gezondheid ook geldt. Overleg daarover met het Kwaliteitsinstituut kan dat ophelderen.
- het meer systematisch betrekken van vertegenwoordigers van werkgevers- en patiënten/werknemers bij de ontwikkeling van de richtlijn. Dit hoeft niet per se in de projectgroep te zijn maar er zijn m.i. goede redenen om –indien mogelijk- hier wel naar te streven.
- Het beschrijven van het zorgproces speelt bij monodisciplinaire richtlijnen een minder belangrijke rol maar hier moet wel over worden nagedacht.
- Het aandacht besteden aan economische aspecten is tot nu toe in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen nog geen gemeengoed. Toch zal dat wel moeten. Vanuit een aantal multidisciplinaire richtlijnen, vanuit enkele onderzoeksprojecten op het terrein van arbeid en gezondheid en ook vanuit buitenlandse richtlijnen zijn hiervoor overigens wel voorbeelden beschikbaar.

De richtlijn coördinator van de NVAB is zelf als expert betrokken bij de opstelling van de Leidraad Kwaliteitsstandaarden, het EBRO-platform en GENEVER, de Nederlandse vertegenwoordiging in het Guidelines International Network (GIN).

Samenwerkingsafspraken eerste lijn en arbeid

Om de samenwerking tussen organisaties in de eerste lijn, en met name tussen huisartsen en bedrijfsartsen te bevorderen zullen Landelijke EersteLijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) of soortgelijke instrumenten worden ontwikkeld. Bestaande richtlijnen van huisartsen en bedrijfsartsen vormen hierbij het uitgangspunt. De volgende stappen zullen worden gezet

- Inventarisatie van geschikte onderwerpen (in overleg met NHG)
- Ontwikkelen en vaststellen van procedure om LESA of soortgelijk instrument te ontwikkelen dat specifiek geschikt is om de samenwerking van bedrijfsartsen en huisartsen m.b.t. veel voorkomende arbeidsrelevante aandoeningen te bevorderen.
- Ontwikkeling van samenwerkingsafspraken volgens de vastgestelde procedure.

Arbeid in zorgstandaarden en modules

Mede ten gevolge van de beleidsvoornemens vanuit het ministerie van VWS om arbeid in zorgstandaarden te laten opnemen, worden NVAB en NVVG in toenemende mate benaderd voor inbreng van aandacht voor arbeid in zorgstandaarden en zorgmodules. In dit kader is het ook van belang dat het Kwaliteitsbureau regelmatig contact onderhoud met het Kwaliteitsinstituut. Hiertoe vindt ook overleg en afstemming met andere richtlijnontwikkelaars van relevante partijen, zoals bijv. het NHG en de Orde van Medisch Specialisten plaats. Er is momenteel een zorgmodule arbeid (versie 1.0) beschikbaar die door het CBO is ontwikkeld op verzoek van het Kwaliteitsinstituut. De NVAB wil in 2015 graag een impuls geven aan de implementatie door de volgende activiteiten uit te voeren:

- Met de direct betrokken stakeholders, m.n. NVVG, GAV, NPCF, LHV/NHG en Orde in gesprek gaan over de zorgmodule
- Uitvoeren van een praktijk-pilot
- Op grond van resultaten uit de pilot voorstellen voor aanvullingen of verbeteringen uitwerken
- Een Implementatieplan uitwerken

4. Structurele financiering van (belangrijke delen van) het kwaliteitsbeleid

De visie op en plannen voor de toekomstige financiering van een meerjarenplan voor een integraal kwaliteitsbeleid kunnen niet (volledig) los gezien worden van de discussie over de gewenste vorm en inhoud van de financiering van de arbeidsgelateerde zorg in het algemeen zoals die op grond van de adviesaanvraag van de minister van SZW, het uitgebrachte advies van de SER en het antwoord van de minister daarop momenteel plaatsvindt. Wat de uitkomst van die discussie en de consequenties van het beleid ook zullen zijn, duidelijk is dat voor financiering van een integraal kwaliteitsbeleid vanuit de overheid beperkte ruimte zal zijn. De noodzakelijke financiering moet deels op andere wijze verkregen worden. Daarbij dragen NVAB, NVVG en GAV hierin ook een duidelijke eigen verantwoordelijkheid.

Van de in hoofdstuk 3 beschreven pijlers in het professionele kwaliteitsbeleid van de drie beroepsverenigingen zijn het ontbreken van een meerjarige adequate structurele financieringsstructuur voor de ontwikkeling en implementatie van professionele evidence-based richtlijnen en voor de kosten van de beroepsopleiding momenteel het grootste probleem. De voor herregistratie verplichte visitatie van bedrijfsartsen wordt geheel kostendekkend uitgevoerd en door de deelnemende bedrijfsartsen (of hun werkgevers) zelf gedragen. Wij gaan er vooralsnog van uit dat voor het nog te ontwikkelen visitatiesysteem voor verzekeringsartsen voor een vergelijkbaar uitgangspunt gekozen zal worden. Ook andere onderdelen van het professionele kwaliteitsbeleid, zoals het stimuleren van academisering door financiering van bijzondere leerstoelen, het organiseren van centrale en regionale nascholingsactiviteiten, het in de lucht houden van het wetenschappelijke vaktijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsartsen Tijdschrift voor Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde (TBV), het deelnemen aan professionele ontwikkelingsactiviteiten binnen de federatie KNMG; het onderhouden van een vraagbaak en een helpdesk voor professionele ondersteuning van individuele leden en het opstellen van fundamentele en strategische beleidsdocumenten structureel uit de contributies van de leden van de NVAB, NVVG en GAV gefinancierd (blijven) worden.

Vandaar dat in het navolgende alleen de verschillende opties voor structurele financiering van de twee eerstgenoemde activiteiten, ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en van de opleiding van bedrijfs- en verzekeringsartsen (zeer globaal) zijn uitgewerkt waarbij aspecten van noodzakelijkheid, wenselijkheid en haalbaarheid worden besproken. Uiteraard kunnen en zullen verschillende opties deels complementair zijn.

De tekst van hoofdstuk 4.1 en hoofdstuk 4.2 is afkomstig uit de rapportages die in juni 2015 aan de subsidiegever, het ministerie van SZW, zijn uitgebracht.

4.1 structurele financiering richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen

Het Kwaliteitsbeleid voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen is in gevaar door het ontbreken van een adequate financieringsstructuur voor de herziening van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. Hierdoor wordt de "wetenschappelijke houdbaarheidsdatum" overschreden.⁴³ Relevante nieuwe onderwerpen kunnen niet worden opgepakt. Ook voor implementatie-activiteiten en de noodzakelijke inbreng van de factor arbeid in richtlijnen van andere medische en paramedische professionals is vooralsnog geen structurele financiering aanwezig. Richtlijnontwikkeling is een kostbaar proces. De gemiddelde kosten voor de ontwikkeling van een richtlijn bedragen 1,5 - 2 ton (KKCZ-programma). Ook een herziening vergt in het algemeen een intensief traject waarbij de kosten aanzienlijk zijn. De NVAB, NVVG en de GAV zijn niet in staat om de ontwikkeling en herziening van richtlijnen geheel uit eigen middelen (= contributie-inkomsten) te financieren. In het verleden is door SZW subsidie beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van NVAB-richtlijnen en VG-protocollen. Een structurele ondersteuning vanuit de overheid is niet vanzelfsprekend gelet op de huidige visieontwikkeling bij de overheid op publiek/private verantwoordelijkheidsverdeling. Indien echter geen aanvullende middelen voor noodzakelijke herzieningen beschikbaar komen zullen de huidige richtlijnen en protocollen niet meer de huidige stand van de wetenschap weergeven en moeten worden ingetrokken.

Hiermee gaat een essentieel kwaliteitsinstrument voor de begeleiding en beoordeling van werknemers met een gezondheids- of functioneringsprobleem verloren. Het is te verwachten dat dit vervolgens een negatief effect zal hebben op de kosten voor de samenleving

NVAB, NVVG en GAV hebben vlak voor de zomer van 2013 aan de bel getrokken bij het ministerie van SZW om aandacht te vragen voor bovengenoemde problematiek van het Kwaliteitsbeleid. In reactie daarop heeft het ministerie subsidie beschikbaar gesteld voor een project om een verkenning te doen naar mogelijke modellen voor structurele financiering van de richtlijnontwikkeling.

Doelstelling

Verkenning van modellen voor een financieringsstructuur waarbinnen belangrijke onderdelen van het noodzakelijke kwaliteitsbeleid voor het handelen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in de toekomst structureel kunnen worden geborgd. Concreet betreft het:

- De ontwikkeling en noodzakelijke herziening van richtlijnen voor het handelen van bedrijfs- en verzekeringsartsen.
- De inhoudelijke ondersteuning, facilitering en coördinatie van de inbreng van bedrijfsgeneeskundige en verzekeringsgeneeskundige expertise in multidisciplinaire richtlijnen (arbeid in richtlijnen).
- Implementatie-activiteiten om de toepassing van richtlijnen in de praktijken te faciliteren en te bevorderen.

Onderzoeksopzet

In de uitvoering van dit onderzoek zijn de volgende stappen gezet:

⁴³ Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH: Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? *JAMA* 2001;286:1461-1467.

1. *Verdieping van kennis over de financieringsstructuur richtlijnontwikkeling/herziening bij huisartsen en medisch specialisten.*
 - Met de NHG en de Orde van Medisch Specialisten heeft overleg plaatsgevonden over hun financieringsstructuur m.b.t. kwaliteitsbeleid. Voor huisartsen en medisch specialisten bestaat een financieringsstructuur voor kwaliteitsbeleid die via de premies/zorgverzekeraars loopt. Daarover zijn centraal afspraken met het ministerie van VWS gemaakt. De huisartsen ontvangen via de zorgverzekeraars 10 eurocent voor elke Nederlander. Voor medisch specialisten geldt dat in hun uurtarief ook een deel voor kwaliteitsontwikkeling is ingebouwd dat via de verzekeraars in een centrale pot wordt gestort (stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten (SKMS), circa 12 miljoen euro per jaar). Wetenschappelijk beroepsverenigingen kunnen vervolgens bij deze stichting projectvoorstellen indienen.
 - Overleg heeft ook plaats gevonden met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ). De richtlijnontwikkeling voor de jeugdgezondheidszorg vindt plaats via een speciaal ZonMw-programma (financiering afkomstig uit VWS) waarbij het Centrum een coördinerende taak heeft. Er zijn binnen het programma ook specifiek gelden gereserveerd voor de implementatie van Richtlijnen.

2. *Gesprekken met relevante stakeholders m.b.t. financiering kwaliteitsbeleid in het domein arbeid en gezondheid*
 - Gesprekken hebben plaatsgevonden met OVAL, SGBO en Verbond van Verzekeraars. NSPOH, VNO NCW, SIG, Kwaliteitsinstituut, ZFB (zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen), Coronel Instituut, Richting, ArboUnie, Richting, UWV, FNV en CNV
 - Daarnaast vond een verkennend gesprek plaats met Prof. dr. Nicolette van Gestel, verbonden aan TIAS als hoogleraar Nieuwe Sturingsvormen in Sociale Zekerheid en Arbeidsvoorziening en kroonlid van de SER.

3. *Enquête bedrijfsartsen en verzekeringsartsen*

Voor het verankeren van kwaliteitsbeleid is het noodzakelijk dat ook vanuit de eigen beroepsgroep een bijdrage wordt geleverd. Dit kan gaan om financiën (via de contributies te innen), maar ook om de inzet van leden in richtlijntrajecten die daar niet voor betaald krijgen. Het zichtbaar maken van de eigen bijdrage vanuit de beroepsgroepen is ook een belangrijke /essentiële katalysator om geld en commitment van andere partijen binnen te halen. De NVAB heeft een ledenraadpleging gehouden waarin ook de visie op richtlijnen is meegenomen. Uit de enquête blijkt dat bedrijfsartsen richtlijnen een belangrijk instrument vinden voor de verbetering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De leden vinden ook dat meer energie moet worden gezet op actualisatie en implementatie in plaats van de ontwikkeling van richtlijnen over nieuwe onderwerpen. Een minderheid is bereid om specifiek voor richtlijnen meer contributie te gaan betalen. Er is bij veel leden wel bereidheid om hun expertise beschikbaar te stellen voor de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen en protocollen. NVVG en GAV geven aan dat hun leden dezelfde visie zullen hebben.

Ontwikkeling verschillende financieringsmodellen

Op basis van de gegevens die zijn verkregen uit literatuuronderzoek, gesprekken met stakeholders en de enquête onder bedrijfsartsen zijn een aantal financieringsmodellen ontwikkeld die volgens een vast stramien worden beschreven.

De volgende 6 modellen komen aan de orde:

1. Contributie-model
2. Overheids-model
3. Uurtarief-model
4. Verzekeraars-model
5. Premie-model
6. Fonds-model

De beschrijving van de modellen is noodzakelijkerwijs op hoofdlijnen en vrij globaal gebleven omdat met gesprekspartners is afgesproken dat in de modellen geen directe verwijzing naar uitspraken van stakeholders zou worden gedaan. Op grond van de gesprekken en gegevens uit de literatuur heeft de NVAB argumenten (voor en tegen) en een inschatting met betrekking tot haalbaarheid geformuleerd.

Om de vergelijkbaarheid tussen de verschillende modellen te bevorderen is voor het rekenvoorbeeld uitgegaan van een (fictief) budget van 2.000.000 euro per jaar voor het onderwerp richtlijnen (herziening, ontwikkeling, implementatie en inbreng factor arbeid in richtlijnen van andere (para) medische professionals).⁴⁴

1. Contributie-model

Omschrijving:

Herziening en ontwikkeling van richtlijnen wordt volledig gefinancierd uit de lidmaatschapsgelden van de direct betrokken beroepsverenigingen. Gelet op de benodigde investeringen zou dit betekenen dat de huidige contributies fors moeten worden verhoogd.

Rekenvoorbeeld:

NVAB, NVVG en GAV hebben gezamenlijk 2500 leden. Een contributieverhoging van 800 euro per lid per jaar zou leiden tot een budget van 2.000.000 euro op jaarbasis.

Argumenten voor:

- Beroepsverenigingen nemen verantwoordelijkheid
- Vereniging kunnen eigen regie voeren over de besteding

Argumenten tegen:

- Deze mate van contributieverhoging zal tot aanzienlijk ledenverlies leiden bij alle verenigingen waardoor uiteindelijk de opbrengsten veel minder zullen zijn.
- Vermindering van het aantal leden van beroepsverenigingen leidt tot kwaliteitsverlaging en vermindering van draagvlak in de beroepsgroep omdat implementatie van nieuwe richtlijnen voor een groot deel via de beroepsverenigingen verloopt: verspreiding, bijscholing, accreditatie, regionale afspraken over toepassing van richtlijnen en samenwerkingsafspraken.

⁴⁴ In het rapport "programma herziening richtlijnen en VG-protocollen" (NVAB, NVVG, GAV, mei 2015) wordt een bedrag van 8 ton per jaar genoemd. Dit betreft echter een minimale variant, waarbij activiteiten m.b.t. factor arbeid in richtlijnen van andere (para)medische professionals en implementatie-activiteiten ook niet zijn meegenomen.

- Extra verlies van leden zal optreden als partijen die nu de contributies voor leden betalen (bijv arbodiensten, UWV, particuliere verzekeraars, medische adviesbureaus) dat door de contributieverhoging niet meer zullen doen.
- Er is geen verplichting tot aansluiting bij een beroepsvereniging. De lasten van de ontwikkeling/herziening van richtlijnen die voor alle professionals van belang zijn komen in dit model dus bij een beperkt deel van de belanghebbenden terecht.
- Dit model is niet in lijn met de wijze waarop kwaliteitsbeleid voor andere medische beroepsgroepen is georganiseerd.

Draagvlak en haalbaarheid:

Zeer gering, mede gelet op de resultaten van de enquête onder NVAB-leden. Leden zullen een dergelijke contributieverhoging afwijzen en er zijn risico's voor de organisatiegraad van de beroepsverenigingen.

2. Overheidsmodel

Omschrijving:

In dit model stelt de overheid via de begroting van SZW en VWS structureel middelen beschikbaar voor de richtlijnherziening en ontwikkeling

Rekenvoorbeeld:

Bijvoorbeeld een bedrag van 2 miljoen euro per jaar, eventueel met een verdeling tussen de begrotingen van SZW en VWS

Argumenten voor:

- Toepassing van EBM-richtlijnen door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen levert een bijdrage aan het realiseren van overheidsdoelstellingen op het gebied van participatie en duurzame inzetbaarheid
- Toepassing van up-to-date EBM-richtlijnen zal leiden tot adequate preventie en re-integratie-activiteiten waardoor zal worden bespaard op de kosten voor de gezondheidszorg en de sociale zekerheid. Bij toepassing in letselschadeprocedures leidt adequate preventie en re-integratie tot een verlaging van de druk op wettelijke aansprakelijkheidspremies.
- Toepassing van EBM-richtlijnen door privaat werkende verzekeringsartsen bij acceptatie zal leiden tot een verbetering van de toegankelijkheid tot private arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor zelfstandigen (ZZP-ers). Zij zullen als zij verzekerd zijn minder een beroep doen op de sociale zekerheid (bijstand) bij arbeidsongeschiktheid.
- Een bedrag van 2 miljoen is gelet op de opbrengsten en de bedragen die omgaan in zorg en sociale zekerheid "overzichtelijk" te noemen (NB: in 2010: kosten ziekteverzuim 5 miljard, 5,5 miljard presentieisme; 10 miljard zorgkosten, 11 miljard uitkeringen WAO/WIA/WAZ/Wajong.)
- In de systematiek die gehanteerd wordt voor de financiering van kwaliteitsbeleid van huisartsen en medisch specialisten zit ook een overheidscomponent: de overheid voert

mede regie op de afspraken die worden gemaakt over de inzet van zorgelden voor kwaliteitsbeleid.

Argumenten tegen:

- In de zich ontwikkelende overheidsvisie ten aanzien van de publiek/private verantwoordelijkheidsverdeling is het mogelijk minder passend dat de overheid het kwaliteitsbeleid van medische beroepsgroepen financiert.

Draagvlak/haalbaarheid:

- Afhankelijk van politiek draagvlak.

3. Uurtarief-model

Omschrijving:

In het uurtarief van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wordt een bedrag gereserveerd voor kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen, waaronder de herziening en ontwikkeling van richtlijnen. De gelden voor Kwaliteitsbeleid worden in een centrale pot gestort: stichting kwaliteitsgelden bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Voor de organisatie en aansturing kunnen veel elementen van de stichting kwaliteitsgelden medisch specialisten worden overgenomen.

Rekenvoorbeeld:

Uitgaande van 2200 fte die gemiddeld 1400 declarabele uren per jaar maken is een bedrag van 0,65 euro in het uurtarief noodzakelijk om een jaarlijks budget van 2.000.000 euro op te brengen.

Argumenten voor:

- Beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid en de kosten worden door de sector zelf opgebracht.
- Het past in het vigerend beleid van verantwoordelijkheid voor 'arbeid en gezondheid' dat wordt neergelegd bij werkgevers.
- Met de beroepsgroep medisch specialisten zijn ook afspraken gemaakt over betaling kwaliteitsbeleid uit uurtarief (NB: wel geheel andere betalingsstructuur, verzekeraars i.p.v. werkgevers)

Argumenten tegen:

- Aangezien er geen centrale prijsafspraken kunnen/mogen worden gemaakt zal dit model alleen kunnen worden gerealiseerd door vrijwillige medewerking van alle betrokken partijen (of door wettelijke maatregelen moeten worden afgedwongen)
- Bedrag van 65 eurocent is substantieel hoger dan de 25 eurocent in het uurtarief van de medisch specialisten.
- Hoge kosten te verwachten m.b.t. uitvoering en controle

Draagvlak en haalbaarheid:

Gelet op de private financiering van de bedrijfsgezondheidszorg en een deel van de verzekeringsgeneeskunde worden zeer grote (onoverkomelijke?) uitvoeringsproblemen verwacht.

4. Verzekeraarsmodel

Omschrijving:

Zowel zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars als verzekeraars van wettelijke aansprakelijkheid (letselschade) hebben belang bij toepassing van EBM-richtlijnen door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Preventie en snelle duurzame re-integratie leiden immers tot beperking van de schadelast. Een aantal verzekeraars zijn actief op de arbomarkt, waarbij activiteiten en belang van de inkomensverzekeraars meer prominent aanwezig lijken te zijn dan van de zorgverzekeraars. In dit model zouden door inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars een deel van de omzet die wordt behaald in hun activiteiten op het gebied van arbozorg en inkomensverzekeringen voor werkenden in een apart fonds voor kwaliteitsbeleid moeten worden weggezet (NB: zorgverzekeraars hebben nu wel een innovatiefonds).

Rekenmodel:

Als 0,5% van de omzet in een fonds wordt gestort is een omzet van 400 miljoen nodig om een bedrag van 2.000.000 euro te genereren voor kwaliteitsbeleid door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (NB: percentage zal lager of hoger zijn op basis van daadwerkelijke omzet)

Argumenten voor:

- Verzekeraars hebben grote belangen bij kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg
- Daarmee worden direct en indirect ook belangen van werkgevers en zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidsverzekering gediend
- Dit model zou een ingebouwde stimulans voor verzekeraars kunnen zijn om meer prioriteit aan preventie te geven.

Argumenten tegen:

- Verzekeraars zullen deze kosten doorberekenen aan hun klanten, dus leidt tot premieverhoging
- Er is vooralsnog geen wettelijk kader om dit af te kunnen dwingen, afspraken op vrijwillige basis zijn kwetsbaar mbt haalbaarheid en naleving
- Alle kosten komen terecht bij één van de partijen die belang heeft bij goede zorg voor de werkenden

Haalbaarheid/draagvlak

Zeer gering, mogelijk willen individuele verzekeraars wel iets doen om zich te profileren op dit terrein.

5. Premie- of belastingmodel

Omschrijving:

Werkgevers en werknemers hebben allebei het meest directe belang bij kwalitatief goede zorg door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Werknemers hebben belang bij het behoeden en behouden van hun gezondheid, tijdige re-integratie en duurzame arbeidsparticipatie. Werkgevers hebben belang bij gezonde werknemers in een gezonde organisatie omdat dit de productiviteit ten goede komt. Werkgevers en werknemers/werkenden dragen belasting en premie af (inkomsten belasting,

volksverzekeringen, werknemersverzekeringen, bijdrage zorgverzekeringswet) Via die route kan ook geld worden binnengehaald

Rekenmodel:

Er zijn 7.200.000 werkenden in Nederland. Een bijdrage van 28 cent per werkende per jaar genereert een bedrag van 2.000.000 euro

Argumenten voor:

- Kosten worden neergelegd bij partijen met direct belang bij goede zorg voor de werkenden
- Omgerekend naar de werkenden in Nederland gaat het om een klein bedrag.

Argumenten tegen:

- In deze tijd moeilijk haalbaar om premie- of belastingverhoging op de politieke agenda te zetten.
- Uitvoeringsproblematiek: de arbeidspopulatie in Nederland wordt ook steeds diverser en het aantal werknemers in loondienstverband neemt af.
- Administratiekosten maken dat het waarschijnlijk meer dan 28 cent nodig zal zijn.

Draagvlak/Haalbaarheid

Er blijkt een groeiend draagvlak om de problematiek rondom duurzame inzetbaarheid van alle werkenden (inclusief ZZP-ers, werklozen en mantelzorgers) beter te regelen. De haalbaarheid van dit voorstel is sterk afhankelijk van het politiek klimaat.

6. Fonds-model

Omschrijving:

Inrichting van een fonds voor kwaliteitsbeleid bedrijfsartsen en verzekeringsartsen waarin door verschillende partijen geld wordt gestort. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een variant op de constructie van een O&O fonds in de sector. Een O&O-fonds (ook wel sectorfonds genoemd) wordt opgericht en bestuurd door werkgevers en werknemerspartijen in de sector. Inkomsten zijn afkomstig uit loonheffing (in cao-afgesproken) en/of subsidies. NB: er bestaat nu al een O&O-fonds voor de markt van Re-integratie, arbodienstverlening en mobiliteit (fonds ARM)maar dat fonds treedt uitsluitend op als intermediair voor de aanvraag van ESF-subsidies (NB, dus geen vulling met premiegelden)

Rekenvoorbeeld:

Bijvoorbeeld een verdeling van 6 ton subsidie van SZW, 6 ton vanuit VWS, 2 ton vanuit UWV, 2 ton van verzekeraars en 2 ton vanuit de sector

Argumenten voor:

- Verschillende betrokken partijen nemen verantwoordelijkheid
- De kosten worden verdeeld
- Financiële betrokkenheid kan ook leiden tot meer inhoudelijke betrokkenheid/affiniteit bij het kwaliteitsbeleid

Argumenten tegen:

- Met veel betrokken partijen kunnen ook gemakkelijk belangenconflicten ontstaan die de uitvoering van een kwaliteitsprogramma bemoeilijken.
- Organisatorisch traject: verschillende partijen op 1 lijn krijgen (NB: er is geen overkoepelende CAO voor de arbosector waar werkgevers en werknemers afspraken kunnen maken over premieafdracht)

Draagvlak/haalbaarheid:

Nadere verkenning waard, partijen voelen vaak wel de behoefte/verantwoordelijkheid om “iets” te doen, maar willen niet de hele last op hun eigen schouders hebben.

Conclusie en aanbevelingen

Gelet op de draagvlak/haalbaarheid zijn er voor de structurele financiering van richtlijnen (kwaliteitsbeleid) voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen twee modellen die kansrijk zijn:

- Overheidsmodel (evt. in combinatie met premie- en belastingmodel)
- Fondsmodel

Inzet van het overheidsmodel (en premie/belasting model) is vooral een politieke en beleidsmatige keuze.

Inzet van het fondsmodel vergt nadere uitwerking en verdiepend overleg met alle betrokken partijen, bij voorkeur onder regie van de overheid om het overkoepelende en maatschappelijke belang van de verschillende betrokken partijen te benadrukken. Bij verdere uitwerking van een fondsmodel kunnen elementen uit andere gepresenteerde modellen (met name uurtariefmodel, verzekeraarsmodel) worden meegenomen om te bezien of op die wijze ook een bijdrage aan de vulling van het fonds kan worden gerealiseerd.

Geadviseerd wordt om aan te sluiten bij het advies dat in het volgende hoofdstuk 4.2 wordt beschreven in de rapportage over de structurele financiering van de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts (en verzekeringsarts). Dit betreft het nader verkennen en uitwerken van het fondsmodel onder leiding van een kwartiermaker. De realisatie van een dergelijk model zal echter wel enige jaren in beslag nemen. Daarom wordt geadviseerd dat de overheid in ieder geval in een overbruggingsperiode subsidie ter beschikking stelt aan de beroepsverenigingen om de activiteiten op het gebied van richtlijnontwikkeling en herziening te kunnen continueren.

Indien fondsvorming niet van de grond komt is continuering van deze ondersteuning noodzakelijk.

4.2 structurele financiering van de vervolgopleiding tot bedrijfsarts (en verzekeringsarts)

Het ministerie van SZW heeft subsidie verleend aan de NVAB voor de uitvoering van een aantal activiteiten die erop zijn gericht de instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts te vergroten. De belangrijkste aangrijpingspunten hierbij zijn:

1. Het specialisme bedrijfsgeneeskunde positief onder de aandacht te brengen bij medisch studenten, coassistenten, basisartsen en zij-instromers.
2. Zoeken naar marktpartijen binnen de arbodienstverlening, die op dit moment nog niet opleiden, maar dit mogelijk wel zouden willen/kunnen. Te denken valt aan kleine arbodiensten en (maatschappen van) zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen. De activiteiten van de NVAB zijn erop gericht om bestaande belemmeringen in het verkrijgen van een erkenning als opleidingsinrichting te verkleinen/weg te nemen.
3. Verkenning naar de mogelijkheid voor de instelling van een opleidingsfonds waaruit de opleiding tot bedrijfsarts (en verzekeringsarts) kan worden gefinancierd.

De in deze paragraaf opgenomen rapportage heeft betrekking op het derde aangrijpingspunt. Hierbij wordt een overzicht gegeven van een aantal relevante ramingen en beleidsontwikkelingen uit de afgelopen jaren en de wijze waarop een aantal andere medische vervolgoledingen worden gefinancierd. Vervolgens worden een aantal mogelijke financieringsmodellen met voor- en nadelen gepresenteerd. Tenslotte volgen aanbevelingen ten aanzien van de meest kansrijke opties.

NB:

Ook in de opleiding tot verzekeringsarts spelen structurele problemen met betrekking tot instroom en financiering. De opleiding tot verzekeringsarts wordt momenteel door het UWV, private verzekeraars en enkele medische adviesbureaus gefinancierd. De opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts vinden allebei plaats binnen het domein arbeid en gezondheid. De beroepsvereniging NVVG en GAV achten het van belang om ook voor de opleiding tot verzekeringsarts te zoeken naar structurele financiering, waarbij kan worden aangesloten bij de voor de bedrijfsartsenopleiding verkende modellen. De in dit rapport gepresenteerde modellen en adviezen zijn afgestemd met NVVG en GAV.

Ramingen en beleidsreacties

Het gebrek aan instroom in de bedrijfsartsen opleiding is al langer onder de aandacht gebracht van de ministeries van SZW en VWS. De ramingen van het Capaciteitsorgaan speelden hierbij een belangrijke rol

Het Capaciteitsorgaan berekende in 2010 dat er jaarlijks minimaal 145 artsen moeten instromen in de vervolgoleding bedrijfsgeneeskunde om de beroepsgroep op peil te houden. In de capaciteitsraming uit 2013 wordt door het Capaciteitsorgaan geen raming m.b.t. de opleiding tot bedrijfsarts gegeven en dat wordt als volgt gemotiveerd:

Binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid bepaalt de overheid door de Arbowet wie in aanmerking komt voor bedrijfsgezondheidszorg en voor welke onderdelen de bedrijfsarts moet worden ingeschakeld.

De uitwerking van de bedrijfsgezondheidszorg wordt overgelaten aan talrijke private organisaties, die – in concurrentie met elkaar – ook verantwoordelijk zijn voor het opleiden van de bedrijfsartsen.

De Arbowet is per 2006 gewijzigd. Werkgevers hoeven niet langer voor alle onderdelen van de arbozorg een Arbodienst te contracteren. Dit heeft de beleidsvrijheid van de werkgevers vergroot.

Het gevolg is dat de behoefte aan Arbodiensten jaarlijks daalt. Omzet en resultaat van de Arbodiensten staan al jaren onder druk, waardoor zij ook kritisch kijken naar het functioneren van de bedrijfsarts. Het resultaat daarvan is de afgelopen jaren zichtbaar geworden in twee opzichten. In de

eerste plaats is het percentage bedrijfsartsen werkzaam bij een Arbodienst sinds 2010 verder gedaald van 77% naar 67%. In de tweede plaats wordt er door de onzekere financiële toekomst nog steeds nauwelijks opgeleid in opdracht van de Arbodiensten. Het Capaciteitsorgaan heeft hiervoor in 2010 gewaarschuwd. De vraag is in hoeverre de nog steeds verwachte daling van het aantal (geregistreerde) bedrijfsartsen op termijn belemmerend gaat werken voor de beleidsdoelen van het ministerie van VWS in het Nationaal Programma Preventie.

Momenteel heeft de minister van SZW aan de SER advies gevraagd over vijf mogelijke beleidsscenario's voor de ontwikkeling van de Arbozorg in 2020. De zorgvraag naar bedrijfsgeneeskunde in deze scenario's verschilt aanzienlijk. Daarom heeft het Capaciteitsorgaan besloten een advies over de gewenste instroom in de bedrijfsgeneeskunde uit te stellen totdat de SER haar advies heeft afgegeven.

In dit deelrapport wordt alleen geschetst wat de kwantitatieve gevolgen zullen zijn van een continuering van de huidige instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts bij ongewijzigd beleid. Bij continuering van de huidige instroom zal het aantal geregistreerde bedrijfsartsen, dat in 2010 nog 2.154 bedroeg, dalen naar 1.650 in 2020 en 1.300 in 2025.

Op 29 april 2014 biedt de voorzitter van het Capaciteitsorgaan instroom adviezen aan met betrekking tot de door het ministerie van SZW aan de SER voorgelegde vijf mogelijk beleidsscenario's voor de ontwikkeling van de arbozorg. Citaat uit de aanbiedingsbrief:

Daarbij moeten we overigens constateren dat de instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts een majeure impuls nodig heeft om te kunnen voldoen aan de toekomstig verwachte zorgvraag. De afgelopen 4 jaar was de instroom gemiddeld 14 aiOS per jaar, terwijl voor realisatie van uw meest conservatieve scenario (additionele inzet van de klinisch arbeidsgeneeskundige) al een instroom van 117 aiOS noodzakelijk is. Ook vragen wij aandacht voor de effecten die uw beleid op de curatieve zorg kan hebben. Afhankelijk van de keuzes die u maakt zullen jaarlijks minimaal 5 tot maximaal 291 aiOS extra in de opleiding huisartsgeneeskunde moeten instromen.

De Kamer Sociale Geneeskunde van het Capaciteitsorgaan concludeert in het rapport dat de huidige instroom in de opleiding tot bedrijfsarts volstrekt onvoldoende is om één van de scenario's te realiseren (met uitzondering van het scenario waarin een model zonder bedrijfsarts wordt ontwikkeld). De Kamer Sociale Geneeskunde is van mening dat, los van de uiteindelijke keuzes die het ministerie van SZW gaat maken, door betrokkenen gewerkt moet worden aan randvoorwaarden om de opleiding tot bedrijfsarts aantrekkelijker te maken voor de basisarts die op zoek is naar een opleidingsplaats. Financiering van de vervolgopleiding uit publiek in plaats van private middelen zou een optie kunnen zijn. Het Capaciteitsorgaan heeft deze suggestie ook in het Capaciteitsplan 2013, en eerder in het Capaciteitsplan 2010 gedaan.

Dit advies (publieke financiering) wordt door de SER onderschreven in haar advies over de toekomst van de arbeidsgelateerde zorg (september 2014):

In de kabinetsreactie op het SER-advies dd. 28 januari 2015 wordt erkend dat de huidige instroom in de bedrijfsartsenopleiding zeer beperkt is, en het aantal werkzame bedrijfsartsen terug loopt. Het kabinet is er echter niet van overtuigd dat publieke financiering het vraagstuk oplost. Ook andere factoren als bijvoorbeeld de beschikbaarheid van opleidingsplaatsen en de toekomstverwachtingen

van (basis)artsen kunnen volgens het kabinet een rol spelen. In de brief wordt verwezen naar het onderzoek van de NVAB naar mogelijkheden om de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts te vergroten. De informatie uit deze rapportage wil het kabinet bij zijn afwegingen betrekken. Daarnaast laat het kabinet zelf onderzoek uitvoeren waarbij ook gekeken wordt naar toekomstverwachtingen bij artsen in opleiding, de mogelijkheid van zij-instroom, en de relatie met de opleiding tot verzekeringsarts. De bevindingen van beide onderzoeken zullen in samenhang worden gezien. Toegezegd wordt dat de ministers van SZW en VWS de Tweede Kamer uiterlijk in juni 2015 informeren over de te nemen stappen.

Financiering van andere medische vervolgoopleidingen

Medisch specialisten

De financiering van de opleiding van medisch specialist in de curatieve zorg verloopt via een beschikbaarheidsbijdrage die is bedoeld als compensatie voor de instellingen die medische vervolgoopleidingen verzorgen (ziekenhuizen). Medische vervolgoopleidingen ontvangen deze compensatie omdat ze niet verplicht zijn om op te leiden. Als de beschikbaarheidsbijdrage niet zou bestaan, zouden zorgaanbieders de met de opleidingstaak gemoeide kosten moeten terugverdienen via de tarieven. De tarieven zouden dan hoger zijn dan vergelijkbare aanbieders die niet opleiden. Hierdoor werkt toerekening van de opleidingskosten naar tarieven marktverstoring en ontstaat het risico dat te weinig wordt opgeleid. Met de bekostiging van de opleidingen door middel van een beschikbaarheidsbijdrage wordt die marktverstoring voorkomen.

Per 1 januari 2013 is er een wijziging gekomen in de financiering van de meeste medische vervolgoopleidingen. In het oude systeem viel het opleidingsfonds onder een subsidieregeling vanuit het ministerie van VWS. Vanaf 2013 moet deze subsidie worden aangevraagd bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage. De NZa is verantwoordelijk voor de bevoorschotting en verantwoording van de beschikbaarheidsbijdragen. Dit gebeurt op basis van het verdeelplan van het Ministerie van VWS, die onveranderd gebaseerd zal worden op het Toewijzingsvoorstel van het BOLS. De NZa kent opleidingsinstellingen een beschikbaarheidsbijdrage toe op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) met een beschikking. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) zal de beschikbaarheidsbijdrage dan uit betalen (zowel de bevoorschotting en de eindafrekening).

De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage hangt af van type (academisch/algemeen) en grote van het ziekenhuis en varieert voor de meeste specialismen tussen 127.500 en 158.400 euro per jaar.

Artsen maatschappij en gezondheid

Voor de opleiding van een aantal specialisaties binnen het domein maatschappij en gezondheid maatschappij en gezondheid (jeugdarts, arts infectieziektebestrijding, arts tbc-bestrijding en medisch milieukundige) heeft het ministerie van VWS een subsidieregeling 'opleidingen publieke gezondheidszorg' ingesteld. Het jaarlijkse subsidiebedrag per voltijds opleidingsplaats varieert van 69.000 euro (jeugdarts) tot 79.500 euro (overige specialisaties). Na het instellen van de subsidieregeling in 2008 voor de profielopleidingen is de instroom gestegen van 36 (2008) naar 95 (2009). Ook het in 2011 van toepassing verklaren van de subsidieregeling op de tweede fase van de

opleiding tot arts maatschappij en gezondheid heeft direct effect gehad op de instroom (van 10 in 2011 naar 25 in 2012).⁴⁵

Huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde

De SBOH is de werkgever van huisartsen in opleiding en specialisten ouderengeneeskunde in opleiding en financiert de hele huisartsopleiding en opleiding tot specialist ouderengeneeskunde.

Aios hebben bij de SBOH een arbeidsovereenkomst voor de duur van de opleiding.

Als werkgever zorgt de SBOH voor:

- Uitbetaling van salarissen
- Uitvoering van sociale wetten
- Goede arbeidsomstandigheden
- Voorkomen van ziekteverzuim
- Re-integreren van langdurig zieke aios

De SBOH financiert alle activiteiten voor de opleiding van haar werknemers. Dit houdt in dat de SBOH de beschikbare financiële middelen verdeelt over de:

- Aios (werkgeverskosten)
- Opleidingsinstituten (kosten voor het theoretisch onderwijs)
- Opleiders (onkostenvergoeding)
- Innovatie-, kwaliteits- en samenwerkingsprojecten

In 2013 ontving de SBOH van het ministerie van VWS een bedrag van 165.901.000 euro aan instellingssubsidie en beschikbaarheidsbijdragen voor opleidingsplaatsen.

Opzet ontwikkeling verschillende financieringsmodellen

Over het gebrek aan huidige instroom in bedrijfsartsenopleiding hebben gesprekken plaatsgevonden met vertegenwoordigers van OVAL, SGBO, Verbond van Verzekeraars, NSPOH, VNO NCW, SIG, Kwaliteitsinstituut, ZFB (zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen), Coronel Instituut, Richting, Arbo Unie, CNV, FNV en UWV. Daarnaast vond een verkennend gesprek plaats met Prof. Dr. Nicolette van Gestel, verbonden aan TIAS als hoogleraar Nieuwe Sturingsvormen in Sociale Zekerheid en Arbeidsvoorziening en kroonlid van de SER.

Op basis van de gegevens die zijn verkregen uit literatuuronderzoek en gesprekken met stakeholders zijn een aantal financieringsmodellen ontwikkeld:

1. Contributie-model
2. Uurtarief-model
3. Verzekeraars-model
4. Overheidsmodel
5. Premie-model
6. Fonds-model
7. Leenstelsel

⁴⁵ Bron rapportages Capaciteitsorgaan

NB: In deze rapportage worden dezelfde modellen gebruikt als in de rapportage over mogelijkheden voor structurele financiering voor richtlijnontwikkeling en herziening. Op verzoek van het ministerie van SZW is echter gekozen voor afzonderlijke rapportages. Voorts is aan deze rapportage nog 1 extra model toegevoegd (leenstelsel).

Voor wat betreft de financiering van de opleiding tot bedrijfsarts is het benodigde bedrag afhankelijk van de kosten die worden betaald. In het SER-advies uit 2014 zijn drie opties weergegeven:

- Vergoeding studiekosten: 6,75 miljoen
- Vergoeding studiekosten, begeleiding, overhead en huisvesting: 20 miljoen
- Vergoeding studiekosten, begeleiding, overhead, huisvesting en salariskosten: 56 miljoen

In de rekenvoorbeelden is, indien van toepassing, ook een bandbreedte weergegeven.

NB: bovengenoemde bedragen hebben dus alleen betrekking op de opleiding tot bedrijfsarts. De opleiding tot verzekeringsarts is hier niet in betrokken.

1. Contributie-model

Omschrijving:

De opleiding wordt volledig gefinancierd uit de lidmaatschapsgelden van de direct betrokken beroepsvereniging (NVAB). Gelet op de benodigde investeringen zou dit betekenen dat de huidige contributies buitensporig moeten worden verhoogd.

Rekenvoorbeeld:

De NVAB heeft 1700 leden. Een contributieverhoging van 3970 euro per lid per jaar (huidige contributie = max 522 euro) zou leiden tot een budget van 6.750.000 euro op jaarbasis.

Argumenten voor:

- NVAB/beroepsgroep neemt haar verantwoordelijkheid

Argumenten tegen:

- Het zal geenszins als rationeel of redelijk ervaren worden dat een beroepsgroep moet betalen voor de opleiding van een nieuwe generatie bedrijfsartsen.
- Er is geen verplichting tot aansluiting bij een beroepsvereniging. De lasten voor de beroepsopleiding komen dus niet ten laste van alle bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.
- Dit model is niet in lijn met de wijze waarop de financiering van de opleiding voor andere medische beroepsgroepen is georganiseerd.
- Dit model zou betekenen dat de beroepsvereniging vrijwel alle leden kwijtraken omdat zij (of hun werkgevers) niet bereid zijn duizenden euro's aan contributie te betalen.

Draagvlak en haalbaarheid:

Geen draagvlak en niet haalbaar

2. Uurtarief-model

Omschrijving:

In het uurtarief van bedrijfsarts wordt een bedrag gereserveerd voor het financieren van de opleiding. De gelden worden gestort in een opleidingsfonds.

Rekenvoorbeeld:

Uitgaande van 1800 fte bedrijfsartsen die gemiddeld 1400 declarabele uren per jaar maken is een bedrag van 2,68 (opbrengst 6,75 miljoen) tot 22,22 euro (opbrengst 56 miljoen) in het uurtarief noodzakelijk

Argumenten voor:

- Beroepsgroep neemt verantwoordelijkheid en de kosten worden door de sector zelf opgebracht.
- Het past in het vigerend beleid van verantwoordelijkheid voor 'arbeid en gezondheid' dat wordt neergelegd bij werkgevers.
- Met de beroepsgroep medisch specialisten zijn ook afspraken gemaakt over betaling kwaliteitsbeleid uit uurtarief, dit betref echt de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten zoals richtlijnen en visitatie, en niet de opleiding (NB: ook geheel andere betalingsstructuur, verzekeraars i.p.v. werkgevers)

Argumenten tegen:

- Aangezien er geen centrale prijsafspraken kunnen/mogen worden gemaakt zal dit model alleen kunnen worden gerealiseerd door vrijwillige medewerking van alle betrokken partijen.
- Benodigde bedragen zijn substantieel hoger dan de 25 eurocent in het uurtarief van de medisch specialisten voor kwaliteitsbeleid, en in de huidige marktsituatie waarschijnlijk niet op te brengen.
- Hoge kosten te verwachten m.b.t. uitvoering en controle.

Draagvlak en haalbaarheid:

Uit gesprekken met stakeholders komt naar voren dat dit geen haalbaar scenario om de opleiding volledig uit te financieren. Gelet op de private financiering en uitvoering van de bedrijfsgezondheidszorg en worden zeer grote (onoverkomelijke?) uitvoeringsproblemen verwacht.

3. Verzekeraarsmodel

Omschrijving:

Zowel zorgverzekeraars, inkomensverzekeraars als verzekeraars van wettelijke aansprakelijkheid (letselschade) hebben belang bij het werk van bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen). Preventie en snelle duurzame re-integratie leiden immers tot beperking van de schadelast. Een aantal verzekeraars zijn actief op de arbomarkt, waarbij activiteiten en belang van de inkomensverzekeraars meer prominent aanwezig lijken te zijn dan van de zorgverzekeraars. In dit model zouden door inkomensverzekeraars en zorgverzekeraars een deel van de omzet die wordt behaald in hun activiteiten op het gebied van arbozorg en inkomensverzekeringen voor werkenden in een apart

opleidingsfonds moeten worden weggezet (NB: zorgverzekeraars hebben nu wel een innovatiefonds).

Rekenvoorbeeld:

Als 0,5% van de omzet in een fonds wordt gestort is een omzet van 1,35 miljard nodig om de minimale variant m.b.t. de financiering van de bedrijfsartsenopleiding te financieren.

Argumenten voor:

- Verzekeraars hebben grote belangen bij kwalitatief goede arbeidsgerelateerde zorg, en dus bij het werk van bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen)
- Daarmee worden direct en indirect ook belangen van werkgevers en zelfstandigen met een arbeidsongeschiktheidsverzekering gediend
- Dit model zou een ingebouwde stimulans voor verzekeraars kunnen zijn om meer prioriteit aan preventie te geven.

Argumenten tegen:

- Verzekeraars zullen deze kosten doorberekenen aan hun klanten, dus leidt tot premieverhoging
- Er is vooralsnog geen wettelijk kader om dit af te kunnen dwingen, afspraken op vrijwillige basis zijn kwetsbaar m.b.t. haalbaarheid en naleving
- Alle kosten komen terecht bij één van de partijen die belang heeft bij goede zorg voor de werkenden

Draagvlak en haalbaarheid:

Zeer gering. Mogelijk willen individuele verzekeraars wel iets doen om zich te profileren op dit terrein. Realistisch model als de gehele zorg in het domein Arbeid en Gezondheid die door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen wordt verleend door zorgverzekeraars wordt gefinancierd. In dat geval kan de opleiding ook op dezelfde wijze worden bekostigd als de opleiding van huisartsen en medisch specialisten. Bruikbaarheid zeer beperkt indien dit model leidt tot onacceptabele premieverhoging.

4. Overheidsmodel

Omschrijving:

In dit model stelt de overheid via de begroting van SZW (en VWS) structureel middelen beschikbaar voor de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een subsidieregeling, zoals nu is geregeld voor een aantal specialismen binnen maatschappij en gezondheid.

Rekenvoorbeeld:

Afhankelijk van de keuze welke opleidingskosten worden gefinancierd moet op de begroting een bedrag van 6,75 tot 56 miljoen worden gereserveerd voor de bedrijfsartsenopleiding, eventueel met een verdeling tussen de begrotingen van SZW en VWS

Argumenten voor:

- Bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen) zijn een belangrijke schakel binnen de gezondheidszorg
- Bedrijfsartsen en verzekeringsartsen leveren een belangrijke bijdrage aan het realiseren van overheidsdoelstellingen op het gebied van participatie en duurzame inzetbaarheid. Het is dus ook een overheidsbelang dat er in de toekomst voldoende artsen met deze expertise beschikbaar blijven.
- Door het handelen van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (adequate preventie en re-integratie-activiteiten) zal worden bespaard op de kosten voor de sociale zekerheid. Bij toepassing in letselschadeprocedures leidt adequate preventieve en re-integratie tot een verlaging van de druk op wettelijke aansprakelijkheidspremies.
- Bij toepassing in letselschadeprocedures leidt adequate preventieve en re-integratie tot een verlaging van de druk op wettelijke aansprakelijkheidspremies.
- VWS neemt verantwoordelijkheid voor het organiseren van de financiering van alle medische opleidingen in de curatieve zorg en een aantal opleidingen in de publieke gezondheidszorg (beschikbaarheidsbijdrage, subsidieregeling). Veel gebruikte argumenten, zoals het voorkomen van marktverstoring, zijn ook van toepassing binnen het domein arbeid en gezondheid.
- Werkgevers en werknemersorganisaties in de SER en het Capaciteitsorgaan pleiten voor dit model.
- De benodigde bedragen zijn gelet op de “opbrengsten” van het werk dat wordt uitgevoerd door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, en de bedragen die omgaan in zorg en sociale zekerheid “overzichtelijk” te noemen (NB: in 2010: kosten ziekteverzuim 5 miljard, 5,5 miljard presentieisme; 10 miljard zorgkosten, 11 miljard uitkeringen WAO/WIA/WAZ/Wajong).

Argumenten tegen:

- In de huidige SZW-visie ten aanzien van de publiek/private verantwoordelijkheidsverdeling binnen het arbodomein is het mogelijk minder passend dat de overheid de opleiding van medische beroepsgroepen financiert.

Draagvlak en haalbaarheid:

- Afhankelijk van politiek draagvlak. In het SER-rapport over de toekomst over de arbeidsgerelateerde zorg wordt dit model door alle betrokken partijen (werknemersorganisaties, werkgeversorganisaties, onafhankelijke leden) als een aanbevelenswaardig, en dus realistisch, model voor de bedrijfsartsenopleiding gepresenteerd.

5. Premie- of belasting-model

Omschrijving:

Werkgevers en werknemers hebben allebei het meest directe belang bij kwalitatief goede zorg door bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Werknemers hebben belang bij het behoeden en behouden van hun gezondheid, tijdige re-integratie en duurzame arbeidsparticipatie. Werkgevers hebben

belang bij gezonde werknemers in een gezonde organisatie omdat dit de productiviteit ten goede komt. Werkgevers en werknemers/werkenden dragen belasting en premie af (inkomsten belasting, volksverzekeringen, werknemersverzekeringen, bijdrage zorgverzekeringswet). Via die route kan ook geld worden binnengehaald voor een opleidingsfonds (NB: het betreft hier dus in feite een nadere uitwerking van model 4, omdat de gelden die de overheid beschikbaar kan stellen uit belasting en premies afkomstig zijn)

Rekenvoorbeeld:

Er zijn 7.200.000 werkenden in Nederland. Een bijdrage van 94 eurocent per werkende per jaar genereert een bedrag van 6,75 miljoen euro. Om een bedrag van 56 miljoen te realiseren is moet 7.78 euro per werkende per jaar worden geïnd

Argumenten voor:

- Kosten worden neergelegd bij partijen met direct belang bij goede zorg voor de werkenden, en dus ook bij voldoende capaciteit aan bedrijfsartsen en verzekeringsartsen
- Omgerekend naar de werkenden in Nederland gaat het om overzichtelijke bedragen.

Argumenten tegen:

- In deze tijd moeilijk haalbaar om premie- of belastingverhoging op de politieke agenda te zetten.
- Uitvoeringsproblematiek: de arbeidspopulatie in Nederland wordt ook steeds diverser en het aantal werknemers in loondienstverband neemt af.
- Administratiekosten en uitvoeringskosten

Draagvlak en haalbaarheid

Er blijkt een groeiend draagvlak om de problematiek rondom duurzame inzetbaarheid van alle werkenden (inclusief ZZP-ers, werklozen en mantelzorgers) beter te regelen. De haalbaarheid van dit voorstel is sterk afhankelijk van het politiek klimaat en de inzet van sociale partners.

6. Fonds-model

Omschrijving:

Inrichting van een fonds voor kwaliteitsbeleid (o.a. opleidingen) voor bedrijfsartsen (en verzekeringsartsen) waarin door verschillende partijen geld wordt gestort. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een variant op de constructie van een O&O fonds in de sector. Een O&O-fonds (ook wel sectorfonds genoemd) wordt opgericht en bestuurd door werkgevers en werknemerspartijen in de sector. Inkomsten zijn afkomstig uit loonheffing (in cao-afgesproken) en/of subsidies. NB: er bestaat nu al een O&O-fonds voor de markt van Re-integratie, arbodienstverlening en mobiliteit (fonds ARM), maar dat fonds treedt vrijwel uitsluitend op als intermediair voor de aanvraag van ESF-subsidies.

Rekenvoorbeeld:

Bijvoorbeeld een verdeling van 1,75 miljoen subsidie van SZW, 1,75 miljoen subsidie vanuit VWS, 1,75 miljoen vanuit verzekeraars en 1,5 miljoen vanuit de sector om de minimale variant m.b.t. financiering van de bedrijfsartsenopleiding te realiseren.

Argumenten voor:

- Verschillende betrokken partijen nemen verantwoordelijkheid
- De kosten worden verdeeld
- Financiële betrokkenheid kan ook leiden tot meer inhoudelijke betrokkenheid/affiniteit bij de opleiding en kwaliteit van zorgverlening

Argumenten tegen:

- Met veel betrokken partijen kunnen ook gemakkelijk belangenconflicten ontstaan die de instelling van een fonds bemoeilijken.
- Organisatorisch traject: er is veel inzet nodig om tot consensus en draagvlak te komen.
- Er is geen overkoepelende CAO voor de arbosector waar werkgevers en werknemers afspraken kunnen maken over premieafdracht.

Draagvlak en haalbaarheid:

Nadere verkenning waard, partijen voelen vaak wel de behoefte/verantwoordelijkheid om “iets” te doen, maar willen niet de hele last op hun eigen schouders hebben. Bij de verdere uitwerking kan wellicht gebruik worden gemaakt van bijvoorbeeld het uurtariefmodel en verzekeraarsmodel. Voor de financiering van de bedrijfsartsenopleiding (en verzekeringsartsenopleiding als er sprake is van financiële inbreng vanuit UWV en verzekeraars) is dit model niet per definitie kansloos.

7. Leenstelsel

Omschrijving:

Dit is in feite een “verbijzondering” van het fondsmodel, waarbij door verschillende betrokkenen stakeholders, onder regie van de overheid, een fonds wordt opgericht dat de opleidingskosten voorschiet, maar terugbetaling verwacht over een langere periode dan de opleidingsduur (vergelijkbaar met Sociale Leenstelsel om studeren in HBO en WO mogelijk te maken). Terugbetaling kan plaatsvinden door de arbodienst die de jonge bedrijfsarts in dienst neemt, maar ook door de aios zelf wanneer deze tijdens of na zijn opleiding in een andere setting (bijv. zelfstandig) gaat werken. Als de terugbetaling van de kosten over bijvoorbeeld 10 jaar wordt uitgesmeerd gaat het om betrekkelijk geringe bedragen per jaar die worden gedeeld door de arbodiensten en zelfstandigen die de aios / jonge bedrijfsarts gedurende deze periode van 10 jaar in dienst hebben. De partijen die voordeel genieten betalen, zodat de opleidingskosten eerlijker worden gedeeld over de sector.

Rekenvoorbeeld:

Indien bijvoorbeeld terugbetaling van de opleidingskosten ad 45.000 euro over een periode van 10 jaar kan worden uitgespreid is dit een bedrag van 4500 euro (excl. rente) per jaar dat moet worden betaald door arbodienst of zelfstandige. Door verhoging van dit bedrag kunnen ook bijkomende kosten (zoals (deel) salaris aios, inzet van opleiders) worden betaald.

Argumenten voor:

- Overheid neemt verantwoordelijkheid door instelling fonds
- De kosten worden eerlijker verdeeld over de sector, en komen niet alleen terecht bij de grote(re) arbodiensten, maar bij diegenen die daadwerkelijk profijt heeft van de opleiding (arbodienst of zelfstandig)

- Verlaging van drempel om artsen in opleiding te laten gaan, omdat de kosten lager zijn.

Argumenten tegen:

- Uitvoeringskosten
- Volledige kosten worden uiteindelijk door sector zelf betaald (lening!)

Draagvlak en haalbaarheid:

Nadere verkenning waard, vooral omdat met dit model de kosten eerlijker worden verdeeld, en in dit model zowel de overheid als de sector verantwoordelijkheid nemen.

Conclusie en aanbevelingen

Gelet op de draagvlak/haalbaarheid zijn er voor de financiering van de opleiding twee modellen die kansrijk zijn:

- Overheidsmodel (eventueel in combinatie met premie- en belastingmodel)
- Fondsmodel (eventueel in combinatie met leenstelsel)

Inzet van het overheidsmodel (en premie/belasting model) is vooral een politieke en beleidsmatige keuze.

Inzet van het fondsmodel vergt nadere uitwerking en verdiepend overleg met alle betrokken partijen, bij voorkeur onder regie van de overheid om het overkoepelende en maatschappelijke belang voor de verschillende betrokken partijen te benadrukken.

Met betrekking tot de opleiding voor verzekeringsartsen zijn dit ook de twee meest kansrijke modellen (waarbij bijvoorbeeld het UWV ook zou kunnen bijdragen aan de fondsvorming).

Nadere uitwerking en realisering van het fondsmodel zal (veel) tijd kosten. Gelet op de huidige urgentie van het probleem is het wenselijk om te starten met het overheidsmodel waarin de overheid voor een periode van tenminste 4 jaar (2016 – 2019) de opleidingskosten voor haar rekening neemt. In die periode kan gewerkt worden aan de realisatie van een opleidingsfonds. Indien de instelling van een fonds niet haalbaar blijkt te zijn zal na 4 jaar politieke besluitvorming moeten plaatsvinden over noodzaak tot continuering van het overheidsmodel. Om het traject met betrekking fondsvorming van de grond te krijgen en te realiseren is het aanbevelenswaardig om vanuit de overheid (in samenspraak met de sector) een kwartiermaker te benoemen.

Punt van aandacht is voorts welke kosten precies betaald moeten worden uit het opleidingsfonds. Het is wenselijk om dit niet te beperken tot de opleidingskosten die aan het opleidingsinstituut moeten worden betaald. Ook een deel van het salaris van de arts in opleiding tot bedrijfsarts (aios), bijvoorbeeld de tijd dat die de aios moet besteden aan de opleiding (gemiddeld 1 dag per week), dient te worden gefinancierd, evenals een vergoeding voor de opleiders bij de opleidingsinrichtingen. Door deze bredere financiering kunnen de drempels voor het creëren van opleidingsplaatsen verder worden verlaagd, omdat er compensatie is voor activiteiten die niet declarabel zijn. In de praktijk is een ontwikkeling waarneembaar waarbij de arts in opleiding tot bedrijfsarts een contract krijgt aangeboden voor 4 dagen per week onder de voorwaarde dat de opleiding in eigen tijd (de 5^e dag)

wordt gevolgd. Dit gaat ten koste van de aantrekkelijkheid van de opleiding en het vak, en is ook afwijkend van wat gebruikelijk en wenselijk is in het kader van andere medische vervolgoopleidingen. Financiering van deze onderdelen (minimaal 1 dag salariskosten aios, opleiders) zal ook de kwaliteit van de opleiding in de praktijk ten goede komen.

5. Hoe nu verder? Aanzetten voor een meerjarenplan

In deze preprogrammeringsstudie zijn een aantal globale doelen en ontwikkelingen met betrekking tot belangrijke aspecten van een professioneel kwaliteitsbeleid voor beroepsbeoefenaren in de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde geschetst. Daarbij is vooral aandacht besteed aan enkele belangrijke pijlers daarin: opleiding (zowel in het medisch basiscurriculum als in de vervolgopleiding) en nascholing, ontwikkeling en herziening van evidence-based richtlijnen en van mediprudentie, inbreng van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige kennis in de curatieve zorg via multidisciplinaire richtlijnen en gezamenlijke richtlijnontwikkeling, kwaliteitsvisitatie van individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen, het formuleren van kennisvragen en –lacunes en een eerste voorzet voor thema's voor een kennisagenda, academisering van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde en afstemming met ontwikkelingen in het Kwaliteitsinstituut.

Voor een deel van deze pijlers (vervolgopleiding en ontwikkeling en implementatie van richtlijnen) zijn na gesprekken met een aantal belangrijke stakeholders opties voor een meer structurele financiering verkend in de vorm van zeer globaal uitgewerkte financieringsmodellen waarbij aspecten van noodzakelijkheid, wenselijkheid en haalbaarheid kort zijn besproken. Uiteraard geldt ook hier dat dit een eerste aanzet is en dat met de relevante partijen hierover nader overleg zal moeten plaatsvinden.

Afstemming met ZonMw verkenningen over de kennisinfrastructuur en de klinische arbeidsgeneeskunde

Het is duidelijk dat de in deze preprogrammeringsstudie geschetste ontwikkelingen en opties slechts een eerste aanzet zijn en dat ze in een definitieve programmatekst voor een meerjarenaanpak verder moeten worden uitgewerkt. Hierbij zal rekening gehouden moeten worden en zoveel mogelijk aangesloten kunnen en moeten worden bij de beide naar aanleiding van het SER advies over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg opgedragen verkenningen die door ZonMw momenteel worden voorbereid voor de mogelijke inrichting van een algemene kennisinfrastructuur gericht op arbeid en zorg enerzijds en op de klinische arbeidsgeneeskunde.

Intensivering samenwerking tussen NVAB, NVVG, GAV (en NVKA)

Vanuit de wetenschappelijke beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV kunnen wel al een aantal randvoorwaarden, aandachtspunten en concrete activiteiten voor een dergelijk programma aangegeven worden:

Intensivering van de samenwerking tussen NVAB, NVVG en GAV en ook de Nederlandse Vereniging voor Klinische Arbeidsgeneeskunde (NVKA) bij de inrichting van het professionele kwaliteitsbeleid is nodig en mogelijk. Dit zal o.a. tot uiting komen in:

- Overleg en afstemming tussen de wetenschappelijke commissies van de verenigingen over het opstellen van een gezamenlijke kennisagenda, prioritering van richtlijnontwikkeling en het zoveel mogelijk gezamenlijk ontwikkelen van richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen. Voor het laatste zijn reeds initiatieven genomen en is een plan van aanpak voor de komende jaren t/m 2018 uitgewerkt.
- Gezamenlijk vorm geven aan de inbreng van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige expertise in multidisciplinaire richtlijnen en zorgen voor ondersteuning van bedrijfs- en verzekeringsartsen in

dergelijke richtlijntrajecten. Hiervoor wordt een projectvoorstel uitgewerkt. Bundeling van krachten en aansluiting van expertise vanuit NVVG en GAV bij de bestaande infrastructuur van het Kwaliteitsbureau NVAB kan hierbij verder uitgewerkt worden zoals dat momenteel bij het ontwikkelen van de eerste gezamenlijke richtlijn over depressie gebeurt.

- Bundeling van activiteiten om de instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts te verhogen. Hierbij kan gedacht worden aan:
 - Samenwerking bij vormgeving van het onderwijs in de medische basiscurricula
 - Met de opleidingsinstituten overleg voeren over inhoud en vorm van (meer) gezamenlijke modules in de vervolgopleidingen. Dit zal ook de doelmatigheid van de opleidingen kunnen verhogen
 - Het inventariseren en afstemmen over internationale ontwikkelingen in de opleidingen en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen
 - Het verder uitwerken en overleg voeren over de mogelijkheden voor de instelling van een opleidingsfonds voor de opleiding tot bedrijfs- of verzekeringsarts
- Samenwerking bij het uitwerken van een plan tot betere en meer systematische monitoring van het gebruik van richtlijnen door bedrijfs- en verzekeringsartsen. Daarbij zal vooral ook aandacht besteed worden aan de rol en positie van de bestaande intercollegiale toetsingsgroepen.
- Ondersteuning door de NVAB bij het vormgeven van een model voor visitatie van verzekeringsartsen dat door NVVG en GAV wordt uitgewerkt. Daarnaast wordt nagegaan in hoeverre in het bestaande individuele visitatiesysteem meer kwantitatieve gegevens over praktijkvariatie en interdoktervariatie kunnen worden geregistreerd en geanalyseerd. Daarbij wordt ook gekeken of aangesloten kan worden bij de initiatieven en de campagne 'Verstandig kiezen' die momenteel door de Orde van Medisch Specialisten en ZonMw in samenwerking met de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) wordt uitgevoerd.
- Het gezamenlijk vormgeven aan de wens tot betere academische inbedding van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Een gezamenlijke werkgroep bestaande uit leden van de wetenschappelijke commissies uit NVAB en NVVG is reeds begonnen om hiervoor een strategie uit te werken. De wetenschappelijke afdeling van de GAV zal gevraagd worden zich hierbij aan te sluiten. De NVAB zal in ieder geval de financiering van een bijzonder hoogleraarschap arbeids- en bedrijfsgeneeskunde ook de komende vijf jaar voor haar rekening nemen
- Het opstellen en publiceren van een gezamenlijke Kennisagenda. De bij de verenigingen levende kennisvragen zullen verder geïnventariseerd worden en uitgewerkt worden in een Kennisagenda. Deze Kennisagenda zal onder andere met de bestaande wetenschappelijke instituten en kenniscentra en met de onderzoeksprogrammering van ZonMw, de Kennisagenda van UWV en de onderzoeksprogrammering van de Stichting Instituut GAK afgestemd worden.
- Het uitwerken van een tool voor het systematisch in kaart brengen en documenteren van belangrijke kennislacunes die bij de richtlijnontwikkeling naar voren komen.
- Overleg voeren met alle UMC's om te komen tot (meer) academische werkplaatsen: verbinding van arbeidsgeneeskundige zorg in de praktijk met onderzoek en onderwijs met dekking voor het hele werkveld. Financiering uit de beschikbare academiseringsgelden van de meeste UMC's worden nu niet of nauwelijks ingezet voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde
- Overleg en afstemming met het Kwaliteitsinstituut om te waarborgen dat de ontwikkelde bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen kunnen worden opgenomen in het kwaliteitsregister. Hierbij zal ook aandacht besteed moeten worden aan de uitwerking van werkgevers en sociale en private verzekeringsorganisaties als contracteerders van zorg.

- Het vergroten van de samenwerking met de eerstelijns, met name met de huisartsen, o.a. via gezamenlijke richtlijn- of LESA-ontwikkeling en samenwerkingsafspraken. Daarbij moet ook de mogelijkheid onderzocht worden hoe de intercollegiale uitwisseling van relevante informatie, met name bij gecompliceerde (verzuim-)gevallen beter kan plaatsvinden.
- Het overleg voeren over en uitvoeren van een praktijkpilot met de zorgmodule Arbeid.

Deze en andere in deze preprogrammeringsstudie genoemde activiteiten die vooral vanuit de verenigingen zelf zullen worden geïnitieerd, moeten verder worden uitgewerkt en een plaats krijgen in een meerjarig programma. Als in het najaar van 2015 ook de beide andere ZonMw-verkenningen afgerond zijn kunnen ze gezamenlijk een bijdrage leveren aan de verbetering van de kennisinfrastructuur en de kwaliteit van de arbeidsgerelateerde zorg.

Lijst van geraadpleegde literatuur

- Antwoordbrief Minister Asscher aan NVAB/NVVG 14 januari 2014 (2014-0000007148).
- Campagne verstandig kiezen. Meer kwaliteit tegen aanvaardbare kosten. *De Specialist* 2013;4:14-15.
- Capaciteitsplan 2013. Voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische, geestelijke gezondheid-, en aanverwante (vervolg)opleidingen CBS en TNO. *Dynamiek op de Nederlandse arbeidsmarkt: De focus op flexibilisering*. Den Haag/Heerlen, CBS, 2013.
- Croon N, Bronsema J, Geluk C. ZZZP'er verzekerd beter. *TBV* 2015; 23(2):78-81
- De Boer W et al. Blauwdruk participeren in richtlijnen. Leidraad voor het effectief opnemen van 'participeren en functioneren in werk' in richtlijnen. Utrecht, VGI, NVAB, CBO 2010.
- European Agency for Safety and Health at Work. The business case for safety and health: Cost-benefit analyses of interventions in small and medium-sized enterprises. Bilbao, EU-OSHA Sept 2014.
- Gerritsen JCM, PBA Smits, T Brand. Iedere arts moet arbeidsanamnese uitvragen. Belang van arbeid en gezondheid in de medische opleiding. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2013;157:A5787.
- Gezondheidsraad. Beoordelen, behandelen, begeleiden. *Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid*. Den Haag 2005.
- Gezondheidsraad. Verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Den Haag 2007.
- Harbers MM & Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie. RIVM. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.
- Hilbink M, Ouwens M, Kool T. De HARING tools. Dertien instrumenten voor ondersteuning bij het opstellen, herzien, implementeren en evalueren van richtlijnen. Nijmegen, IQ Healthcare 2013.
- Huber MAS, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- Hulshof C. Tien jaar Kwaliteitsbureau, vijftien jaar richtlijnen. *TBV* 2014;22(5):208-10
- Hulshof C, Bruinvels D. Herziening van NVAB-richtlijnen, een beleidsnotitie. Utrecht, NVAB, augustus 2012.
- Joosen M et al. Improving occupational physicians' adherence to a practice guideline: feasibility and impact of a tailored implementation strategy. *BMC Medical Education* 2015.
- Lombarts MJHM. Professional performance van artsen – tussen tijd en technologie. Oratie Universiteit van Amsterdam, 3 oktober 2014.
- Miller P, Haslam C. Why employers spend money on employee health: Interviews with occupational health and safety professionals from British Industry. *Saf Sci* 2009;47:163–9.
- Modernisering Medische Vervolgopleidingen, KAMG, NVVG, NVAB. K.O.E.R.S. *Kwaliteitsvisie Opleidingen en Raamplan Sociale Geneeskunde*. Utrecht, 2015.
- Nauta AP et al. Implementatie van NVAB-richtlijnen. Stand van zaken en actiepunten. *TBV* 2006;14:266-267.
- Noben C et al. Comparative cost-effectiveness of two interventions to promote work functioning by targeting mental health complaints among nurses: pragmatic cluster randomised trial. *Int J Nurs Stud.* 2014 Oct;51(10):1321-31.
- NVVG-UWV handreiking 'Hoe maken we mediprudentie', juni 2011.
- NVVG-GAV reactie aan Minister Asscher n.a.v. SER-advies 'Betere zorg voor werkenden', 15-10-2014.

- Plomp HN, el Markhous S, Hermsen M. Waarom NVAB-richtlijnen niet worden gevolgd. TBV 2012; 20(7):306-17.
- Pomp M, Schoemaker CG, Polder JJ. Op weg naar maatschappelijke kosten-batenanalyses voor preventie en zorg. RIVM Themarapport 2014.
- Raamplan artsopleiding 2009. http://www.nfu.nl/img/pdf/Raamplan_Artsopleiding_2009.pdf
- Rebergen DS, Bruinvels DJ et al. Cost-effectiveness of guideline-based care for workers with mental health problems. Journal of Occupational and Environmental Medicine 2009; 51: 313–22.
- Rebergen DS, Bruinvels DJ, Bos CM, van der Beek AJ, van Mechelen W. Return to work and occupational physicians' management of common mental health problems--process evaluation of a randomized controlled trial. Scand J Work Environ Health 2010;36(6):488-98.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg. Richtlijn voor Richtlijnen. 20 criteria voor het ontwikkelen en implementeren van een klinische richtlijn. Herziene versie, Den Haag, maart 2012.
- RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (VTV-2014).
- Schepman SJ et al. Capaciteitsraming voor verzekeringsartsen 2012-2022/2028. Utrecht, NIVEL 2011.
- SER. Een betere zorg voor werkenden. Een visie op de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg. Advies 14/07 September 2014.
- Shekelle PG, Ortiz E, Rhodes S, Morton SC, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH: Validity of the Agency for Healthcare Research and Quality clinical practice guidelines: how quickly do guidelines become outdated? JAMA 2001;286:1461-1467.
- Swinkels JA, Dunnink T, Vermeulen H. Doel van richtlijnontwikkeling. In: van Everdingen et al (red). Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk. Houten; Bohn Stafleu Van Loghum 2e herziene druk, 2013: 3-9.
- Van der Burg-Vermeulen SJ. Reactie van NVVG op TBV-standpunt inzake kwaliteitsvisitatie voor verzekeringsartsen. TBV 2015;23(5): 201.
- Van der Zwet-van der Meer E. The Hands4U Study. Implementing a guideline for the prevention of hand eczema among healthcare workers. Amsterdam, PhD Thesis VU 2015.
- Van Wier M, van Dongen H, van Tulder M. Beweeg- en voedingsprogramma's op de werkplek. Goed voor onze gezondheid en portemonnee? Ned Tijdschr Geneesk 2013;157:A4963
- Verbeek J, Pulliainen M, Kankaanpää E. A systematic review of occupational safety and health business cases. Scand J Work Environ Health 2009;35(6):403–412.
- Zwerver F, Schellart AJ, Anema JR, van der Beek A. Changes in insurance physicians' attitudes, self-efficacy, intention, knowledge and skills regarding the guidelines for depression, following an implementation strategy. J Occup Rehabil 2013;23(1):148-56.