Zijn verdienstelijke arbeid werd voortgezet door onze tegenwoordige minister-president, Dr. W. Drees, die tot aan het tijdstip, waarop de openbare arbeidsbemiddeling Rijkszaak werd, daaraan zijn algehele belangstelling en medewerking heeft gegeven.

Met Ir. Albarda is een verdienstelijk en hoogstaand mens heengegaan, het prototype van een rechtschapen en nobel man, met wie het een voorrecht en een genoegen was te mogen samenwerken en die in de dankbare herinnering van zeer velen zal blijven voortleven.

J. E. van Riet

DE MEDISCHE DIENST VOOR DE NIEUWE INVALIDITEITSVERZEKERING

*Een beschouwing na het verschijnen van het SER-rapport *)*

DOOR DR. J. WESTER

Om te komen tot de juiste opzet voor een medische dienst belast met de uitvoering van de Invaliditeitswet doen wij goed, rekening te houden met de onvolkomenheden bij de huidige uitvoering en gebruik te maken van de ervaringen bij analoge situaties, bij de uitvoering van andere sociale verzekeringswetten.

Het is goed uit te gaan van de uitvoering, zoals die nu is, voor de 3 wetten: Ziektewet, Ongevallenwet en Invaliditeitswet.

Voor de Ziektewet een concentratie van ongeveer 60 % van de verzekerden bij het GAK, waarvoor ter beschikking staat een medische dienst, in principe vol-ambtelijk, centraal geleid en systematisch gedecentraliseerd over het gehele land. De zelf-administrerende BV-en hebben meestal een Medisch Adviseur, die zich bedient van de hulp van een aantal huisartsen.

De OW 21 wordt uitgevoerd door het medisch apparaat van de SVB, vol ambtelijk, met centrale beoordeling, met de mogelijkheid van Centrale ziekenhuisopname en behandeling, waarop aansluiten revalidatiefaciliteiten, centrale outillage en deskundigheid voor prothese en orthopaedische schoenvoorziening. Tenslotte Centrale verzorging en revalidatie van dwars laesie patiënten en revalidatie van overige ernstige getroffenen. In de peripherie gebruik makend van vol-ambtelijke controlerend geneeskundigen.

De IW wordt uitgevoerd door de Bank met een centraal medisch beoordelingsapparaat en een peripheer gedecentraliseerd apparaat: de medisch Adviseur van de Raden van Arbeid.

De medische contrôle, van ZW, OW en IW en wat deze laatste betreft zeker in de nieuwe vorm, heeft voor elke wet zijn typische bijzonderheden, die aan de uitvoerende medici zeer verschillende eisen stelt.

Medische beoordeling voor ZW, OW en IW door dezelfde arts, is zeker

1) Verslag van de rede, op 26 april te Amersfoort gehouden voor de algemene vergadering van de Vereeniging van Raden van Arbeid.

denkbaar, maar als regel in de praktijk niet mogelijk. We zullen dan ook in principe voor de medische uitvoering van ZW, OW en IW voor ieder een eigen medisch apparaat nodig hebben, waarbij in de toekomst voorzien moet worden in de mogelijkheid, van onderlinge samenwerking en uitwisseling van diensten.

Voor de IW en OW is uitvoering op een behoorlijk medisch peil door iedere zelf-administrerende BV niet denkbaar. Hiervoor is zeker een centraal geleid apparaat noodzakelijk, zoals dat trouwens nu reeds gedurende vele jaren het geval is.

Welke bezwaren worden in hoofdzaak tegen de nu functionerende IW ingebracht?

1. De onvoldoende uitkeringen
2. Het alles of niets principe, met de grens bij een invaliditeit van ongeveer 2/3
3. De onvoldoende mogelijkheden van de art. 99-100

Naast deze algemene bezwaren zijn er zeker ook bezwaren tegen de wijze waarop de medische schattingen worden verricht. Dit als gevolg van organisatorische onvolkomenheden, die in hoofdzaak hierop neerkomen, dat de invloed van de centrale medische dienst op de medische diensten van de Raden onvoldoende is en de coördinatie van de medische diensten van de Raden van Arbeid onderling te wensen overlaat.

Ook de instructie van medici van de Raden van Arbeid en de selectie en voorlichting van de rapporterende medische specialisten zou kunnen worden verbeterd.

Een van de duidelijke tekortkomingen bij de huidige uitvoering van de IW is, dat het centrale beoordelingsorgaan van de Bank, zelfs niet voor de daartoe in aanmerking komende gevallen, de mogelijkheid heeft een mening te geven op grond van een eenvoudig eigen onderzoek.

Om aan deze bezwaren tegemoet te komen, wordt nu overwogen de invaliditeiten in 4 klassen te schatten, n.l.: 0–25, 25–50, 50–75, 75–100. Waarbij invaliditeiten tot 25 % niet worden gehonoreerd; tevens wil men revalidatie in volle omvang mogelijk maken ter voorkoming en herstel van invaliditeit.

Om de nu bestaande bezwaren tegen de medische schattingen op te heffen, maar nog veel meer, om de schatting in klassen mogelijk te maken en daarbij de indicatie voor revalidatie en de wijze waarop, te kunnen aangeven, is een daarop speciaal ingestelde medische dienst noodzakelijk, die ook organisatorisch aan de op te dragen taak voldoet.

Op deze punten kan gebruik worden gemaakt van de ervaring, opgedaan bij de uitvoering van de OW 21 door de RVB, vooral ook van de ervaringen in de laatste jaren, toen meer aandacht werd besteed aan het toezicht op de behandeling, waarbij centrale beoordeling, door eigen specialisten, noodzakelijk werd.

Het is goed nog even te wijzen op de grote voordelen van een centraal

medisch apparaat, zoals dit bij de Bank is gebleken. Het bevordert voor de uitvoering van de OW 21 het tot stand komen van:

1. uniforme juridische en medische maatstaven voor aanvaarden en afwijzen van ongevalsgevolgen
2. uniforme maatstaven voor het aanvaarden van arbeidsongeschiktheid en -geschiktheid
3. uniforme schattingen, zowel medisch als technisch, van voorlopige rente en blijvende rente
4. uniform toezicht op de behandeling
5. uniforme toekenning van de verstrekkingen die de Bank kan geven, zoals bijv. vervoermiddelen
6. het oordeel omtrent voorkomen en het verloop van bepaalde letsels
7. het oordeel omtrent de meest geschikte behandelingsmethoden voor bepaalde letsels

Het maakt mogelijk centrale behandeling voor bepaalde letsels, als de omstandigheden hiertoe aanleiding geven. Het maakt mogelijk, voor zover nodig, centrale practische voorzieningen, als prothesevoorziening en orthopaedische schoenvoorziening.

Door de mogelijke centrale medische behandeling, met daarop aansluitende revalididatie, is een eigen oordeel te verkrijgen omtrent de waarde van en bezwaren aan bepaalde methoden van revalidatie en fysische therapie verbonden.

Van grote waarde is, de mogelijkheid van centrale registratie en (statistische) bewerking van allerlei feiten en materiaal, waarop de dienst, medisch en organisatorisch met zijn beleid in de toekomst moet steunen.

Dat ik even uitvoerig hierbij stilsta, vindt zijn oorzaak in het feit, dat meerdere facetten regelrecht ook te betrekken zijn op de organisatie van de medische dienst voor de IW, zoals men zich deze nu denkt en ook dáár, bij gemis, een duidelijk tekort zouden doen gevoelen.

Maar vooral ook, om er op te wijzen, dat indien voor de IW geen werkelijk centrale gemeenschappelijke medische dienst zou worden aanvaard, later hoogstwaarschijnlijk ook de medische uitvoering van de OW zou worden versnipperd over 1 grote dienst en 10 kleinere, waarvan zeer vele zouden moeten werken met x plus 1 huisartsen, zonder enige redelijke centrale beoordelings- of behandelingsmogelijkheid.

Dit klemt te meer omdat we moeten constateren, dat in Nederland de ongevalsgeneeskunde, traumatologie en revalidatie nog onvoldoende tot hun recht zijn gekomen, terwijl het aantal deskundigen nog zeer gering is.

Zeker te gering, wanneer de uitvoering wordt versnipperd. Versnippering voor IW en OW zal betekenen uitvoerig op een lager plan. Hierbij zijn de *verzekerden* zeker niet gebaat.

Een van de belangrijkste argumenten voor een centrale medische dienst, belast met de uitvoering van de nieuwe invaliditeitswet, is wel het invoeren van „schatten in klassen" en gebruikmaking van revalidatie ter voorkoming en verbetering van invaliditeit. Dit systeem vindt nergens nog toepassing,

zodat er geen ervaring bestaat, noch medisch, noch practisch en ook t.o.v. het kostenprobleem is nog geen behoorlijk gefundeerd oordeel te geven.

Het tot uitvoering brengen van een sociale verzekeringswet, waar het medisch oordeel overwegend van belang is, zoals hier, kan en mag alleen worden ter hand genomen, indien de medische dienst in alle opzichten, organisatorisch, medisch-wetenschappelijk en ook in verband met de hulpdiensten zo goed mogelijk is voorbereid. Is dit niet het geval, dan is m.i. de overheid niet verantwoord om tot uitvoering over te gaan, maar kan zeker de leider van de medische dienst de verantwoording niet dragen.

Het risico is, als het zwaartepunt goed gelegd is en bij bundeling van alle deskundigheid en mogelijkheden, voor één dienst te nemen, maar niet voor 11 diensten, waarvan 8 kleine.

Een (gedeeltelijke) mislukking uit medisch, sociaal of financieel oogpunt gezien, is veel erger, dan een mogelijk in de aanvang wat strakke, gerichte opzet van de medische dienst, waartegen wel bezwaren zijn in te brengen, maar m.i. niet gezien van uit het standpunt van verantwoordelijkheid van de overheid en het directe belang van de verzekerde.

Een ander belangrijk medisch en administratief bezwaar tegen uitvoering door de BV-en is, dat indien met een geringe invaliditeit door arbeid een aanvullend inkomen wordt verworven in een andere tak van het bedrijfsleven, bij verergering van deze invaliditeit of het ontstaan van een nieuwe invaliditeit, verschillende bedrijfsverenigingen bij de invaliditeitsschatting of de beoordeling van de revalidatiemogelijkheden worden betrokken, hetgeen zeker tot complicaties aanleiding zal geven.

Bezien we nu, wat het schatten in klassen van invaliditeit en in ieder geval zal meebrengen. In de eerste plaats zal het gaan om de steeds groter wordende groep van verkeersslachtoffers, die na een jaar nog niet genezen zijn. Hier hebben we in hoofdzaak te maken met extremiteitenletsels en schedelletsels; omtrent de beoordeling, behandeling en invaliditeitsschatting van deze groep heeft de Bank grote ervaring.

Een tweede grote groep zal zijn de hart-, vaat- en longafwijkingen.

Een derde zeer belangrijke groep zal worden gevormd door neurologische en psychiatrische afwijkingen. Deze drie groepen tezamen zullen ongeveer de helft vertegenwoordigen van de ongeveer te verwachten 20.000 aanvragen per jaar.

De tweede helft zal een grote verscheidenheid bevatten van zeer uiteenlopende ziekteprocessen.

Een schatting van invaliditeit kan moeilijk gegeven worden als de diagnose niet eerst is geverifieerd. Bij het onderzoek moet dan tevens het eventuele functieverlies worden beoordeeld. Dit is voor afwijkingen aan extremiteiten, hart, vaten en longen vaak wel mogelijk.

Om de geconstateerde functieverliezen te interpreteren als maat van algemene invaliditeit, is nog moeilijker. Maar ook hierover begint ervaring zich af te tekenen.

Zijn er afwijkingen te beoordelen, waarbij niet over functieverlies kan

worden gesproken, omdat dit niet aan te tonen is terwijl het toch moet bestaan, of gaat het uitsluitend om klachten, die wel als reëel moeten worden beschouwd, dan kan alleen algemene ervaring en inzicht, medisch en maatschappelijk, de basis van een schatting zijn.

Noodzakelijk is goed onderzoek, door op deze problematiek ingestelde specialisten, zoveel mogelijk gesteund door de wetenschappelijke grondslagen van de arbeidsfysiologie bij gezonde en zieke mensen.

Wat dit laatste betreft ontbreekt ons nog veel kennis. In het algemeen kan worden gezegd dat de schattingen omtrent validiteit en invaliditeit zowel voor ZW, OW als IW vaak de zo wenselijke medisch-wetenschappelijke en medisch-statistische grondslagen missen.

De beoordeling van invaliditeit, revalidatie en eventueel omscholing met betrekking tot de uitvoering van de IW, is niet *alleen* een medisch probleem. Nauwe samenwerking zal dan ook nodig zijn met loon- en arbeidsdeskundigen. Dit klemt te meer als de medische beoordeling op een minder hechte basis berust.

Om voor een individuele patiënt te beoordelen of revalidatie in het algemeen mogelijk is en zin heeft, wàt er zou moeten gebeuren en wanneer de voorgeschreven maatregelen moeten worden beëindigd, is geen eenvoudige zaak.

Het lijkt me goed om nog eens te stellen, dat het niet zo is, dat voor iedere patiënt iets te bereiken; zeker is dat niet iedere patiënt de juiste psychische instelling heeft om gerevalideerd te worden. Hierop moeten de voor te schrijven maatregelen worden afgestemd. Er moet niet gerevalideerd worden om de wille van de revalidatie.

Er moet op worden toegezien, dat revalidatie niet storend werkt op de mogelijke arbeidshervatting of de arbeidsprestatie.

Alleen werkelijk goede revalidatie, ingesteld op het belang van de individuele patiënt, heeft zin en is de kosten waard. Wil men deze beide moeilijke opdrachten, schatten in klassen en inschakeling van de revalidatiemogelijkheden, op verantwoorde wijze vervullen, dan zal daarvoor een speciaal georganiseerde en *opgeleide* medische dienst noodzakelijk zijn.

Ik wil u graag enkele naar mijn mening essentiële grondslagen voor een dergelijke dienst aangeven.

Bij de organisatie moet uitgegaan worden van het principe van centrale verantwoordelijkheid.

De dienst moet per provincie worden gecentraliseerd.

Centrale leiding is nodig om zoveel mogelijk gelijke beoordeling en verstrekking te kunnen bereiken.

De medische dienst moet zelfstandig richting kunnen geven aan en gebruik maken van de tot de dienst behorende nevendiensten van rapporteurs, controleurs, proces-verbaalmakers, loondeskundigen, technische deskundigen op het gebied van plaatsing en arbeidsmarkt, herscholing en omscholing.

De ervaring heeft geleerd dat er een directe ambtelijke verhouding nodig is om te kunnen komen tot goede coördinatie. Uitbesteding van diensten aan

organen, die in generlei ambtelijke verhouding tot elkaar staan, is een bron van moeilijkheden.

In de peripherie, dus per provincie of district, moet een specialistenteam, ingesteld op de te verrichten taak, aanwezig zijn. Dit team moet onder leiding staan van een medische chef en moet zoveel mogelijk geheel of gedeeltelijk in ambtelijke dienst zijn. Over de wenselijke uitgebreidheid en de samenstelling kan nu moeilijk gesproken worden. Er moet een hechte samenwerking worden tot stand gebracht tussen de medische dienst en de nevendiensten. En vooral begrip en waardering voor elkaars taak zal aanwezig moeten zijn.

Er zullen ter beschikking moeten staan minstens één beoordelingscentrum en minstens één revalidatiecentrum. Deze centra moeten het eigendom zijn en geëxploiteerd worden door de uitvoerende organen van de sociale verzekering.

Totale uitbesteding van de beoordeling en de revalidatie aan personen en instellingen buiten de sociale verzekering, is bepaald niet verantwoord. Mede niet, nu met de uitvoering van de wet grote bedragen zijn gemoeid. Werkelijk effectief toezicht is niet te verwezenlijken. Het zal in eigen centra al moeilijk genoeg zijn om de gewenste gang van zaken in alle opzichten tot stand te brengen.

Het beoordelingscentrum en het revalidatiecentrum moeten zo mogelijk aanleunen tegen een goed ziekenhuis. Indien een direct „aanleunen" niet mogelijk of onder omstandigheden niet gewenst is, moet in ieder geval een organisatorisch verband bestaan.

Alle gevallen worden op papier centraal herbeoordeeld. Zo nodig, worden nadere vragen gesteld of wordt onderzoek opgedragen. Centraal moet aanwezig zijn eigen opname, behandel- en revalidatiemogelijkheid voor die gevallen waarover een uiteindelijk oordeel moet worden gevormd.

Het medisch team moet van kwaliteit zijn en ook gevoel hebben voor de sociale problemen en een goed inzicht hebben in de juridische en administratieve problematiek die bij de uitvoering van de wet naar voren komt.

Plaatsing is na eventuele herscholing of omscholing het belangrijke sluitstuk van het geheel, dat in direct organisatorisch verband met de uitvoering van de IW mogelijk moet zijn.

Overzien we deze algemene eisen, dan zal het duidelijk zijn, dat hiervan alleen iets terecht kan komen bij uitvoering door een op hoog peil staande gemeenschappelijke dienst, die het geheel kan overzien.

Wenst men deze gemeenschappelijke dienst niet, om welke reden ook, dan moet niet vastgehouden worden aan een schatting in klassen en nog minder aan een invoering van revalidatie als algemeen principe in het kader van de uitvoering van de invaliditeitswet. Dit zal medisch en sociaal geen bevrediging geven en onverantwoord veel geld kosten.

Te meer, omdat het in de bedoeling ligt (en dit wordt gezien als een der belangrijkste verbeteringen) reeds gedurende de ZW-periode revalidatie, zowel voor ongevalspatiënten als voor ziektegevallen mogelijk te maken, op kosten van de IW.

Dit zal onvermijdelijk meebrengen een zekere bemoeiing met de behandeling.

De patiënten met ongevalsletsels zouden in de ZW-periode het beste aan de medische dienst voor de OW kunnen worden overgedragen. Voor ziektegevallen moet een samenwerken tussen de medische diensten van de ZW en IW tot stand worden gebracht in consultatieve zin.

Een compromis, zoals nu mogelijk op grond van het SER-advies tot uitvoering zal komen, zal hier zeker de oplossing niet brengen.

Vergelijken we de grondbeginselen van de gemeenschappelijke medische dienst, zoals boven in enkele grote trekken is aangegeven, met de eigen diensten van BV-en onder een overkoepelend, coördinerend en toezichthoudend orgaan zoals wordt voorgesteld.

De medische dienst van een BV zal ook noodzakelijk decentralisatie behoeven. De periphere beoordeling geschiedt door wisselende, part-time, nauwelijks in het uitvoeringsapparaat opgenomen beoordelaars, huisartsen en specialisten, die altijd los blijven staan van de werkelijke probleemstellingen.

De eigen centrale beoordeling van de BV zal reeds veel te wensen overlaten, omdat iedere BV niet over eigen outillage en voldoende eigen deskundigheid kan beschikken. Uitbesteding geeft ook hier zonder twijfel slechtere resultaten en resultaten, die niet constant kunnen zijn en die voor de medische leiding vaak onbevredigend en moeilijk benaderbaar zijn.

Als de resultaten van dergelijke medische diensten zonder eenheid van leiding of instructie gecorrigeerd en gelijkgericht moeten worden door een overkoepelend orgaan, dan is dat alleen maar denkbaar — en dit zal dan nog gepaard gaan met eindeloze moeite — als er gecreëerd wordt een overkoepelend centraal orgaan, dat over eigen outillage en een uitstekende staf beschikt.

Dit centraal orgaan zal dan in een officiële organisatorische verhouding moeten staan tot de medische diensten van de BV-en. Het oordeel moet doorslaggevend zijn.

Bij een dergelijke opzet, die uitgaat van primaire decentralisatie, komt de nadruk heel speciaal te liggen bij het overkoepelend orgaan. Coördineren en correctie kan moeilijk alleen berusten op een papieren advies, zonder de mogelijkheid van eigen onderzoek en zonder binding door het advies.

Volledige *„eigen"* mogelijkheden en binding door het advies zijn *uitdrukkelijk niet* in de opzet opgenomen.

Wordt dit zo niet gesteld, dan zal dat overkoepelend orgaan zijn functie niet kunnen verrichten en alleen maar storend en vertragend werken, en alle partijen onbevredigd laten, omdat een uitvoering van de nieuwe Invaliditeitswet op een verantwoord medisch peil, en zoveel mogelijk gelijk voor het gehele land, dan niet bereikt zal worden.

Wordt inderdaad wel een overkoepelend orgaan, dat op het doel is ingesteld, gesticht, dan is het verschil met de gemeenschappelijke sociaal-medische dienst al heel gering. Bovendien zal, vooral omdat voor enkele BV-en toch

ook al het gehele periphere werk moet worden opgevangen, dit aanleiding zijn tot druk op de organisatie, outillage en bemanning van de medische diensten van de BV-en, zodat waarschijnlijk na verloop van tijd practisch het gevolg zal zijn, dat via de primair gedecentraliseerde diensten een soort gemeenschappelijke centrale dienst ontstaat, die echter altijd de sporen zal dragen en moeilijkheden zal blijven opleveren van de voor het beoogde doel onjuiste opzet.

Ik wil nog wel even opmerken, dat het denkbaar is, vooral als het aantal te beoordelen gevallen niet groot is, dat een BV er in slaagt om zowel peripheer als centraal wel over goede deskundigheid en mogelijkheden te beschikken, maar dan blijft toch de moeilijkheid om de maatstaven op verschillend gebied en de uitvoering in zijn geheel voor alle zelfdoende BV-en en die van het GAK te coördineren en zoveel mogelijk op gelijk niveau en in gelijke vorm te brengen.

Het verschil in moeilijkheden zal niet belangrijk zijn als bij een enkele BV het medisch peil, waarop de zaken worden afgedaan, beter zou liggen.

Er is tenslotte ook een opvatting denkbaar, waarbij het peil van functie van de medische diensten, of de gelijkheid van uitvoering over het gehele land, van weinig belang worden geacht. Voor een heel klein land als het onze lijkt mij dit een bedenkelijk principe. De achtergrond hiervan zal zeker niet van medische aard zijn.

Bij uitvoering van de IW door de BV-en kan het beste naar organisatorische verbetering van de uitvoering van de huidige wet worden gestreefd.

In bovenstaande beschouwing staat de organisatie en de plaats van de medische dienst in het middelpunt. Dit kan moeilijk anders, als bij de uitvoering van een invaliditeitsverzekering, het schatten in klassen en het invoeren als basisprincipe van behandeling en revalidatie op kosten van de verzekering, het kernpunt vormen.

Daarnaast echter bestaat een welhaast even belangrijk probleem, nl. de verhouding en de samenwerking van de medische dienst met de administratie van de BV-en.

De wijze waarop dit moet worden tot stand gebracht zal voor een goed deel afhangen van de plaats die bij de uitvoering de medische dienst zal innemen.

Maar een oplossing moet en kan m.i. zeker worden gevonden, waarbij ook de advies-positie van de gemeenschappelijke medische dienst t.o.v. de besturen van de BV-en en het bestuur van het GAK wordt geregeld.

Overzien we de mogelijkheden nog eens waarop een medische dienst zijn plaats zou kunnen vinden op basis van het SER-rapport.

Uitvoering door de SVB wordt niet aanvaard.

Uitvoering door het GAK is niet mogelijk door de bezwaren van de zelf-administrerende BV-en.

Twee medische diensten naast elkaar, nl. één van het GAK en één van de zelf-administrerende BV-en gezamenlijk wordt als ongewenst gezien.

Uitvoering, door iedere zelf-administrerende BV, wordt ook door de SER-

commissie, voor zover het het sociaal-medisch gedeelte betreft, niet mogelijk geacht.

Op grond hiervan blijven er dan slechts twee mogelijkheden over:

A. het voorstel uit het rapport, primaire decentralisatie, uitvoering door de BV-en met daarnaast een medisch toezichthoudend orgaan,

B. de gemeenschappelijke sociaal-medische dienst.

Het eerste plan is op organisatorische en medische gronden *m.i.* practisch onuitvoerbaar.

De gemeenschappelijke dienst blijft dan over.

A. Deze kan los staan van het GAK.

De BV-en en het GAK zouden daarvan dan gebruik moeten maken voor de IW. De medische dienst voor de OW '21 kan dan daarnaast ook voor de toekomst blijven bestaan.

De medische diensten voor de IW en OW moeten geheel onafhankelijk naast elkaar werken, maar zouden een eenhoofdige medische leiding kunnen hebben om de onderlinge samenwerking te bevorderen zoals dat ook nu het geval is.

De plaats van de medische dienst voor de L.O.W. t.o.v. de M.D. van de O.W. '21 zou eventueel nader bepaald kunnen worden.

B. De gemeenschappelijke dienst kan functioneren onder het GAK en de zelf-administrerende BV-en zouden daaraan dan tevens moeten deelnemen.

Dit zou kunnen betekenen, dat uiteindelijk de OW, ZW en IW ieder met een eigen medische dienst, waar nodig samenwerkend en diensten uitwisselend, onder een gezamenlijke topleiding zouden kunnen functionneren.

Mocht er in de toekomst een gemeenschappelijke sociaal-medische dienst tot stand komen, dan moet aan de BV-en een ruime plaats in het bestuur van de dienst worden ingeruimd, om langs deze weg o.a. rechtstreeks invloed te kunnen uitoefenen op de samenwerking van de medische dienst met de administraties en de besturen van de BV-en.

Een gemeenschappelijke sociaal-medische dienst zal op dezelfde wijze tot stand moeten komen, als wettelijk voor het gemeenschappelijke Administratiekantoor ook het geval is geweest, nl. via de artikelen 23 en 24 van de organisatiewet Sociale Verzekering.

Tenslotte wil ik in enkele punten aangeven de bezwaren, die zijn aan te voeren tegen uitvoering van de IW door BV-en al of niet met hulp van een toezichthoudende medische dienst zoals in het advies van de SER is aangegeven.

I Uitvoering in zijn geheel op een lager peil.

II De medische leiding van het toezichthoudend orgaan is niet in staat de uiteindelijke medische verantwoording te dragen.

III Er kan onrust en ontevredenheid ontstaan door de verschillen in beoordeling en verstrekkingen.

IV De arbeidsmarkt kan hierdoor beïnvloed worden.

V De rechtspraak zal extra moeilijkheden ondervinden.

VI Het zal gepaard gaan met extra financiële belasting van het bedrijfsleven.