



Financiering van de preventieopdrachten van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk

Studie HUT/DIRECT/2008/SD/1

Eindverslag

Samenvatting

Université de Liège

Service de Santé au travail et Education pour la santé

**Pr. Philippe Mairiaux
Mevr. Anne Chanteux (HEC-ULg)
Mevr. Bernadette Delwick
Dr. Eveline Schleich**

Samengevatte versie, op 4 mei 2010 overhandigd aan de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg

Inhoudsopgave

Gebruikte afkortingen	4
HOOFDSTUK 2: Doelstellingen van de studie en algemene methodologie.....	5
HOOFDSTUK 5: Financiële analyse van de jaarrekeningen van de 15 EDPBW's	6
HOOFDSTUK 6: Analyse van de kosten en van de opbrengsten	7
6.2 Uitsplitsing van de omzet en van de kosten tussen medisch toezicht en risicobeheer	7
6.3 Bepaling van de volledige kosten per uur en toetsing van de financiële en operationele gegevens	8
HOOFDSTUK 7 – Kosten van de verplichte minimumopdrachten.....	12
7.4 Vergelijking van de kosten van de opdrachten tussen werkelijke omstandigheden en ideale omstandigheden	12
HOOFDSTUK 8: Scenario's inzake de financiering van de diensten.....	15
8.1. Principes en criteria waardoor de keuze van de financieringssystemen wordt geleid	15
8.1.1. Componenten van een financieringssysteem	15
8.2. Gesprekken met de algemene directies van vijf EDPBW's	16
8.2.1. Rechtvaardiging en gevolgde methodologie	16
8.2.2. Resultaten.....	17
8.3. Alternatieve scenario's betreffende de ontvangsten van het financieringssysteem.	18
8.3.1. Diversificatie van de financieringsbronnen	18
8.3.2. Wijziging van de berekeningswijze van de bijdrage van de ondernemingen	20
8.3.3. Forfaitaire bijdrage per werknemer	22
8.3.4. Voorstel van berekening van een bijdrage op basis van 3 componenten	26
8.3.5. Inzamelwijze van de bijdragen.....	26
8.4. Alternatieve scenario's betreffende de outputs van het financieringssysteem.....	28
8.4.1 Organisatie van het gezondheidstoezicht	28
HOOFDSTUK 9: Besluiten.....	41

Gebruikte afkortingen

Adm. MT	Administratief medewerker "medisch toezicht "
Adm. Ondersteuning	Administratief medewerker ondersteuningsfunctie
Adm.RB	Administratief medewerker "risicobeheer"
Assist. Raadpl.	Assistent raadpleging
AGR	Activiteiten met gedefinieerd risico
AO	Arbeidsongeval
KBSZ	Kruispuntbank voor de sociale zekerheid
BOC	Basisoverlegcomité
VFMB	Verplichte forfaitaire minimumbijdrage
TOC	Tussenoverlegcomité
Co-Prev	Vereniging van de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk
PA	Preventieadviseur
PA veiligheid	Preventieadviseur - Arbeidsveiligheid - niveau 1
PA psychosociale aspecten	Preventieadviseur – Psychosociale aspecten
PA ergonoom	Preventieadviseur - Ergonoom
PA ind. hygiëne	Preventieadviseur – Industriële hygiëne
PA-AG	Preventieadviseur-arbeidsgeneesheer
PA-AG 1	PA-AG kandidaat-specialist (1 ^e jaar opleiding) (KB EDPB, art 22, 2 ^o c)
CPBW	Comité voor preventie en bescherming op het werk
HRPBW	Hoge Raad voor preventie en bescherming op het werk
VTE	Voltijds equivalent
B & H	Beroepsblootstelling Schermen en Hantering
FBZ	Fonds voor beroepsziekten
RB	Risicobeheer
GCM	Gezondheidscontactmoment
BZ	Beroepsziekte
RSZ	Rijksdienst voor Sociale Zekerheid
ARAB	Algemeen reglement op de arbeidsbescherming
VBR	...met verlaagde beroepsrisico's
EDPBW	Externe dienst voor preventie en bescherming op het werk
IDPBW	Interne dienst voor preventie en bescherming op het werk
MT	Gezondheidstoezicht of medisch toezicht
FOD WASO	Federale overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg
BAP	Bezoek aan de arbeidsplaatsen

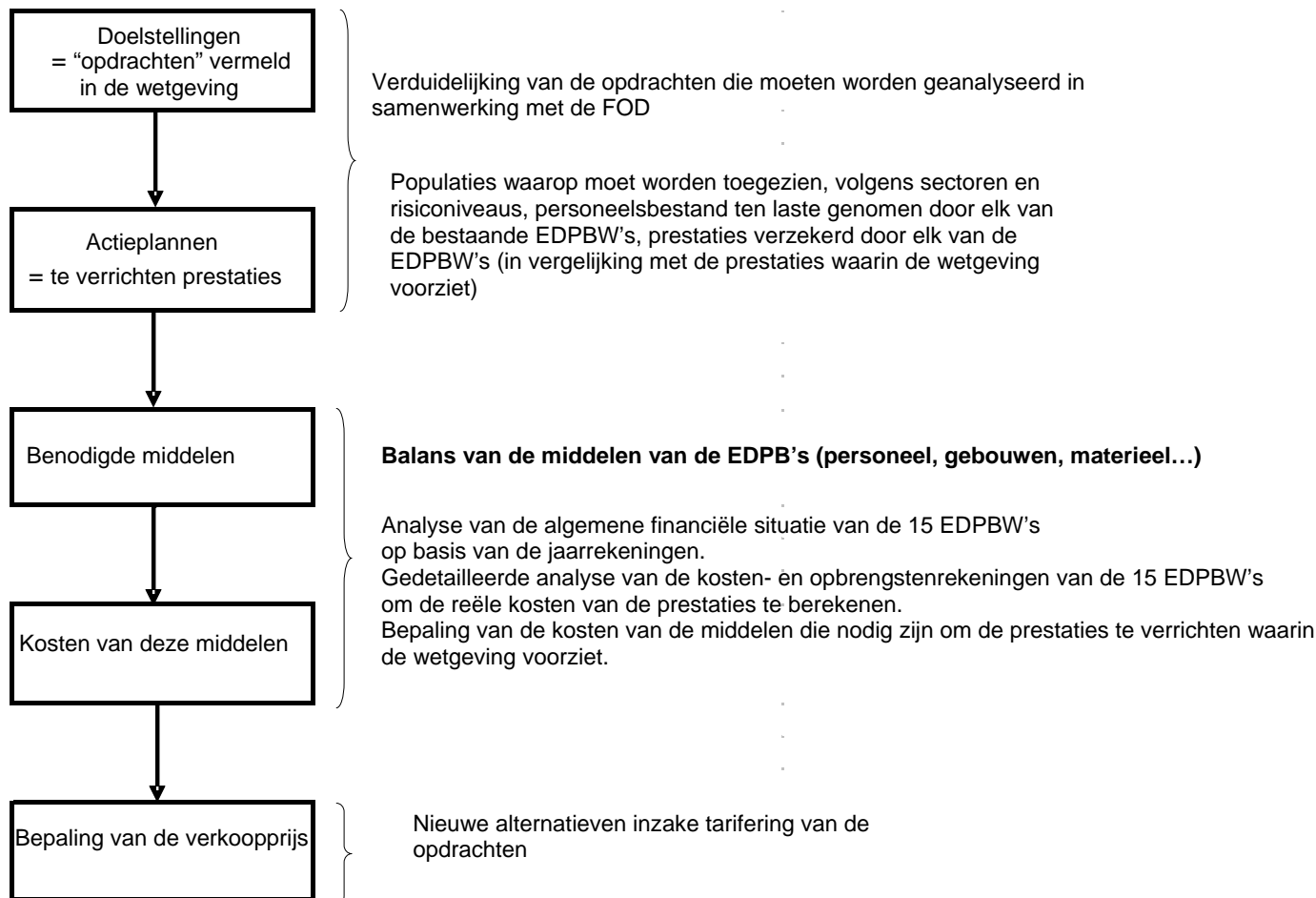
HOOFDSTUK 2: Doelstellingen van de studie en algemene methodologie

Afbeelding 1 illustreert schematisch de verschillende componenten van het analyse- en reflectiewerk dat in het kader van het project werd verricht.

De methodologie van het project omvatte twee essentiële bestanddelen:

- De bezorging door de EDPB's van een maximum aan gestandaardiseerde gegevens betreffende de aangesloten populaties en de aangesloten ondernemingen en de bronnen die binnen de dienst beschikbaar zijn om de opdrachten uit te voeren. Al deze gegevens worden gekwalificeerd in het verslag van "operationele gegevens". Deze gegevens betreffende het jaar 2007 werden bij de diensten verzameld aan de hand van Excel-tabellen die werden opgesteld door het onderzoeksteam.
- De financiële analyse van de kosten die door de diensten werden gemaakt om hun opdrachten te verwezenlijken. Deze analyse omvatte schematisch twee hoofdcomponenten: enerzijds de raadpleging van de rekeningen 2007 van de EDPBW's die bij de Nationale Bank werden neergelegd en anderzijds de verschaffing door deze diensten van de gedetailleerde balans van de rekeningen 1 tot 7 om een analytische studie te kunnen maken van de kostenverdeling en in het bijzonder een onderscheid te kunnen maken tussen de verschillende kostencategorieën en ze uit te splitsen tussen de opdrachten inzake gezondheidstoezicht en de opdrachten op het vlak van het risicobeheer.

Afbeelding 1.1



HOOFDSTUK 5: Financiële analyse van de jaarrekeningen van de 15 EDPBW's

Op basis van de jaarrekeningen die bij de Nationale Bank werden neergelegd, werd een globaal overzicht opgesteld van de financiële gezondheid van de vzw's die belast zijn met de preventie en de bescherming op het werk.

Globaal kan men besluiten dat de sector die bestaat uit de 15 EDPBW's die op 1 januari 2009 bestaan, hoge solvabiliteits- en liquiditeitsniveaus vertoont.

Daarentegen daalde de rentabiliteit tussen 2006 en 2008 en deze situatie is vooral duidelijk in de loop van het laatste jaar. De omzet en diverse andere opbrengsten stegen voortdurend maar deze stijging volstond niet om de stijging van de kosten goed te maken en doorheen de tijd een stabiel margeniveau te behouden. Het zijn in hoofdzaak de bezoldigingen en de sociale lasten (die ongeveer 2/3 van de omzet vertegenwoordigen) die toenamen alsook in geringere mate de diverse diensten en goederen.

De rentabiliteit is dus een gegeven waarop de komende jaren moet worden toegezien; men moet erop letten dat de kosten worden beheerst in vergelijking met de toegenomen verkopen.

HOOFDSTUK 6: Analyse van de kosten en van de opbrengsten

De studie van de analytische boekhouding werd gemaakt om de kostenstructuur van de EDPBW's te definiëren en het bedrag te bepalen van de volledige kosten die voor rekening van de EDPBW's komen, dat wil zeggen de volledige kosten per uur dat per categorie van personeel wordt gepresteerd. Deze uurkosten zullen worden gebruikt bij de beoordelingen van de verschillende scenario's die worden voorgesteld in hoofdstuk 8.

De analyse van de analytische boekhouding gebeurde in drie fasen:

1. Van de algemene boekhouding naar de analytische boekhouding
2. Uitsplitsing van de omzet en van de kosten tussen medisch toezicht (MT) en risicobeheer (RB)
3. Toetsing van de financiële en operationele gegevens en berekening van de volledige kosten per uur

6.2 Uitsplitsing van de omzet en van de kosten tussen medisch toezicht en risicobeheer

Het doel van dit deel is enerzijds het deel van de omzet en van de geboekte kosten met betrekking tot het medisch toezicht en anderzijds betreffende het risicobeheer te bepalen en de kosten en de opbrengsten te vergelijken die respectievelijk betrekking hebben op elk van deze takken.

6.2.1. Uitsplitsing van de omzet

Het onderscheid tussen de omzet "medisch toezicht" (MT) en "risicobeheer" (RB) werd voorzien om het aandeel van elk van beide in de totale omzet te bepalen.

Op basis van de balansgegevens van de 13 EDPBW's tussen MT en RB in de omzetcetra komen wij tot een verhouding van 90% voor het MT en 10% voor het RB.¹

6.2.2. Analyse van de verdeelsleutels voor de omzet en de kosten tussen Medisch Toezicht en Risicobeheer

a. Verdeelsleutels voor de omzet

Enerzijds leidt de rechtstreekse bestemming van de omzet tot een eerste uitsplitsing tussen MT en RB van respectievelijk 80% en 20%. Indien wij de verdeelsleutels bekijken van de 12 EDPBW's die ons hun uitsplitsing hebben bezorgd² stellen wij anderzijds vast dat gemiddeld 79% van de omzet wordt toegekend aan het MT en 21% aan het RB.

¹ Opgemerkt dient te worden dat deze uitsplitsing gebeurde op basis van de bruto boekhoudkundige gegevens, zonder enige herbestemming tussen MT en RB. Nadien (zie § 6.2.4.) zal een analyse worden gemaakt van de omzet van elk van deze beide categorieën op basis van de informatie betreffende de verdeelsleutels die rechtstreeks door de EDPBW's worden verschaft; wij zullen zien dat de verhouding 90 / 10 niet zal worden bevestigd.

² Deze sleutels zijn gebaseerd op forfaitaire waarden (2/3 – 1/3; 80 - 20) of op ramingen van de tijd die aan elk van de activiteiten wordt gewijd (45 min-15 min, 60 min-10 min) of op nog andere criteria die ons niet werden becommentarieerd.

Als conclusie kunnen wij stellen dat de EDPBW's weinig verschillende verdeelsleutels gebruiken. Bovendien zijn die heel vaak willekeurig, wat de uitsplitsing tussen medisch toezicht en risicobeheer weinig relevant maakt.

6.3 Bepaling van de volledige kosten per uur en toetsing van de financiële en operationele gegevens

Wij hebben alle kosten van de EDPBW's geanalyseerd en een onderscheid gemaakt tussen twee categorieën: de kosten die in verband moeten worden gebracht met de werknemers (medische bussen en gebouwen voor het medisch toezicht) en die welke moeten worden opgenomen in de volledige kosten per gepresteerd uur.

6.3.1. Kosten van de medische bussen en van de gebouwen

De kosten van de medische bussen en van de gebouwen die worden gebruikt voor het medisch toezicht kunnen worden samengevat in de onderstaande tabel:

Kosten / Onderworpen werknemer	2007	2010 (raming ³)
Medische bussen	2,355 €	2,499 €
Gebouwen	7,554 €	8,015 €
Totaal	9,909 €	10,514 €

Om de kosten van de gebouwen te bepalen, werd enkel rekening gehouden met de oppervlakte die gebruikt wordt voor het medisch toezicht. De kosten betreffende de gebouwen die bestemd zijn voor andere activiteiten van de EDPBW's zullen worden vermeld bij de structuurkosten.

6.3.2. Volledige globale personeelskosten

Wij hebben de financiële⁴ en operationele gegevens aan elkaar getoetst met de bedoeling volledige kosten te bepalen voor de verschillende categorieën van personen die actief zijn bij EDPBW's (geneesheren, specialisten, verpleegkundigen en paramedici, administratief personeel) en dit globaal maar ook per persoon, per VTE en per gepresteerd uur. Deze volledige kosten omvatten de rechtstreekse loonkosten (brutobezoldigingen en andere rechtstreekse kosten, exclusief de reiskosten), de onrechtstreekse loonkosten, de reiskosten en een deel van de structuurkosten (een gedeelte van het personeel en van de algemene onkosten zoals informatica, kantoormaterieel, representatiekosten, gebouwen,...).

Rechtstreekse + onrechtstreekse
kosten
van de werknemers

³ Wij hebben de kosten van deze twee posten in 2010 geraamd door de waarden van 2007 te indexeren op basis van de globale prijsindex (106,5342 voor 2007) en van de vooruitzichten voor 2010 (provisionele indexcijfers van de 12 maanden: 113,00), d.i. een stijging met 6,10% in vergelijking met 2007.

⁴ Van de 15 EDPBW's moesten er 2 stelselmatig uit de toetsingen worden verwijderd wegens onvolledige boekhoudkundige gegevens. De boekhoudkundige berekeningen zijn dus gebaseerd op de 13 resterende diensten.

+ Reiskosten
+ Structuurkosten

OVERZICHT VAN DE BEREKENINGEN VAN DE UURTARIEVEN PER PERSONEELSCATEGORIE

Door alle gegevens samen te vatten die werden verkregen via onze grondige analyses van de loon- en sociale kosten verkrijgen wij voor het jaar 2007 de volgende uurtarieven.

GEGEVENS 2007	Bruto per uur	Rechtstr. Kosten per uur (incl. bruto)	Bruto + rechtstreekse & onrechtstr. kosten per uur	
Geneesheren	39,81	57,16	63,95	
Geschoold personeel RB	20,49	30,12	33,46	40,00
Verpleegkundigen & paramedici				31,00
Administratief personeel	19,96	29,46	32,00	

Gemiddelde gezondheidsindex 2007 : 105,7875

De gemiddelde gezondheidsindex van 2007 (berekend op basis van de indexcijfers van de 12 maanden van het jaar) bedraagt 105,7875⁵ terwijl de vooruitzichten voor de gemiddelde gezondheidsindex van 2010 ons een indexcijfer geven van 112,2408, d.i. een stijging met 6,07% in vergelijking met 2007.

Door in onderstaande tabel dit stijgingspercentage toe te passen op de tarieven die in 2007 werden verkregen, zullen wij voor onze diverse simulaties de volgende tarieven kunnen gebruiken.

PREVISIONELE GEGEVENS VOOR 2010	Bruto per uur	Rechtstr. kosten per uur (incl. bruto)	Bruto + rechtstreekse & onrechtstr. kosten per uur	
Geneesheren	42,24	60,65	67,85	
Geschoold personeel RB	21,74	31,96	35,51	42,44
Verpleegkundigen & paramedici				32,89
Administratief personeel	21,17	31,26	33,95	

Gemiddelde gezondheidsindex 2010 : 112,2408 Stijging met 6,07%

Aan deze tarieven die alle loonkosten en sociale lasten omvatten, moeten nog worden toegevoegd:

- de reiskosten (enerzijds de kosten van de bedrijfswagens en anderzijds de terugbetalingen van de reiskosten op basis van de kostennota's;
- de kosten van de structuur van de EDPBW (vergoedingen van de directeurs en bestuurders, informaticakosten, klein materieel en kantoorbenodigdheden, communicatiekosten, marketing en representatiekosten, gebouwen, financiële kosten, diverse algemene onkosten,...).

⁵ Bron: Federaal Planbureau: Economische analyses en vooruitzichten: Consumptieprijsindexen inflatievooruitzichten – website: <http://www.plan.be/databases/indprix.php?lang=fr&TM=44&IS=60> (pagina geraadpleegd op 06/02/2010)

6.3.3. Overzicht van de globale uurtarieven per personeelscategorie

Door aan de volledige uurtarieven (rechtstreekse & onrechtstreekse personeelskosten):

- de reiskosten per uur per personeelscategorie;
- de kosten van de structuur van de EDPBW's

toe te voegen, verkrijgen wij voor 2007 dus de volgende globale uurtarieven.

2007:

GEGEVENS VAN 2007	Bruto per uur	Rechtstr. kosten uur (incl. bruto)	Bruto + rechtstreekse & onrechtstr. kosten per uur	Auto- kosten	Totale perso- neelskosten per uur	Structuur- kosten per uur	Volledige kosten per uur met structuur	
Geneesheren	39,81	57,16	63,95	3,50	67,45	24,69	92,14	
Geschoold personeel RB	20,49	30,12	33,46	40,00	4,41	44,41	24,69	69,10
Verpleegkundigen & paramedici				31,00	1,04	32,04	24,69	56,73
Administratief personeel	19,96	29,46	32,00	n.v.t.	32,00	24,69	56,69	

Gemid. gezondheidsindex200 : 105,7875

Gemid. prijsindex 2007: 106,5342

Previsie globale uurtarieven voor 2010:

Door de stijgingspercentages van respectievelijk de gezondheidsindex (6,07%) en van de globale prijsindex (6,10%) toe te passen op de tarieven die in de bovenstaande tabel in 2007 werden verkregen, zullen wij in onze diverse simulaties de volgende tarieven kunnen gebruiken.

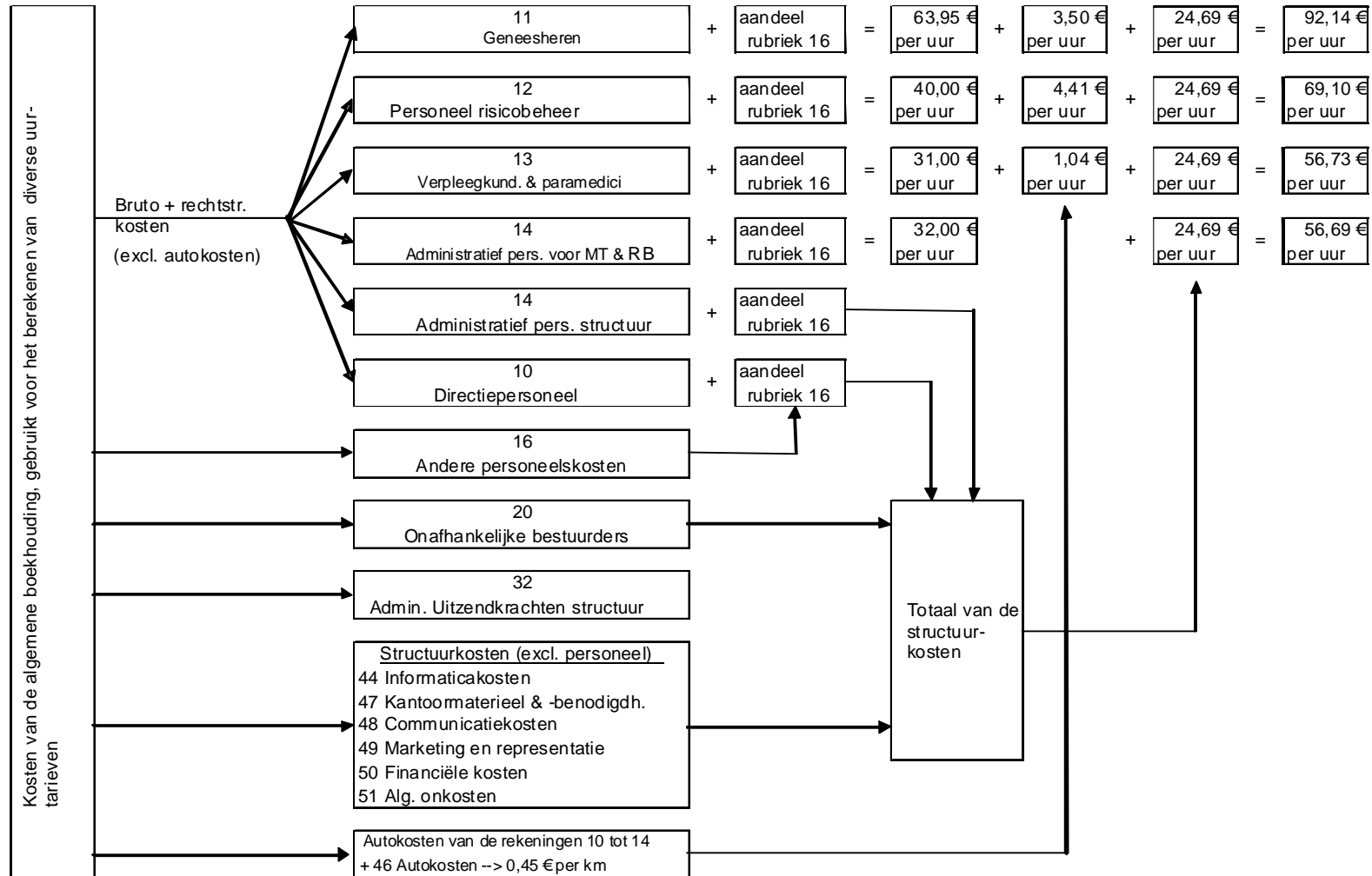
2010:

PREVISIONELE GEGEVENS VOOR 2010	Bruto per uur	Rechtstr. kosten uur (incl. bruto)	Bruto + rechtstreekse & onrechtstr. kosten per uur	Auto- kosten	Totale Perso- neelskosten per uur	Structuur- kosten per uur	Volledige Kosten per uur met structuur	
Geneesheren	42,24	60,65	67,85	3,71	71,56	26,19	97,75	
Geschoold personeel RB	21,74	31,96	35,51	42,44	4,68	47,12	26,19	73,31
Verpleegkundigen & paramedici				32,89	1,10	33,99	26,19	60,18
Administratief personeel	21,17	31,26	33,95	n.v.t.	33,95	26,19	60,14	

Gemid. gezondheidsindex 2010 : 112,2408 stijging met 6,07 %

Gemid. Prijsindex 2010: 113 stijging met 6,10 %

SAMENVATTEND SCHEMA VAN DE BEREKENING VAN DE DIVERSE UURTARIEVEN OP BASIS VAN DE ALGEMENE BOEKHOUDING VAN 2007



Hoofdstuk 7 – Kosten van de verplichte minimumopdrachten

7.4 Vergelijking van de kosten van de opdrachten tussen werkelijke omstandigheden en ideale omstandigheden

Het onderzoeksteam vergeleek de kosten van de opdrachten naar gelang zij werden berekend op basis van de operationele gegevens van het jaar 2007 (zie 7.1) dan wel of zij gebaseerd waren op de geraamde "ideale" tijden (zie 7.3). Deze vergelijking moet natuurlijk omzichtig worden benaderd voor zover de vragen die in april 2009 (operationele gegevens) en in december 2009 (ideale tijden) aan de EDPBW's werden gesteld, niet volledig vergelijkbaar waren; bovendien bleek het aantal respondenten van de enquête van december beperkter (6 EDPBW's in plaats van 12 of 13 voor de operationele gegevens).

In tabel 7.15 wordt een overzicht gegeven van de gemaakte vergelijkingen.

Tabel 7.15		Vergelijking van de volledige kosten van de verplichte opdrachten, berekend op basis van de werkelijk aangegeven tijden en de geraamde ideale tijden			
		Werkelijke omstandigheden		Ideale omstandigheden	
Opdrachten	Toepassingsvoorwaarden	Kosten, €	Toepassingsvoorwaarden	Kosten, €	
Gezondheidstoezicht					
	Basisvoorbeeld – gem.	79,30	Basisvoorbeeld	87,00	
	Basisvoorbeeld – max.	131,34	Voorbeeld tegen verhoogde kosten	95,16 – 105,58	
Deelname aan PBW-comité					
		812,07	Eenheid met AGR	946,92	
			Eenheden SB - VR	759,56	
Analyse zwaar AO					
	Max. raming	586,48		475,69	
	tussentijds	329,09			
Psychosociale belasting					
	Opvang / advies	194,97		260,02	
	Behandeling klacht	439,77		109,05	
	Anal. Risico's	138,20 - 5528		553,26	
Bezoek van de arbeidsplaatsen					
Oorspronkelijk BAP	D-onderneming	36,87 – 59,89	Ondern.<20 werkn.	136,63 – 364,67	
	A-onderneming	305,60	Ondern. >50 werkn.	305,79 – 804,52	
Jaarlijks BAP	D-onderneming	34,98 – 56,82	Ondern.<20 werkn.	118,34 – 191,61	
	A-onderneming	177,36 - 236,49	Ondern. >50 werkn.	308,90 - 607,04	

Voor de planning van de onderzoeken in het kader van het gezondheidstoezicht in een nieuw financieringssysteem toont de tabel dat het in aanmerking nemen van de als ideaal

beoordeelde omstandigheden een vrij matige verhoging van het budget zou impliceren: van gemiddeld € 79,30 naar € 87 gaan, vertegenwoordigt immers een stijging met ongeveer 10% van de kosten van de onderzoeken. Deze verhoging zou echter betrekking hebben op 90% van het totale aantal onderzoeken in het kader van het gezondheidstoezicht en een bijkomende uitgave vormen van € 29.176.215, indien men als referentie het totale aantal onderzoeken neemt dat in 2007 door de EDPBW's werd verricht (4.210.132).

Wat de kosten betreft die verbonden zijn aan de voorbereiding van en de deelname aan twee PBW-comités per jaar, blijkt uit de vergelijking van de werkelijke en de zogenaamd ideale omstandigheden een grote convergentie van de geraamde bedragen.

Voor een analyse van een zwaar arbeidsongeval door een PA niveau 1 stelt men vast dat de raming in ideale omstandigheden (€ 475,69) een aanzienlijke stijging vertegenwoordigt in vergelijking met de tussentijdse raming op basis van de operationele gegevens 2007 (€ 329,09).

Gelet op de Europese en Belgische doelstellingen inzake de vermindering van de zware arbeidsongevallen lijkt het logisch in de scenario's inzake de toekomstige financiering de voorrang te geven aan het gemiddelde bedrag dat in ideale omstandigheden noodzakelijk wordt geacht, d.i. € 475,69.

Voor de opdrachten betreffende de psychosociale belasting wordt de vergelijking van de kosten bemoeilijkt door de armzalige kwantitatieve gegevens die door de diensten worden verstrekt in het kader van de operationele gegevens 2007.

Met dit voorbehoud kan men toch vaststellen dat de gemiddelde kosten die in aanmerking werden genomen voor de opvang en de adviesfunctie in de werkelijke omstandigheden (€ 194,97) aanzienlijk lager is dan het in ideale omstandigheden geraamde bedrag (€ 260,02). Paradoxaal genoeg zijn de in 2007 geraamde kosten voor de behandeling van een gemotiveerde klacht (€ 439,77) ruimschoots hoger dan de kosten die nodig zijn in de ideale omstandigheden (€ 109,05) wat suggereert dat de interpretatie die aan de kwestie werd gegeven, varieerde van gesprekspartner tot gesprekspartner.

Wat de globale risicoanalyse betreft, werd in het kader van de operationele gegevens een heel grote verscheidenheid van bedragen vermeld, met een sterke invloed van de omvang van de onderneming (€ 138,20 voor een onderneming van categorie D en € 5528 in de ondernemingen van categorie A).

Voor de bezoeken van de arbeidsplaatsen is het niet gemakkelijk om de kosten te ramen en a fortiori ze te vergelijken tussen de werkelijke omstandigheden en de ideale omstandigheden. De vergelijking wordt in het bijzonder bemoeilijkt door het feit dat in de operationele gegevens de diensten werden verzocht de kosten te evalueren volgens de ondernemingscategorie, A, B, C of D, terwijl in de oefening betreffende de ideale tijden de uitsplitsing tegelijk gebeurde volgens het risiconiveau van de ondernemingen (categorie AGR, S&H, VR) en hun omvang.

De marges van bepaalde kosten in de tabel houden rekening met de kostenverschillen die verbonden zijn aan de kwalificatie van de preventieadviseur die de BAP uitvoert (AG, niveau 1 of niveau 2).

In de tabel stelt men zowel voor de oorspronkelijke BAP's als voor de volgende (jaarlijkse) BAP's vrij aanzienlijke verschillen vast tussen de twee ramingen: in ideale omstandigheden zijn de geraamde vereiste bedragen soms duidelijk hoger dan in de werkelijke werkingsomstandigheden van de diensten. De vergelijking van deze twee ramingen van de kosten voor de BAP's suggereert dus de noodzaak van een aanzienlijke bijkomende

investeringsmarge om deze opdrachten te kunnen uitvoeren in omstandigheden die door de acteurs op het terrein ideaal en kwaliteitsvol worden geacht.

HOOFDSTUK 8: Scenario's inzake de financiering van de diensten

8.1. Principes en criteria waardoor de keuze van de financieringssystemen wordt geleid

8.1.1. Componenten van een financieringssysteem

De belangrijkste componenten van een systeem voor de financiering van sociaal georiënteerde diensten kunnen worden gecategoriseerd in twee klassen naar gelang het gaat om "Inputs" van het financieringssysteem of om "Outputs".

Inputs:

Onder de generische term "Inputs" kunnen worden gerangschikt:

- de financieringsbronnen: uitsluitend de ondernemingen? Of diversificatie van de investeringsbronnen?
- de berekeningsbasis (of grondslag) van de bijdragen: bij de berekening van de bijdrage het onderscheid tussen "onderworpen" en "niet-onderworpen" werknemers behouden? Bijdrage volgens een percentage van de totale loonsom?,
- de aard van de banden tussen de financieringsbron of -bronnen en de operatoren die instaan voor de opdrachten: een gecentraliseerde inzameling voorzien via de overheid? Een gemengd systeem behouden dat een rechtstreekse contractuele band handhaaft tussen de EDPBW en de aangesloten onderneming? Bij een gecentraliseerde inhouding, welke herverdelingscriteria voor de operatoren?

Outputs:

De "Outputs" van het financieringssysteem betreffende meerdere afzonderlijke gegevens:

- de aard van de preventieopdrachten die in het kader van de financiering moeten worden verzekerd
- de verwezenlijkingsvoorwaarden ervan: wijzigingen van de periodiciteit van bepaalde prestaties, zoals de gezondheidsevaluaties of de bezoeken van de arbeidsplaatsen,
- de doelstellingen die door de wetgever aan de dienstoperatoren worden opgelegd: invoering van een veranderlijk financieringsgedeelte dat niet langer zou afhangen van kwantitatieve maar van kwalitatieve doelstellingen, dat wil zeggen de ten minste gedeeltelijke invoering van een systeem van het type "Pay for quality" met het opleggen aan de dienst van te bereiken doelstellingen en meting van de bereikte prestaties.

Principes van het toekomstige systeem:

Tegelijk rekening houdend met de verplichtingen van het bestek (identieke globale kosten van het systeem voor de werkgevers en financiering van de EDPBW's op een gelijkwaardig

niveau) heeft het onderzoeksteam ervoor geopteerd verschillende scenario's voor te stellen die tussen twee uitersten liggen, enerzijds een systeem dat alle huidige reglementaire voorwaarden zou naleven, d.i. de status-quo, en anderzijds een radicale hervorming van de sector van de preventie op het werk; het team zocht maatregelen die een bescherming kunnen verzekeren van de sectoren die het meest zijn blootgesteld aan de risico's, alsook categorieën van werknemers die het meest kwetsbaar zijn.

Er werd ook rekening gehouden met andere bekommernissen en in het bijzonder:

- Het behoud van de specifieke rol van de PA-AG, tegelijk als gezondheidsreferent van de werknemer maar ook als een persoon die een reële kennis bezit van de werkomstandigheden; dit principe heeft zowel gevolgen voor de periodiciteit van de onderzoeken op het vlak van het gezondheidstoezicht als voor de deelname van de PA-AG aan de BAP's;
- Een optimalisering van de meerwaarde die door de arbeidsgeneesheer of de PA niveau 1 wordt gebracht waarbij de tussenkomst van deze zeer gespecialiseerde academisch gediplomeerden (Bac +6 tot Bac +11 naar gelang de gevallen) wordt voorbehouden aan de prestaties met een hogere toegevoegde waarde, hetzij op individueel vlak, hetzij op collectief vlak;
- De vorige bekommernis impliceert dus een hiërarchische indeling en het geven van een prioriteit aan een bepaald aantal prestaties, met onder meer de mogelijkheid bepaalde taken te laten uitvoeren door de verpleegkundigen alvorens een beroep te doen op de arbeidsgeneesheer;
- Een betere integratie tussen de activiteiten op het vlak van het gezondheidstoezicht en die van het risicobeheer, waarbij ernaar wordt gestreefd een grotere ontwikkeling van laatstgenoemde te bevorderen;
- De wil een systeem voor te stellen dat zich beter aanpast aan de realiteiten van de sector zodat de diensten in de toekomst geen redenen meer hebben om hun cijfergegevens "aan te passen" opdat ze overeenstemmen met de reglementaire eisen.

8.2. Gesprekken met de algemene directies van vijf EDPBW's

8.2.1. Rechtvaardiging en gevolgde methodologie

Ten gevolge van de vergadering van het Begeleidingscomité die op 16 november 2008 werd gehouden op de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, heeft het onderzoeksteam er zich rekenschap van gegeven dat het moeilijk en ongetwijfeld riskant zou zijn aan de sector van de EDPBW's nieuwe financieringsscenario's voor te stellen zonder bij hen suggesties en voorstellen inzake alternatieve systemen te hebben ingewonnen.

De raad van bestuur van CoPrev gaf zijn goedkeuring voor de organisatie van ontmoetingen van elk 1.30 u. tussen het onderzoeksteam en de leiders van 5 externe diensten. De raad liet de keuze van de uit te nodigen diensten echter over aan het onderzoeksteam; deze ontmoetingen waren gepland op maandag 25 januari 2010 in de lokalen van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.

Dit zijn de 5 EDPBW's waaraan op 23 november 2009 een uitnodiging werd gezonden: drie diensten met nationale territoriale bevoegdheid, IDEWE, Mensura en Provikmo alsook twee diensten met gewestelijke bevoegdheid, Premed in Vlaanderen en de CESI in het Franstalige gewest.

8.2.2. Resultaten

Deze samenvatting stelt enkel de conclusies voor die het onderzoeksteam uit zijn gesprekken heeft getrokken voor zijn overdenking betreffende alternatieve financieringsscenario's:

1. Dominante strekking bij de ontmoete DG's ten bate van het behoud van het huidige financieringsprincipe
 - a. voor sommigen door de periodiciteit aan te passen, voor anderen door de onderworpenheidscriteria aan te passen
 - b. door in de erkende uren de andere deskundigen en assistenten van de PA's (met name de verpleegkundigen) officieel op te nemen
 - c. door in te zetten op de toekenning van de voor het MT voorziene tijd; indien die niet volledig wordt gebruikt, omzetting in een tijdskrediet ten bate van het RB
 - d. duidelijk definiëren wie wat doet
 - e. het onderscheid toelichten tussen de tijd die voorzien is voor de erkenning en de tijd die op het terrein, in de onderneming wordt besteed.
2. EDPBW's zijn niet erg voorstanders van het principe van een gecentraliseerde inhouding via de KBSZ
3. Acties bij de VTE's:
 - a. Duur voor de EDPBW's
 - b. Principe van een sectorale benadering:
 - i. Al ontwikkeld bij de bicommunautaire EDPBW's, maar nog te versterken en te bevorderen
 - ii. Belangstelling voor een financiële waardering van de sectorale benaderingen
4. Integratie tussen gezondheidstoezicht en risicobeheer:

De meningen lopen uiteen: voor 1 EDPBW werkt dit niet wegens verschillende financieringsprincipes; voor 2 andere EDPBW's zal dit goed werken indien men de interne organisatie daartoe aanpast.
5. De voorrang geven aan het begrip "toegang tot een gezondheidstoezicht" en dat toezicht onderscheiden van het medisch toezicht dat specifiek een onderzoek van de werknemer door de arbeidsgeneesheer impliceert.
6. Resultaatindicatoren (of Outcome):

Behalve voor de arbeidsongevallen zijn zij nog veel te weinig ontwikkeld en dat is betreuenswaardig!
7. Belangstelling voor het ontwikkelen van een globaal preventiebeleid op het werk in het kader van een meerjarenstrategie:

Twee van de ontmoete EDPBW's bepalen elk jaar een of twee activiteitssectoren, werken dan voor die activiteitssector of sectoren een stel preventieacties uit en zetten daarvoor de vereiste personeelsmiddelen in.

8.3. Alternatieve scenario's betreffende de ontvangsten van het financieringssysteem

8.3.1. Diversificatie van de financieringsbronnen

Vershillende redenen kunnen pleiten vóór het zoeken van andere financieringsbronnen dan de ondernemingen zelf voor het systeem van preventie en bescherming op het werk. Zoals meerdere leiders van EDPBW's opmerkten, voerden de bepalingen van het KB van 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers een reeks nieuwe prestaties in, zonder dat daarom het financieringssysteem werd gewijzigd: verlengd gezondheidstoezicht en onderzoek met het oog op de wederinschakeling in het beroep van een definitief ongeschikt verklaarde werknemer, waaraan het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting moet worden toegevoegd, ingevoerd bij KB van 4 juli 2004.

Het onderzoeksteam tastte pistes af om de toekomstige ontwikkeling van deze nieuwe prestaties inzake gezondheidstoezicht te bevorderen.

Verlengd gezondheidstoezicht

De specificatie van de voorstellen die voor dit soort van gezondheidsevaluatie werden gedaan, wordt voorgesteld in de volledige versie van het onderzoeksverslag.

Bezoek voorafgaand aan de werkhervatting

Zodra zij van het bestaan van deze modaliteit op de hoogte zijn, zijn zowel de controleartsen van de ziekenfondsen als de behandelende geneesheren het met de arbeidsgeneesheren eens over het nut van deze contactmogelijkheid met de PA-AG tijdens de afwezigheid wegens ziekte om een terugkeer naar het werk mogelijk te maken en naar wij hopen de duur van de afwezigheid wegens ziekte in te korten. En een reeks wetenschappelijke publicaties betreffende de proefexperimenten die in andere landen en dan vooral in Canada en in Nederland werden gevoerd, suggereren immers dat een dergelijk contact een heel goede verhouding doeltreffendheid/kosten kan hebben.⁶⁷

Op basis van de gegevens 2007 blijkt dat men ongeveer 1 bezoek voorafgaand aan de werkhervatting telt op 20 werkhervattingsonderzoeken. Er is dus duidelijk een onderbenutting van deze mogelijkheid die heel waarschijnlijk tot uiting komt in kosten voor de vergoedingsregeling van het RIZIV. Indien men deze formule tot voorbereiding van de terugkeer naar het werk dus wil bevorderen, is het van belang een passende financiering voor te stellen en anderzijds deze financiering te vinden in het kader van een totaal budget dat stabiel moet blijven.

Het te financieren bedrag kan als volgt worden geraamd: indien men de verhouding bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting/werkhervattingsonderzoeken wil zien evolueren van 1 op 20 (12.200 onderzoeken in 2007) naar bijvoorbeeld 1 op 10, moeten ongeveer 24.500 bezoeken voorafgaand aan de werkhervatting worden gefinancierd, dit is een financiële uitgave die gelijk is aan ongeveer € 2.450.000 (de geraamde kosten van het onderzoek zijn immers van de orde van € 100 tot € 105). Op de schaal van de EDPBW's betreft het dus een vrij beperkt budget.

⁶ Behandeling van lumbago in arbeidsgeneeskunde: aanbevelingen van goede praktijk, FOD Werkgelegenheid, 2008

⁷ Preventing Absenteeism at the Workplace - European Research Report, European Foundation for the Improvement of Working and Life conditions, Luxemburg, 2007

Om deze onderzoeken te financieren, zijn er twee mogelijkheden:

- Ofwel dit bedrag voorzien in het kader van een globale hertoewijzing van de middelen die nu beschikbaar zijn in het kader van het gezondheidstoezicht ten bate van de zogenaamde onderzoeken “tegen verhoogde kosten” waarvan het onderzoek voorafgaand aan de werkhervatting deel uitmaakt; deze hypothese zal worden onderzocht in punt 8.4.;
- Ofwel de kosten van deze prestatie toerekenen op het algemene stelsel van de Sociale Zekerheid, d.w.z. op de vergoedingsregeling van het RIZIV. In financiële termen inderdaad, aangezien dit onderzoek per definitie plaatsvindt buiten de periode van het gewaarborgd loon, heeft de eventuele verlenging van de stopzetting van het werk slechts een rechtstreekse en daaropvolgende weerslag voor de Sociale Zekerheid.

Onderzoek met het oog op de wederinschakeling in het beroep in geval van definitieve ongeschiktheid

Dit gezondheidsonderzoek doet een bijzonder probleem rijzen voor zover de EDPBW's menen dat het verzekeren van een kwaliteitsvolle prestatie in deze context heel tijdrovend is, niet alleen voor de PA-AG, maar ook voor andere interveniënten zoals de PA niveau 1; zoals aangegeven in dit verslag (tabellen 7.9 en 7.10) zouden de kosten van dit onderzoek bijgevolg minimaal € 150 bedragen, maar voor sommige EDPBW's zouden de kosten kunnen oplopen tot meer dan € 200.

De mogelijke weerslag van de vermelde bedragen moet echter worden gerelativeerd door rekening te houden met het in principe geringe aantal betrokken werknemers (in 2007, 8420 onderzoeken voor de hele sector van de EDPBW's). In dit geval echter en net zoals bij het onderzoek voorafgaand aan de werkhervatting kunnen het voordeel van het behoud van de band met de tewerkstelling en dus het voorkomen van het verzeilen in de invaliditeits- of werkloosheidsregeling een aanzienlijk maatschappelijk voordeel vormen.

Het totale budget dat nodig zou zijn om de prestatie te dekken, kan worden geraamd op € 1.263.000 (8420 onderzoeken tegen € 150 / onderzoek).

Om dit bedrag te financieren, kunnen verschillende mogelijkheden worden overwogen:

- Behoud van een tegemoetkoming van de werkgever met wie de werknemer een arbeidsovereenkomst heeft afgesloten, d.w.z. de status-quo in vergelijking met de huidige situatie;
- In te voeren technische en financiële samenwerking met de structuren die instaan voor de inschakeling van de gehandicapten (AWIPH enz.);
- Volledige of gedeeltelijke tegemoetkoming van de vergoedingsregeling van het RIZIV om de verwezenlijking van deze prestatie te steunen.

Het potentiële nadeel van de laatste twee mogelijkheden is het wegvallen van de verantwoordelijkheid van de werkgever ten opzichte van de situaties van professionele uitsluiting, die zich voordoen bij oudere werknemers of bij werknemers die te lijden hebben van een ziekte of een handicap. Het verdient bijgevolg onmiskenbaar de voorkeur een financiële verantwoordelijkheid van de werkgever te behouden en daarbij eventueel te voorzien in stimuli die de werkgevers zouden belonen, die inspanningen leveren om werknemers met gezondheidsbeperkingen te blijven tewerkstellen.

8.3.2. Wijziging van de berekeningswijze van de bijdrage van de ondernemingen

8.3.2.1 Bijdrage als percentage van de totale loonsom

Het onderzoeksteam bepaalde wat het percentage van de loonsom zou zijn dat in 2010 zou moeten worden ingehouden om een omzet te krijgen, die gelijkwaardig is aan die die werd opgeleverd door het bestaande systeem van bijdragen, die door de EDPBW's aan de ondernemingen worden gefactureerd.

Bij de berekening gebruikte gegevens:

1. Omzet van de sector van de EDPBW's op basis van de gegevens die voorkomen in hoofdstuk 6 van het verslag en rekening houdend met de gegevens van 12 EDPBW's (CPS, Encare en Medimar worden niet in aanmerking genomen) waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen twee hypothesen
 - a. totale omzet omvat alle rubrieken van het medisch toezicht en van het risicobeheer, d.i. een omzet van € 244.171.828
 - b. gecumuleerde omzet van het MT en van het RB, maar met uitsluiting van de rubrieken "andere gefactureerde prestaties" bij MT, d.i. een omzet van € 226.929.751.
2. Totale loonsom (in 2007) van de betrokken werknemers op basis van de RSZ-gegevens. Er werden twee soorten van gegevens gebruikt: het globale bedrag van de "gewone bezoldigingen" en de "totale loonsom" dat naast de gewone bezoldigingen ook de premies, de beëindigingsvergoedingen en het enkelvoudig vakantiegeld omvat. Het betreft de volgende bedragen:
 - a. Gewone bezoldigingen: totaal van € 87.139.729.000 voor de privé- en de overheidssector samen;
 - b. Totale loonsom: voor de privé- en de overheidssector samen een totaal van € 95.974.263.000
3. Berekening van het aandeel van de populatie van de werknemers die zijn aangesloten bij een EDPBW: het totaal van de werknemers die zijn aangesloten bij de 12 EDPBW's (2.780.420) vertegenwoordigt 83,71% van de populatie van de Belgische werknemers in 2007 (bron: RSZ).

Resultaten

Tabel 8.1 beschrijft de percentages van de totale loonsom die in 2007 voor de 12 in aanmerking genomen EDPBW's de totale omzet, de omzet zonder de "andere gefactureerde prestaties" en het totale bedrag van de bijdragen (onderworpen + niet-onderworpen werknemers) vertegenwoordigden.

Deze percentages liggen dus tussen 0,22% en 0,30% van de totale loonsom, geëxtrapoleerd voor de 2.780.420 werknemers die bij deze 12 diensten zijn aangesloten.

Tabel 8.1: Equivalenten in % van de totale loonsom 2007 van bepaalde rubrieken van de omzet van de EDPBW's

	Bedragen (€)	% totaal gewone bezoldigingen	% totale loonsom	Forfaitair bedrag per werknemer (€)
Totale omzet van de 12 EDPBW's	244.171.828,00	0,33%	0,30%	87,82
Omzet zonder prestaties gefactureerd in MT	226.929.751,00	0,31%	0,28%	81,62
Bijdragen onderworpen + niet-onderworpen werknemers	179.835.555,43	0,25%	0,22%	64,68

Voordelen van deze berekeningswijze van de bijdrage van de ondernemingen

- Eenvoud en voorspelbaarheid voor de werkgevers
- In de tijd gespreide inhouding van de bijdragen (maandelijks en niet meer jaarlijks)
- Analogie qua principe met de andere sectoren van de sociale zekerheid en met name met de sector van de beroepsziekten
- Kan bijdragen tot een grotere billijkheid indien zij gekoppeld wordt aan een inhouding aan de bron en een herverdeling door de overheid op basis van vooraf bepaalde criteria.

Nadelen van deze berekeningswijze

- De sectoren met een hoge totale loonsom zijn niet noodzakelijk die met de grootste behoeften inzake preventie van beroepsrisico's, zoals wordt aangetoond door tabel 8.2 die gebaseerd is op de RSZ-gegevens 2007; tussen de belangrijke sectoren qua tewerkgesteld personeelsbestand zouden potentiële verschillen inzake forfaitaire bijdrage per tewerkgestelde werknemer kunnen worden waargenomen.
- Een dergelijke berekeningswijze van de bijdrage van de ondernemingen zou dus tot uiting kunnen komen in de versterking van de ongelijkheden tussen sectoren bij de toepassing van de preventiebeleidslijnen, indien zij niet verbonden is aan een herverdelingsmechanisme.

Tabel 8.2: Berekening van de forfaitaire bijdragen in de veronderstelling van een tarief van 0,25% van de gewone bezoldigingen van de sector

Sector (Nacebel-code 2003)	Totaal bezoldigingen (€)	Werknemers bestand	Gemiddelde bezoldiging per werknemer (€)	Forfaitaire bijdrage per werknemer (€)
Horeca (55)	1.361.414.000	105.929	12.852,14	32,13
Bouw (45)	4.317.853.000	208.754	20.683,93	51,71
Financiële activiteiten (65 – 67)	4.786.147.000	127.417	37.562,86	93,91
Gezondheid en maatschappelijke actie (85)	8.177.589.000	379.541	21.546,00	53,86

8.3.3. Forfaitaire bijdrage per werknemer

8.3.3.1. Afschaffing of vermindering van het bijdrageverschil tussen onderworpen en niet-onderworpen werknemers

Een hervorming van het financieringssysteem zou het behoud kunnen omvatten van een forfaitaire bijdrage per tewerkgestelde werknemer, maar door het huidige systeem te wijzigen dat berust op het onderscheid tussen werknemers die “onderworpen” en “niet-onderworpen” zijn aan het gezondheidstoezicht.

De argumenten voor een geleidelijke vermindering van het verschil van de tarieven tussen de twee statuten, of de afschaffing op termijn ervan, zijn in hoofdzaak van drieërlei aard:

- Het heel aanzienlijke verschil qua bijdragen tussen de onderworpen en niet-onderworpen werknemers (€ 95,51 in de tarifiering 2010) vormt een onrechtstreekse aansporing om het aantal werknemers te verminderen die onderworpen zijn aan het gezondheidstoezicht om zo de preventiekosten voor de werkgever te verlagen en deze praktijk lijkt te worden gebruikt in het kader van de commerciële concurrentie tussen de verschillende EDPBW's;
- De evolutie van de arbeidsmarkt wordt gekenmerkt door een groeiende uitbreiding van de tertiaire markt en door een daarmee gepaard gaande verbetering van de werkomstandigheden, ook in de industriële sector; deze evolutie leidt ertoe dat men gaat twifelen aan de gegrondheid van het onderscheid tussen onderworpen en niet-onderworpen werknemers.
- Bij de oprichting van de arbeidsgeneeskunde in 1965 bestond er een heel duidelijk contrast tussen de banen voor werklieden waarvan er veel een blootstelling aan een reeks professionele chemische of fysieke risico's inhielden en kantoorbanen, die werden gekenmerkt door het ontbreken van deze klassieke risico's. Deze laatste vijftien jaar maakte de ontwikkeling van de informatietechnieken en de veralgemeende informatisering van de arbeidsprocessen een intensivering van de arbeid mogelijk en werkte het opduiken in de hand van de problematiek van de psychosociale risico's en van de stress. Deze evoluties zorgden ervoor dat het onderscheid tussen blootgestelde en niet-blootgestelde werknemers grotendeels achterhaald is, vooral wanneer men tegelijk rekening houdt met de evolutie van de onderliggende opvattingen van de reglementering: het begrip “arbeidsgeneeskunde en opsporing van de beroepsziekten” ruimde de plaats voor het veel ruimere begrip “gezondheid op het werk en welzijn op het werk”.

In deze maatschappelijke context lijkt het betwistbaar dat de mogelijkheid van een geregeld contact met de arbeidsgeneesheer uitsluitend moet worden voorbehouden aan de categorie van de onderworpen werknemers, waarbij het bestaan van de “spontane” raadpleging klaarblijkelijk geen echt bevredigende oplossing voor dit probleem vormt. De openstelling voor alle werknemers van de toegang tot de arbeidsgeneesheer of ten minste tot een “gezondheidscontactmoment”, d.w.z. een concept dat niet noodzakelijk voorziet in een medisch onderzoek door de arbeidsgeneesheer (zie conclusies van punt 8.2.)

Om de haalbaarheid na te gaan van een wijziging van het onderscheid onderworpen/niet-onderworpen werknemers heeft het onderzoeksteam een reeks simulaties gemaakt op basis van de gegevens 2007.

Gegevens gebruikt voor de simulaties:

1. Omzet van de sector van de EDPBW's in 2007: gebruik van de gegevens die beschikbaar waren 12 EDPBW's (die die in de simulatie in aanmerking werden genomen in % van de totale loonsom):
 - a. gecumuleerde omzet van het MT en van het RB, maar met uitsluiting van de rubrieken "andere gefactureerde prestaties" in MT, d.i. een omzet van € 226.929.751.
 - b. Rubrieken 70.01, 70.02, en 70.03 van de specifieke omzet voor het medisch toezicht, dat wil zeggen de bedragen die overeenstemmen met de cumulatie van de onderworpen en niet-onderworpen werknemers voor deze 12 EDPBW's, d.i. € 179.835.555
2. Aantal werknemers aangesloten bij de 12 EDPBW's, d.i. in totaal 2.852.708 werknemers, als volgt verdeeld:
 - a. Jaarlijks onderworpen: 1.495.729 werknemers (52,4%)
 - b. Gedeeltelijk onderworpen (/ 3 jaar of 5 jaar): 524.346 (18,4%); de om de 5 jaar aan het toezicht onderworpen werknemers werden gelijkgesteld met die welke om de 3 jaar zijn onderworpen.
 - c. Niet-onderworpen: 832.633 (29,2%)
3. Bedragen van de verplichte forfaitaire bijdragen in 2007 voor de 3 categorieën van onderworpenheid.

Resultaten

Tabel 8.3 beschrijft de bijdragetarieven die per werknemer zouden kunnen worden toegepast op basis van voornoemde hypothesen en dit in het kader van de gegevens 2007.

De enige bijdragetarieven die voorkomen in de tabel, werden verkregen door de twee referentieomzetten te delen door het totale bestand van de werknemers die bij de twaalf diensten zijn aangesloten.

In de hypothese van het behoud van twee afzonderlijke bijdragen zou de ene toegang geven tot het medisch onderzoek en zou de andere toegang geven tot een "gezondheidscontactmoment". Dat wordt gedefinieerd als een moment waarop de werknemer een individueel (en vertrouwelijk) gesprek kan hebben met een lid van het team voor gezondheid op het werk; dit gesprek kan tot doel hebben de balans op te maken van de gezondheidsklachten in verband met de werkomstandigheden, of hygiënetips te geven in het kader van een beleid ter bevordering van de algemene gezondheid. Dit gesprek wordt doorgaans gevoerd door de arbeidsverpleegkundige, maar het moet altijd kunnen uitlopen op een later gesprek met de PA-AG indien de werknemer of de arbeidsverpleegkundige dit noodzakelijk acht.

Dit tweede bijdrageniveau zou zowel betrekking hebben op de werknemers die momenteel om de 3 of 5 jaar aan een toezicht zijn onderworpen als op de werknemers die daar niet aan onderworpen zijn. In deze context werden drie bijdragehypothesen (a, b, c) geformuleerd. De tabel toont dat indien men als referentie de totale omzet van de diensten neemt, exclusief de voor medisch toezicht gefactureerde prestaties, men drie paren bijdragetarieven kan voorstellen die elk een vrijwel gelijkwaardige omzet verzekeren: € 100 en 57,02, € 95 en 62,51 en tot slot € 85 en 73,54.

In de hypothese die door deze simulatie wordt opgeroepen, zou de forfaitaire bijdrage die wordt gevraagd van de ondernemingen met minder dan 20 werknemers zonder werknemers die zijn onderworpen aan het gezondheidstoezicht (€ 89,99 indien minder dan 10 werknemers en € 179,99 indien van 10 tot 19) worden afgeschaft. Deze afschaffing verklaart dat het laagste bijdragetarief in alle onderzochte hypothesen duidelijk hoger is dan het tarief van de niet-onderworpen werknemers dat in 2007 van kracht was, d.i. € 14,99.

Tabel 8.3: Hypothesen van forfaitaire bijdrage per tewerkgestelde werknemer						
	Forfaitaire bijdrage (€)		Omzet (€) excl. prestaties gefactureerd voor MT	Forfaitaire bijdrage (€)		Omzet (€) gegenereerd door bijdragen Onderworpen + NO
Referentieomzet			226.929.751			179.835.555
Enige bijdragetarief		79,55	226.932.921		63,04	179.834.712
Bijdragetarief medisch onderzoek	a	100,00	149.572.900	a	95,00	142.094.255
	b	95,00	142.094.255	b	85,00	127.136.965
	c	85,00	127.136.965	c	80,00	119.658.320
Bijdragetarief Gezondheidscontactmoment	a	57,02	77.374.943	a	27,81	37.737.586
	b	62,51	84.824.757	b	38,83	52.691.495
	c	73,54	99.792.236	c	44,34	60.168.449
Totaal – omzet gegenereerd door bijdragen	a		226.947.843	a		179.831.841
	b		226.919.012	b		179.828.460
	c		226.929.201	c		179.826.769

Voordelen van de berekeningswijze van de bijdrage van de ondernemingen:

- Neutraliteit van deze berekeningswijze van de bijdrage voor de ontvangsten die door de sector van de EDPBW's in zijn geheel genomen moeten worden geïnd, zoals blijkt uit tabel 8.3.
- Eenvoud en voorspelbaarheid voor de werkgevers;
- Betere bescherming van bepaalde werknemers die volgens hun beroepsrisico's "onderworpen" hadden moeten zijn, maar die werden gerangschikt als "niet-onderworpen" werknemers om de werkgevers toe te staan de kosten van de dienst te verlagen;
- Verschillende weerslag volgens het soort van beschouwde onderneming (zie bespreking van dit punt in het deel "Nadelen");
- Algemene toegang tot de preventiediensten ongeacht het statuut van de werknemer.

Dit laatste voordeel veronderstelt echter dat tegelijk andere wijzigingen worden ingevoerd, met name wat het onderscheid betreft dat moet worden gemaakt tussen een eigenlijk medisch onderzoek (wat de aanwezigheid van de arbeidsgeneesheer impliceert) en een gezondheidscontact met het team voor preventie op het werk. Een dergelijke wijziging van de benadering impliceert ongetwijfeld ook dat het systeem van geschiktheidsverklaring wordt

gewijzigd voor een reeks beroepsrisico's, aangezien het systeem zelf de handtekening van de arbeidsgeneesheer en dus zijn rechtstreekse tussenkomst oplegt.

Nadelen van de berekeningswijze van de bijdrage van de ondernemingen:

- Verhoging van de kosten van de preventie op het werk voor de zeer kleine ondernemingen (zko's) met minder dan 20 werknemers: deze zko's zouden immers voortaan moeten betalen per tewerkgestelde werknemer, ofwel € 79,55 (hypothese van een enig tarief), ofwel € 57,02 (keuze 'a' van het systeem met 2 tarieven) voor een gezondheidscontactmoment voor de werknemers die niet zijn blootgesteld aan een groot beroepsrisico. Het betreft hier een aanzienlijke moeilijkheid voor de toepassing van het voorstel, maar de reële weerslag ervan zal afhangen van het aandeel van de ondernemingen met minder dan 20 werknemers die nu het bodemtarief betalen, d.i. een informatie waarover het onderzoeksteam niet beschikt.
- Verschillende weerslag van de maatregel volgens de beschouwde EDPBW:

De weerslag van de maatregel kan voor een bepaalde EDPBW gunstig of ongunstig zijn volgens het aantal onderworpen of niet-onderworpen werknemers, die bij die EDPBW zijn aangesloten. Zoals aangegeven in hoofdstuk 4 bedraagt het percentage van de "jaarlijks onderworpen werknemers" gemiddeld 52,7%, met een minimum van 46,1% en een maximum van 63,5%.

In het geval van een EDPBW (type A) met een hoger percentage onderworpen werknemers dan het gemiddelde van de sector zou het tarief van de enige bijdrage hoger moeten zijn dan datgene dat wordt berekend in tabel 8.3: € 99,99 in plaats van € 79,55 in het gegeven voorbeeld. In een EDPBW (type B) met een hoger percentage niet-onderworpen werknemers dan het sectorale gemiddelde (29,3%) zou het tarief van de enige bijdrage dat moet worden toegepast om dezelfde omzet te genereren, daarentegen lichtjes lager kunnen zijn dan datgene dat is berekend in tabel 8.3: € 76,71 in plaats van € 79,55. Onder de 14 EDPBW's die de vereiste informatie verstrekten, behoren er 6 tot type A met de volgende percentages van (jaarlijks) onderworpen werknemers: 55,6%, 56,4%, 58,4%, 60,3%, 61,5% en 63,5%. Deze EDPBW's zouden dus, met verschillende graden, een vermindering kunnen noteren van hun ontvangsten die gekoppeld zijn aan de bijdragen van de ondernemingen.

- Verschillende weerslag volgens het type van beschouwde onderneming

Een gelijkaardige weerslag kan worden verwacht op het vlak van de ondernemingen naar gelang zij momenteel een hoog aantal onderworpen werknemers tellen of daarentegen een gering aantal; in het eerste geval zal de heffing van een enig bijdragetarief kunnen leiden tot een vermindering van de bijdrage van de onderneming, terwijl in het tweede geval het enige bijdragetarief in elk geval ertoe zou moeten bijdragen de bijdrage te verhogen die door de werkgever moet worden betaald.

Een dergelijk gevolg zou vanuit het standpunt van de overheid geen nadeel kunnen vormen maar een reëel voordeel, voor zover het ertoe zou bijdragen de bijdrage te verhogen van de sectoren met geringe risico's, die vaak rijke sectoren zijn en de bijdragen te verminderen van de sectoren met hogere beroepsrisico's. Het zou dus gaan om een vorm van onrechtstreekse onderlinge verdeling van de preventie op het werk ten bate van de sectoren, die het meest zijn blootgesteld aan beroepsrisico's.

Een dergelijke onderlinge verdeling lijkt onvermijdelijk vanaf het ogenblik dat de FOD Werkgelegenheid die de studie bestelde, als voorwaarde stelde voor het beroep een

zelfde begrote som te behouden en er tegelijk op toe te zien dat de zko's hetzelfde beschermingsniveau genieten.

De hiervoor voorgestelde simulaties maken het mogelijk te besluiten dat de heffing van een enig bijdragetarief of van een vermindering van het verschil tussen twee tarieven een aanzienlijke weerslag kan hebben op financieel vlak, zowel voor de ondernemingen als voor de externe diensten. De eventuele invoering van een dergelijke maatregel zal dus moeten worden uitgedacht in een progressief toepassingschema opdat elk van de spelers van het systeem zich zou kunnen aanpassen aan deze nieuwe spelregel.

8.3.4. Voorstel van berekening van een bijdrage op basis van 3 componenten

Indien de voorkeur zou uitgaan naar een systeem van berekening van de bijdragen dat in de buurt blijft van het systeem dat momenteel van kracht is, zou een oplossing erin kunnen bestaan voor de onderneming een bijdrage te voorzien waarvan het bedrag de resultante zou zijn van 3 delen:

- Basisprestaties en bepaling van de toekomstige opdrachten (berekenningsreferentie = omvang van de onderneming)
- Individuele benadering op het vlak van het gezondheidstoezicht (berekenningsreferentie = aantal tewerkgestelde werknemers)
- Collectieve benadering op het vlak van het risicobeheer (berekenningsreferentie: functionele eenheid van het type AGR⁸, of SB⁹, of VR¹⁰)

In het onderzoeksverslag worden concrete suggesties gedaan, maar zij werden niet opgenomen in deze samenvatting, aangezien gelet op de momenteel beschikbare gegevens de financiële stimuli niet konden worden gerealiseerd voor het 3^e deel, dat betrekking heeft op de collectieve benadering op het vlak van het risicobeheer.

8.3.5. Inzamelwijze van de bijdragen

De gecentraliseerde inhouding van een bijdrage, berekend per werknemer, is voor het ogenblik op het vlak van de gezondheid op het werk enkel van toepassing voor de bijdrage voor de beroepsziekten. De mogelijkheid dat een dergelijk inhoudingssysteem wordt uitgebreid tot de sector van de preventie en de bescherming op het werk werd uiterst nauwkeurig en ernstig aangekaart bij de sociale onderhandelingen die in 2009 werden gevoerd tussen de sociale partners in Frankrijk met het oog op de hervorming van de arbeidsgeneeskundige diensten.

In de ogen van het onderzoeksteam kan de balans tussen de voordelen en nadelen van een gecentraliseerde inning niet worden opgemaakt zonder rekening te houden met de doelstellingen, die door de overheid zijn toegewezen aan het systeem voor preventie op het werk. Op historisch vlak vloeide de politieke beslissing om de arbeidsgeneeskunde te

⁸ AGR: ondernemingen van kleine omvang of departementen (van max. 100 personen) in grotere ondernemingen, waar de werknemers zijn blootgesteld hetzij aan activiteiten met gedefinieerde risico's, hetzij aan een rechtstreeks contact met voedingsmiddelen, of die een veiligheidsfunctie of een functie met verhoogde waakzaamheid bekleden.

⁹ S & H = eenheden die enkel de blootstelling omvatten aan het beeldschermrisico of aan het risico "hantering van lasten".

¹⁰ VR = eenheden met verlaagde beroepsrisico's

veralgemenen tot alle ondernemingen ongeacht hun omvang toen al voort uit het streven een bescherming te bieden aan alle werknemers, ongeacht de sector en ongeacht de omvang van de onderneming die hen tewerkstelt. Voordien was de arbeidsgeneeskunde immers in hoofdzaak ontwikkeld in de grote ondernemingen. Dit streven naar billijkheid en bescherming van alle werknemers, los van hun individueel statuut, werd in zijn offerteaanvraag ook onderstreept door de FOD Werkgelegenheid. In de offerte die aan de FOD Werkgelegenheid werd bezorgd, legde het onderzoeksteam met name de nadruk op het feit dat “Tal van redenen te denken geven dat het huidige systeem onevenwichtig is in die zin dat het een kwaliteitsvolle bescherming verzekert in de middelgrote en grote ondernemingen, dat wil zeggen in de entiteiten die al over aanzienlijke interne middelen beschikken om niet alleen toe te zien op de kwaliteit maar ook op veiligheid en de gezondheid, terwijl in de praktijk heel wat geringere middelen worden toegekend aan de kleine en zeer kleine ondernemingen. Op de uitzendkrachten, de werknemers die in ondernemingen in onderaanneming werken wordt meer aleatoir toezicht uitgeoefend. De door velen aan de kaak gestelde splitsing van de arbeidsmarkt lijkt dus te worden aangevuld met een splitsing van de service die door het Belgische systeem van de EDPBW's wordt geboden.”

In de ogen van het onderzoeksteam moet een passend financieringssysteem middelen bieden om te strijden tegen de groeiende splitsing van het systeem voor bescherming op het werk. Het lijkt echter een hersenschim te hopen dat wijzigingen van het huidige financieringssysteem een reële weerslag kunnen hebben op de bescherming van de gezondheid van de meest blootgestelde en van de meest kwetsbare werknemers zolang de financiering kadert in een algemeen kader van overdreven commerciële concurrentie tussen de EDPBW's en van gebrek aan actiemogelijkheden voor de overheid.

Het onderzoeksteam is dus tot de slotsom gekomen dat een grotere doeltreffendheid van het preventiesysteem op het vlak van de bescherming van de meest blootgestelde en de meest kwetsbare sectoren en werknemers niet mogelijk is zonder een op zijn minst gedeeltelijke splitsing van de middelen die ter beschikking worden gesteld van het systeem voor preventie en bescherming op het werk. Dit axioma impliceert dus dat het exclusieve karakter van de contractuele band die de onderneming en de door haar gekozen EDPBW met elkaar verbindt, wordt beperkt.

Ons voorstel is dan ook in het financieringssysteem een bepaalde graad van splitsing in te voeren via een gemengde procedure van inzameling van de bijdragen, die zou bestaan in:

- Een gecentraliseerde inhouding van de bijdrage van de ondernemingen (of van een gedeelte ervan) via de Kruispuntbank voor de Sociale Zekerheid (KBSZ): deze inhouding zou betrekking hebben op het pakket minimumbasisprestaties dat door de overheid wordt gedefinieerd (de aan te passen versie van de huidige VFMB);
- Een snelle, rechtstreekse en onvoorwaardelijke herverdeling van enkel een deel van de derwijze ingezamelde bedragen (80% of 90% bijvoorbeeld) naar de EDPBW's;
- De voorwaardelijke toewijzing aan de EDPBW's van het saldo van de derwijze ingezamelde bedragen, in een tweede fase, op basis van door de overheid bepaalde criteria;
- Voor alles wat de verplichte minimumbijdrage overschrijdt, zou de EDPBW de mogelijkheid bewaren om met de onderneming contractueel het verlenen van bijkomende prestaties en diensten overeen te komen en genoemde diensten rechtstreeks aan de onderneming te factureren.

Met betrekking tot de eventuele criteria tot herverdeling van het oorspronkelijk ingehouden financieringsgedeelte zouden de volgende denkpijlers moeten worden geanalyseerd:

- Financiering a posteriori van de zogenaamde speciale onderzoeken of “tegen verhoogde kosten” die beter zouden moeten worden gefinancierd en die op het vlak van de individuele werknemer een aanzienlijke toegevoegde waarde kunnen opleveren;
- (Aanvullende) financiering a posteriori van het gezondheidstoezicht voor bijzondere categorieën van werknemers die vaak onvoldoende worden beschermd, zoals de uitzendkrachten of de leerjongens;
- Onderlinge verdeling van een gedeelte van de financiële middelen die worden gegenereerd door de bijdragen van de zko's en kmo's om de activiteiten op het vlak van het risicobeheer te ondersteunen in het kader van een specifiek sectorale benadering; deze sectorale financiering zou kunnen kaderen in meerjarenactieprogramma's die bij overeenkomst worden opgesteld tussen de FOD Werkgelegenheid, de beroepsorganisaties en de sociale partners van de sector en de EDPBW's die aanvaarden aan dit soort van programma's deel te nemen;
- Toewijzing van bijkomende middelen, via de gedeeltelijke onderlinge verdeling van de bijdragen, om de preventie te dekken in de sectoren met hogere risico's zoals de bouw of in de ondernemingen die producten van het KMR-type gebruiken (kankerverwekkend, mutageen of reprotoxisch). Opgemerkt dient te worden dat een vorm van onderlinge verdeling op basis van de sector van de onderneming en dus haar risiconiveau bij de spelers van de sector van de EDPBW's op geen principiële verzet stuit.
- Toekenning van bijkomende financiële middelen aan de EDPBW's die hebben voldaan aan een bepaald aantal prestatie-indicatoren of die hebben aangetoond dat zij een of andere door de federale overheid gestelde doelstelling hebben gehaald; dit perspectief zou kaderen in een filosofie van “Pay for quality” en zou in de toekomst ten minste gedeeltelijk kunnen gebaseerd worden op de aanbevelingen van het onderzoek betreffende de “Ontwikkeling van verslagmodellen voor EDPBW's en analyse van de beschikbare gegevens betreffende de bestaande risico's in de ondernemingen in België”.

8.4. Alternatieve scenario's betreffende de outputs van het financieringssysteem

8.4.1 Organisatie van het gezondheidstoezicht

8.4.1.1 Wijziging van de periodiciteit van bepaalde onderzoeken

Inzake het gezondheidstoezicht pleiten de betrokken beroepskringen sinds enige tijd voor een evolutie van de periodiciteit van bepaalde onderzoeken.

Dienaangaande werden voorstellen gedaan door de vereniging COPREV alsook door de Belgische Beroepsvereniging van Arbeidsgeneesheren (BBVAG) in het kader van haar “witboek”, dat in 2008 werd gepubliceerd. Daaraan moet worden toegevoegd dat de enquête die in 2009 door de BBVAG bij een staal van ongeveer 250 arbeidsgeneesheren werd ingesteld, aangeeft dat een ruime meerderheid van de antwoordende geneesheren een evolutie op dat vlak genegen zijn.

Er is in het bijzonder sprake van de frequentie te verminderen van de medische onderzoeken waarvan de gegrondheid op wetenschappelijk vlak nog moet worden bewezen en het vaakst aangehaalde voorbeeld is dat van de periodieke gezondheidsonderzoeken voor de talrijke werknemers die onderworpen zijn aan het beeldschermrisico.

Om de weerslag te simuleren die dergelijke wijzigingen op financieel vlak zouden kunnen hebben, gebruikte het onderzoeksteam de gedetailleerde gegevens van de medische onderzoeken die beschikbaar waren voor 9 van de 14 EDPBW's die beantwoordden aan de operationele gegevens en toetste ze aan de "volledige" uurtarieven van de beroepspersonen die betrokken zijn bij deze activiteiten inzake gezondheidstoezicht.

Bij de berekening gebruikte gegevens

- Aantal en soort van gezondheidsevaluaties die door de 9 EDPBW's werden verricht (cf. tabel 7.2);
- Gegevens inzake omzet van diezelfde 9 EDPBW's;
- Geraamde kosten van elk soort van gezondheidsonderzoek volgens gegevens 2010 op basis van de ramingen van de ideale tijden, verstrekt door 6 EDPBW's (tabel 7.9);
- Onderscheid tussen onderzoeken inzake gezondheidstoezicht tegen basiskosten, onderzoeken tegen verhoogde kosten (spontane raadpleging, werkherlevingsonderzoek en onderzoek voorafgaand aan de werkherleving) en onderzoeken tegen sterk verhoogde kosten, d.w.z. het onderzoek met het oog op de wederinschakeling in het beroep van een definitief ongeschikt verklaarde werknemer; de simulaties houden ook rekening met de mogelijkheid een gezondheidsevaluatie met medisch onderzoek te vervangen door een "gezondheidscontactmoment" (GCM) dat wordt verzekerd door de arbeidsverpleegkundige.
- Tabel 8.5. toont de becijferde hypothesen die bij deze simulaties werden gebruikt. Deze tabel vermeldt de gegevens die voorkomen in tabel 7.1 en voegt er een gemiddelde tijd (2) van het medisch onderzoek aan toe om rekening te houden met wat bij de EDPBW's vrij vaak de realiteit lijkt te zijn.
- Voor de GCM's worden twee hypothesen gebruikt: in beide gevallen is voorzien dat 1 werknemer op 10 vraagt de PA-AG te ontmoeten bij een bijkomende te programmeren raadpleging; een tiende van de bijkomende tijd wordt dus toegevoegd aan ofwel de gemiddelde tijd (1), of aan de gemiddelde tijd (2). Men stelt vast dat de kosten van het GCM (1) heel dicht in de buurt liggen van de raming van de kosten van het medisch onderzoek in de hypothese van de minimale prestatietijden.
- Aanwezigheidspercentages bij de medische onderzoeken: er wordt een percentage van 90% geëist (want goed gevoerde acties inzake oproepingsbeleid moeten toestaan het gemiddelde percentage van 82,4%, dat in 2007 werd waargenomen, te verbeteren).
- In de toekomst verdubbeling van het aantal onderzoeken voorafgaand aan de werkherleving: 8.430 onderzoeken per jaar.

Deze laatste twee axioma's hebben tot gevolg dat het totale aantal onderzoeken dat in 2007 door de 9 EDPBW's werd verricht, zou stijgen van 1.445.274 tot 1.554.949 onderzoeken. Uitgaand van dit basiskader werden verschillende hypothesen getest waarbij in hoofdzaak een onderscheid werd gemaakt tussen twee denkbeeldige situaties:

- Eerste denkbeeldige situatie: de medische onderzoeken met niet-jaarlijkse periodiciteit (om de drie of vijf jaar) die bij deze 9 EDPBW's 25,3% vertegenwoordigen van de onderworpen werknemers, zouden worden vervangen door een gezondheidscontactmoment. Om het jaarlijks aantal onderzoeken te ramen dat daarbij betrokken zou zijn, werd het totale aantal werknemers dat onderworpen is aan een periodiciteit van drie of vijf jaar gedeeld door drie en vervolgens vermenigvuldigd met het gemiddelde aanwezigheidspercentage dat bij de onderzoeken werd vastgesteld, d.i. 82,4%; zo ook werd het aantal aangesloten werknemers dat als jaarlijks onderworpen wordt beschouwd, vermenigvuldigd met het aanwezigheidspercentage van 82,4%. Het resultaat van deze berekening is dat voor de populatie van de 9 EDPBW's er op die basis bij de jaarlijks onderworpen werknemers 1.033.461 onderzoeken zouden zijn geweest en 115.591 onderzoeken

bij de niet-jaarlijks onderworpen werknemers, d.i. een totaal van 1.149.052 onderzoeken; dit cijfer ligt heel dicht in de buurt van het reële totaal dat door de 9 diensten werd aangegeven, d.i. 1.143.403 onderzoeken in 2007. Daaruit kan men dus afleiden dat er in het huidige systeem elk jaar ongeveer 90% van de verrichte periodieke onderzoeken betrekking hebben op jaarlijks onderworpen werknemers en 10% betrekking hebben op niet-jaarlijks onderworpen werknemers. Op die basis kon het onderzoeksteam het aantal periodieke onderzoeken ramen dat bestemd is voor gedeeltelijk onderworpen werknemers en dat zou kunnen worden vervangen door een gezondheidscontactmoment, d.i. 124.886 onderzoeken.

- Tweede denkbeeldig geval: Het vorige scenario werd aangevuld met de volgende hypothese: 50% van de werknemers die momenteel onderworpen zijn aan een jaarlijks periodiek onderzoek, zouden dat de in de toekomst ook blijven, terwijl het saldo (de overige 50%) zou overstappen naar een periodiciteit van een medisch onderzoek om de twee jaar. In dit scenario zouden de veiligheidsfuncties en de functies met verhoogde waakzaamheid, alsook de arbeidsposten die zijn blootgesteld aan substanties van het KMR-type onderworpen blijven aan een jaarlijkse periodiciteit, terwijl de andere beroepsrisico's (met name andere "activiteiten met gedefinieerd risico" en "contact met voedingsmiddelen") zouden overstappen op een periodiciteit om de twee jaar.

Uitgaand van dit basisscenario werden 8 verschillende hypothesen gesimuleerd:

- Hypothesen 1a en 1b: gelijkaardig aan het huidige systeem in de zin dat dezelfde kosten per onderzoek worden toegepast op alle gezondheidsevaluaties en de periodiciteit van de onderzoeken niet wordt gewijzigd. De niet-jaarlijks onderworpen werknemers worden onderworpen aan een medisch onderzoek (per hypothese 1/3 jaar); het enige onderscheid betreft de eenheidskosten van het medisch onderzoek, enerzijds € 74,75 en anderzijds € 63,8 (tabel 8.5);
- Hypothesen 2a en 2b: in vergelijking met de vorige hypothesen vervangt een gezondheidscontactmoment het medisch onderzoek voor de niet-jaarlijks onderworpen werknemers; de eenheidskosten van dit GCM bedragen € 45,25 of € 39,46 (tabel 8.5.);
- Hypothesen 3a en 3b: in vergelijking met de vorige hypothesen houden de simulaties rekening met eenheidskosten per onderzoek die variëren volgens het soort van onderzoek: voor de zogenaamde "basis"-onderzoeken zijn de bedragen dezelfde, maar voor de zogenaamde onderzoeken "tegen verhoogde kosten" worden eenheidskosten ten bedrage van € 100 per onderzoek in aanmerking genomen (d.i. het gemiddelde van de cijfers die werden verstrekt door 6 EDPBW's op basis van ideaal geachte tijden (tabel 7.9) voor de werkhervattingsonderzoeken, de onderzoeken voorafgaand aan de werkhervatting en de spontane raadpleging); tot slot worden kosten ten bedrage van € 152,79 in aanmerking genomen voor het medisch onderzoek met het oog op de wederinschakeling in het beroep van een definitief ongeschikt verklaarde werknemer;
- Hypothesen 4a en 4b: in vergelijking met de vorige hypothesen wordt een vermindering ingevoerd van de periodiciteit van de klassieke periodieke onderzoeken voor de helft van de beschouwde onderzoeken (d.i. 561.988 onderzoeken, wat impliceert dat er maar 280.994 worden verricht): de periodiciteit van de onderzoeken voorafgaand aan de werkhervatting en van de moederschapsbescherming wordt niet gewijzigd.

Tabel 8.5: Raming van de volledige kosten van de gezondheidsevaluaties in het kader van de financieringssimulaties

	PA-AG	Verpleegkundige	Administ.	Kosten 2007 onderzoek (€)
Kosten per uur, €	92.14	56.73	56.69	
Gemiddelde tijd (1), min.	24.1	21.33	18.6	74.75
Gemiddelde tijd (2), min.	20	20	15	63.8
Minimumtijd, min.	15	15	10	46.67
Maximumtijd, min.	40	33	33	123.81
Gezondheidscontactmoment (gem. 1) (+ SH 1/10)	2.41	23.46	20.5	
Kosten GCM (1)	3.70	22.18	19.37	45.25
Gezondheidscontactmoment (gem. 2) (+ SH 1/10)	2	22	16.5	
Kosten GCM (2)	3.07	20.80	15.59	39.46

Resultaten

De resultaten van de gemaakte simulaties worden voorgesteld in tabel 8.6. Die tabel onderscheidt dus drie categorieën van gezondheidsevaluaties: die tegen basiskosten, die tegen verhoogde kosten en die tegen sterk verhoogde kosten (betreft de wederinschakeling in het beroep).

Bij de huidige stand van toepassing van de reglementering (cf. tabel 7.2.) vertegenwoordigden de gemiddelde prestatietijden die door de diensten werden aangegeven en die uniform werden toegepast op elk soort van medisch onderzoek totale kosten ten bedrage van € 108.035.650, d.i. 56,9% van de totale omzet van het medisch toezicht en 93% van de omzet die verbonden is aan de bijdragen van de onderworpen en niet-onderworpen werknemers.

In vergelijking met deze referentiesituatie toont tabel 8.6 dat:

- de hypothesen 1a en 1b totale kosten genereren van dezelfde orde van grootte, ondanks geringere eenheidskosten per onderzoek, en dat wegens de stijging van de kosten die wordt veroorzaakt door de verhoging van de aanwezigheidspercentages bij de onderzoeken (90% in plaats van 82,4%) en de verdubbeling van het aantal onderzoeken voorafgaand aan de werkhervatting.
- in de hypothesen 2a en 2b de kostenverlaging die verbonden is aan de vervanging van het medisch onderzoek door een GCM voor de niet-jaarlijks aan het periodieke onderzoek onderworpen werknemers slechts een vrij geringe weerslag heeft op de totale kosten in vergelijking met de hypothesen 1a en 1b, en dit is te wijten aan het feit dat de betrokken onderzoeken maar ongeveer 10% vormen van het totale aantal jaarlijkse gezondheidsonderzoeken die moeten worden verricht;
- in de hypothesen 3a en 3b de invoering van verhoogde kosten voor bepaalde soorten van onderzoek tot gevolg heeft dat de waargenomen totale kosten vrijwel worden teruggebracht tot het niveau van de kosten die werden berekend in de hypothesen 1a en 1b;
- enkel de hypothesen 4a en 4b het mogelijk maken een aanzienlijke verlaging in te voeren van de kosten van het gezondheidstoezicht; in deze twee hypothesen vertegenwoordigen

de totale kosten respectievelijk nog maar 82% (4a) en 72% (4b) van de omzet die wordt opgeleverd door de bijdragen van de onderworpen en niet-onderworpen werknemers.. In vergelijking met de gegevens van tabel 7.2 zouden deze hypothesen dus toestaan een financiële marge te halen van respectievelijk 11 % (4a), en 21% (4b).

Deze financiële marges zouden, ten minste in principe, kunnen worden gebruikt voor activiteiten inzake risicobeheer en zodoende het systeem enigszins weer in evenwicht brengen, zoals door de autoriteiten van de FOD Werkgelegenheid wordt gewenst.

De scenario's die worden voorgesteld in tabel 8.6, houden echter geen rekening met de pistes tot hervorming van het systeem, namelijk de afschaffing van het onderscheid tussen onderworpen en niet-onderworpen werknemers en de invoering van een veralgemeende toegang tot een "gezondheidscontactmoment" voor alle werknemers, ongeacht het risiconiveau waaraan zij zijn blootgesteld.

Dit scenario is het voorwerp van de hypothesen 5a en 5b in tabel 8.7. Voor de al vermelde 9 EDPBW's die een totaal van 738.119 niet-onderworpen werknemers omvatten, voorziet de hypothese dat deze werknemers vóór de leeftijd van 40 jaar om de 5 jaar een toegang tot een GCM zouden genieten en vanaf de leeftijd van 40 jaar om de 3 jaar; voor de behoeften van de simulatie zou de geraamde gemiddelde periodiciteit dus een contact met het team voor gezondheid op het werk om de 4 jaar zijn. Deze periodiciteit zou 184.530 theoretische contacten per jaar vertegenwoordigen; uitgaande van een hypothese van een aanwezigheidspercentage bij dat contact van 75% zou het om 138.397 gezondheidscontacten gaan die voor deze 9 diensten moeten worden georganiseerd.

Tabel 8.6	Realiteit 2007	Actie aanwezig en onderzoeken	Med. Onderz. vs GCM	Vermind. freq. onderw.	Kosten van de gezondheidsevaluaties (€)								
					1a	1b	2a	2b	3a	3b	4a	4b	
Hypotheses van scenario													
	Aantal onderz./jaar	A. onderz./jaar	A. onderz./jaar	A. onderz./jaar									
Aanwezigheidspercentages %	82.4	90.0	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Gezondheidsevaluatie tegen basiskosten													
Kosten per medisch onderzoek (MO), €					74.75	63.8	74.75	63.8	74.75	63.8	74.75	63.8	63.8
Kosten per gezondheidscontactmoment (GCM), €							45.25	39.46	45.25	39.46	45.25	39.46	39.46
vooraangaand aan de affectatie	128 146	128 146	128 146	128 146	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715	8 175 715
vooraangaand aan de overplaatsing	2 504	2 504	2 504	2 504	187 174	159 755	187 174	159 755	187 174	159 755	187 174	159 755	159 755
periodiek / MO / 1 jaar	1 143 403	1 248 863	1 123 976	561 988	84 017 225	71 709 685	84 017 225	71 709 685	84 017 225	71 709 685	42 008 612	35 854 842	
periodiek / MO / 2 jaar				280 994							21 004 306	17 927 421	
periodiek / GCM			124 886	124 886	9 335 247	7 967 743	5 651 103	4 928 011	5 651 103	4 928 011	5 651 103	4 928 011	4 928 011
Moederschapsbescherming	34 336	34 336	34 336	34 336	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637	2 190 637
Subtotaal van de basisonderzoeken	1 308 389	1 413 849	1 413 849	1 132 854	105 685 175	90 203 534	102 001 031	87 163 803	102 001 031	87 163 803	80 996 725	69 236 382	
Evaluaties tegen verhoogde kosten													
Kosten per medisch onderzoek €					74.75	63.8	74.75	63.8	100	100	100	100	100
vooraangaand aan de werkhervatting	4 215	8 430	8 430	8 430	630 143	537 834	630 143	537 834	843 000	843 000	843 000	843 000	843 000
van werkhervatting	82 826	82 826	82 826	82 826	6 191 244	5 284 299	6 191 244	5 284 299	8 282 600	8 282 600	8 282 600	8 282 600	8 282 600
spontane raadpleging	48 037	48 037	48 037	48 037	3 590 766	3 064 761	3 590 766	3 064 761	4 803 700	4 803 700	4 803 700	4 803 700	4 803 700
Subtotaal eval. tegen verhoogde kosten	135 078	139 293	139 293	139 293	10 412 152	8 886 893	10 412 152	8 886 893	13 929 300	13 929 300	13 929 300	13 929 300	13 929 300
Evaluatie tegen sterk verhoogde kosten													
Kosten per medisch onderzoek €					74.75	63.8	74.75	63.8	152.79	152.79	152.79	152.79	152.79
wederinschakeling in het beroep	1 807	1 807	1 807	1 807	135 073	115 287	135 073	115 287	276 092	276 092	276 092	276 092	276 092
	Aantal gezondheidsevaluaties				Resulterende kosten (€)								
Totaal	1 445 274	1 554 949	1 554 949	1 273 954	116 232 400	99 205 714	112 548 256	96 165 983	116 206 423	101 369 195	95 202 116	83 441 773	

Omzet (2007) van de 9 EDPB's Bedragen €

70 Omzet - med. toezicht 189 839 097
70.01 Omzet - MT
bijdragen O + NO 116 122 988

% omzet	% omzet	% omzet	% omzet	% omzet	% omzet	% omzet	% omzet
61%	52%	59%	51%	61%	53%	50%	44%
100%	85%	97%	83%	100%	87%	82%	72%

De regel "totaal" van de tabel stemt in het linkergedeelte van de tabel overeen met het totale aantal onderzoeken dat voortvloeit uit de verschillende hypothesen en in het rechtergedeelte met de totale jaarlijkse kosten, die al deze onderzoeken voor de diensten zouden meebrengen.

Als referentie in vergelijking met deze kosten vermeldt het onderste deel van de tabel de bedragen van de omzet van de 9 EDPBW's, waarbij een onderscheid wordt gemaakt tussen enerzijds het medisch toezicht en anderzijds het bedrag dat voortvloeit uit het totaal van de bijdragen van de onderworpen en niet-onderworpen werknemers. De tabel toont welk percentage van de in 2007 aangegeven omzet door elk scenario zou worden opgeleverd (1a tot 4b).

Tabel 8.7: Hypotheses van vermindering van de periodiciteit voor de onderworpen werknemers	Aantal onderz./jaar	Kosten van de gezondheidsevaluaties (€)			
		4a	4b	5a	5b
Hypotheses van scenario					
Gezondheidsevaluatie tegen basiskosten					
<i>Kosten per medisch onderzoek, €</i>		74.75	63.8	74.75	63.8
<i>Kosten per gezondheidscontactmoment, €</i>		45.25	39.46	45.25	39.46
voorafgaand aan de affectatie	128 146	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715
voorafgaand aan de overplaatsing	2 504	187 174	159 755	187 174	159 755
periodiek met medisch onderzoek/jaar	561 988	42 008 612	35 854 842	42 008 612	35 854 842
periodiek met medisch. onderzoek/2 jaar	280 994	21 004 306	17 927 421	21 004 306	17 927 421
periodiek met GCM	124 886	5 651 103	4 928 011	5 651 103	4 928 011
GCM voor niet-onderworpen werknemers	138 397			6 262 478	5 461 158
Moederschapsbescherming	34 336	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637
Subtotaal van de basisonderzoeken	1 271 252	80 996 725	69 236 382	87 259 203	74 697 540
Evaluaties tegen verhoogde kosten					
<i>Kosten per medisch onderzoek, €</i>		100	100	100	100
voorafgaand aan de werkhervatting	8 430	843 000	843 000	843 000	843 000
van werkhervatting	82 826	8 282 600	8 282 600	8 282 600	8 282 600
spontane raadpleging	48 037	4 803 700	4 803 700	4 803 700	4 803 700
Subtotaal eval. Tegen verhoogde kosten		13 929 300	13 929 300	13 929 300	13 929 300
Evaluatie tegen sterk verhoogde kosten					
<i>Kosten per medisch onderzoek, €</i>		152,79	152,79	152,79	152,79
wederinschakeling in het beroep	1 807	276 092	276 092	276 092	276 092
Totaal	1 412 352	95 202 116	83 441 773	101 494 595	88 902 931
Gegevens omzet (2007) van de 9 EDPB's		% omzet	% omzet	% omzet	% omzet
Totale omzet – medisch toezicht		50%	44%	53%	47%
Omzet - MT: bijdragen O + NO		82%	72%	87%	77%

Zoals blijkt uit tabel 8.7, uit de gemiddelde toevoeging om de 4 jaar van een gezondheidscontactmoment voor de niet-onderworpen werknemers zich in een stijging van de totale kosten in vergelijking met de hypothesen 4a en 4b, maar deze stijging doet de omzetpercentages niet in aanzienlijke mate schommelen: die vertegenwoordigen dan respectievelijk 87% (5a) en 77% (5b) van de omzet die wordt gegenereerd door de bijdragen van de onderworpen en niet-onderworpen werknemers. In vergelijking met de huidige situatie (gegevens waargenomen in 2007) is er dus potentieel een financiële marge van 6% (93-87%), of van 16% in de hypothese 5b.

Deze gegevens tonen dus aan dat het theoretisch mogelijk is een financiële marge vrij te maken die zal kunnen worden besteed aan activiteiten inzake risicobeheer en tegelijk aan alle werknemers een reële toegang tot de gezondheidsonderzoeken te bieden en de kwaliteit

van deze onderzoeken te behouden en meer bepaald van die die als onderzoeken met een hoge toegevoegde waarde worden beschouwd.

Om de haalbaarheid van de scenario's 5a en 5b te onderzoeken, ging het onderzoeksteam de equivalenten na van de prestatietijden die in deze hypothesen nodig zouden zijn voor de PA-AG's. De berekende gecumuleerde tijden vertegenwoordigen de opbrengst van het aantal onderzoeken die gepland zijn voor elke soort van gezondheidsevaluatie via de eenheidsduur ervan vanuit het oogpunt van de PA-AG. De gemaakte analyses geven aan dat het totale uurvolume dat nodig zou zijn voor alle PA-AG's van de 9 betrokken diensten van de orde van 500.000 uur is in de hypothese 5a en van de orde van 430.000 uur in de hypothese 5b.

Het totaal van de gepresteerde uren die door de 9 diensten voor het jaar 2007 werden aangegeven, bedraagt 1.014.174 uur, die zowel de geneesheren onder werknemersstatuut als de geneesheren onder zelfstandigenstatuut en de kandidaat-specialisten in de arbeidsgeneeskunde omvatten. De uitgaven die worden vertegenwoordigd door de onderzoeken inzake gezondheidstoezicht, met uitsluiting van alle andere taken van de PA-AG, zouden dus ongeveer de helft vertegenwoordigen van de beschikbare werkuren. Dit gegeven onderstreept het realistisch karakter van de voorgestelde simulaties.

Ter afronding, de simulaties die worden voorgesteld in de tabellen 8.6 en 8.7 stellen meerdere belangrijke verschijnselen in het licht:

- De vervanging van de periodieke onderzoeken met een periodiciteit om de 3 of 5 jaar, door een gezondheidscontact met de paramedicus maakt het op zich niet mogelijk de kosten van het gezondheidstoezicht aanzienlijk te verlagen. Een dergelijke strategie zou echter een reëel belang kunnen hebben vanuit het standpunt van een optimaal gebruik van de bekwaamheden en van de middelen; het zou met name erom gaan tijd vrij te maken voor de PA-AG's, welke tijd zij zouden kunnen wijden aan onderzoeken met een hogere toegevoegde waarde. Opgemerkt dient te worden, dat een dergelijk voorstel binnen de beroepsvereniging van de sector van de EDPBW's in ruime mate positief wordt onthaald;
- In de hypothese dat de financieringsbron van het systeem voor preventie en bescherming op het werk uitsluitend gebaseerd zou blijven op bijdragen vanwege de ondernemingen, zou de financiële opwaardering van de onderzoeken met een hogere toegevoegde waarde (in de tabellen 8.6 en 8.7 onderzoeken "tegen verhoogde kosten" en "tegen sterk verhoogde kosten" genoemd) zich uiten in totale kosten van het gezondheidstoezicht die even hoog zouden zijn als in de nu heersende situatie, die door het merendeel van de partijen als onbevredigend wordt beschouwd;
- De toekenning van meer middelen aan het risicobeheer, met een gelijk totaal budget voor de ondernemingen en de EDPBW's, is dus maar haalbaar via een zeer aanzienlijke vermindering van de periodiciteit van de klassieke medische onderzoeken, dat wil zeggen die met een jaarlijkse periodiciteit. In de simulatie die wordt voorgesteld in tabel 8.6 (scenario's 4a en 4b) heeft het onderzoeksteam de op zich willekeurige keuze gemaakt voor de helft van de werknemers de periodiciteit met de helft te verminderen. Het spreekt vanzelf dat deze simulatie zal moeten worden verfijnd op basis van gegevens waarover het onderzoeksteam momenteel niet beschikt; het zal immers moeten kunnen beschikken over een uitsplitsing van de jaarlijks onderworpen werknemers volgens de aard van het voornaamste

beroepsrisico (veiligheidsfunctie, AGR exclusief KMR-blootstelling, contact met voedingsmiddelen enz.) die hun onderworpenheid aan een gezondheidsonderzoek rechtvaardigt.

HOOFDSTUK 9: Besluiten

Het onderzoeksteam heeft geprobeerd om zo goed mogelijk in te gaan op de echte uitdaging die de haar toevertrouwde opdracht vormde. Het ging er immers om het gebrek aan gestandaardiseerde bij de overheid beschikbare gegevens over zowel de financiële als de operationele aspecten van de diensten voor preventie en bescherming op het werk te overwinnen.

De jaarrekeningen van de diensten die bij de Nationale Bank moeten worden neergelegd, vormden de enige vorm van gestandaardiseerde gegevens die rechtstreeks konden worden benut. Zoals hoofdstuk 6 onderstreept, dienden in samenwerking met de betrokken diensten echter grote inspanningen te worden geleverd om de in de analytische boekhouding (balansen van de rekeningen van de klassen 1 tot 7) de specificatie van de posten toe te kennen aan door het onderzoeksteam gedefinieerde gestandaardiseerde rubrieken. Het ligt voor de hand dat dat gedeelte van de studie ongetwijfeld bijvoorbeeld niet vrij is van interpretatiefouten en –problemen, maar de globale cijfers die eruit werden gehaald, en in het bijzonder de “volledige” kosten van de verschillende soorten van personeel geven in elk geval de realiteit 2007 van de sector heel nauwkeurig weer.

Het gebrek aan gestandaardiseerde gegevens betrof vooral het operationele aspect van de diensten en in het bijzonder de kwantitatieve beschrijving van de verschillende opdrachten, die werden uitgevoerd in het kader van de reglementering en die worden gefinancierd door de verplichte forfaitaire minimumbijdrage (VFMB). Zoals dat werd onderstreept in hoofdstuk 4 zijn er vrij gedetailleerde en nauwkeurige gegevens beschikbaar wat het gezondheidstoezicht betreft, maar zij zijn jammer genoeg veel heterogener en heel wat minder nauwkeurig voor het merendeel van de opdrachten betreffende het risicobeheer. Het onderzoeksteam heeft geprobeerd deze moeilijkheid te overwinnen door onder meer om ramingen te verzoeken van de ideale tijden voor een bepaald aantal prestaties en wij menen dat die oefening inzake prospectieve reflectie heel nuttig was, zelfs hoewel er jammer genoeg onvoldoende tijd was om ze aan te vullen en in het bijzonder om een ruimer staal te verkrijgen van meningen vanwege de diensten.

Via dit moeizame proces van het verzamelen van gegevens en het noodzakelijke onafgebroken verkeer over en weer om zich te verzekeren van de juistheid of van de interpretatie ervan kon het onderzoeksteam rekenen op een heel constructieve medewerking vanwege het merendeel van de EDPBW's en van de vereniging CoPrev die ze groepeerde.

De toetsing van de ingezamelde gegevens enerzijds voor de financiële rekeningen van de diensten en anderzijds voor het operationele deel van hun activiteiten maakte het mogelijk met betrekking tot de sector een database met cijfers aan te leggen, die waarschijnlijk zonder voorgaande is, zowel door de nauwkeurigheid ervan als door de omvang van het bestreken informatieveld. Voor ons is het duidelijk dat dit verslag maar gedeeltelijk de rijkdom weergeeft van de op die wijze verzamelde informatie.

Dit heel grote volume aan becijferde gegevens kan in theorie aanleiding geven tot een heel groot aantal mogelijke simulaties inzake financiering van de diensten en modellen voor de organisatie van de activiteiten op het vlak van het gezondheidstoezicht of van het risicobeheer.

In het kader van dit verslag was het slechts mogelijk vrij grondig simulaties te maken betreffende de wijzigingen in de organisatie van het gezondheidstoezicht (zie hoofdstuk 8). Het leek ons vanzelfsprekend dat op basis van de cijfers die in het verslag zijn vervat en van de gegevens die zijn opgeslagen in de verschillende databases die wij hebben aangelegd,

eveneens andere simulaties zouden moeten worden gemaakt, meer in het bijzonder voor de bezoeken aan de arbeidsplaatsen. Het onderzoeksteam is dus bereid om bepaalde analyses voort te zetten en om zijn medewerking te verlenen aan simulaties die door de overheid nuttig zouden worden geacht in het vooruitzicht van een grotere doeltreffendheid en doelmatigheid van het preventiesysteem.

Wij zijn echter van mening dat elk aanvullend analyseprogramma zou vereisen dat de toezichthoudende overheid, de sociale partners en de spelers van de sector definiëren waarin de opdrachten inzake evaluatie en risicobeheer moeten bestaan, en dit rekening houdend met onder meer de omvang van de ondernemingen. Hoewel andere scenario's inzake de financiering en de organisatie van de opdrachten zouden moeten worden bestudeerd, zouden zij eerst het voorwerp moeten zijn van een overleg tussen de betrokken spelers om via een consensus de hervormingspistes te definiëren, die vooraf moeten worden bestudeerd.

Meerdere concrete pistes tot hervorming van het financieringssysteem werden echter door het onderzoeksteam overwogen en deze pistes worden behandeld in hoofdstuk 8 van het verslag. In het kader van dit hoofdstuk met besluiten lijkt het ons van belang te herinneren aan de essentiële punten die elk project tot hervorming van de financiering van de EDPBW's dat beoogt in het systeem van preventie op het werk een grotere billijkheid en een grotere efficiëntie te garanderen, zou moeten omvatten:

- Voorzien in een bepaalde graad van onderlinge verdeling van de bijdragen, in het bijzonder om de sectorale benaderingen te verzekeren ten bate van de kleinere ondernemingen (zko's en kmo's) in de sectoren die het meest zijn blootgesteld aan de beroepsrisico's; deze onderlinge verdeling impliceert per definitie dat de verplichte forfaitaire minimumbijdrage (VFMB) van de ondernemingen volledig of gedeeltelijk het voorwerp is van een gecentraliseerde inhouding via de KBSZ;
- Een gecentraliseerde inhouding zou voor de overheid ook de mogelijkheid openen om te komen tot een uitgestelde en voorwaardelijke herverdeling van een gedeelte van de ingezamelde bedragen (10 tot 20%) in het kader van de ontwikkeling van doelgerichte preventiecampagnes of van een systeem van het type "Pay for quality"; deze modaliteit betreffende het inzamelen van de bijdragen zou ook een instrument bieden om de commerciële concurrentie tussen diensten te beperken..
- Een reële hiërarchische indeling invoeren van de prestaties die moeten worden verricht in het kader van het gezondheidstoezicht om op financieel vlak beter de prestaties te waarderen, die zowel voor de onderneming op collectief vlak als voor de werknemer op individueel vlak een aanzienlijke meerwaarde kunnen bijbrengen; deze complexe prestaties vereisen de tussenkomst van gespecialiseerde preventieadviseurs, en meer bepaald van de arbeidsgeneesheer;
- Een bijkomende studie maken om het voordeel te evalueren dat de vergoedingsregeling van het RIZIV zou kunnen halen uit een financiële tegemoetkoming in bepaalde gezondheidsevaluaties met toegevoegde waarde, zoals het onderzoek voorafgaand aan de werkhervatting of de gezondheidsbalans op het einde van de beroepsloopbaan (in het kader van het verlengd medisch toezicht);
- De kosten verminderen in andere activiteiten op het vlak van het gezondheidstoezicht opdat de herwaardering van de gezondheidsevaluaties met hoge toegevoegde waarde zou gebeuren met een vast budget voor de ondernemingen. Dienaangaande schetst het verslag twee bijkomende pistes: bepaalde taken delegeren aan de

arbeidsverpleegkundige in het kader van de invoering van een “gezondheidscontactmoment” voor de werknemers die onderworpen zijn aan verminderde risico’s of aan de verplichtingen “beeldscherm/hantering” en voorts de periodiciteit verlagen van de gewoonlijk jaarlijkse onderzoeken om bijvoorbeeld over te stappen op een tweejaarlijkse periodiciteit. Deze verlaging van de periodiciteit zou echter geen betrekking hebben op de werknemers die wegens aanzienlijk beroepsrisico’s (veiligheidsfunctie of functie met verhoogde waakzaamheid, ioniserende stralingen, AGR met blootstelling aan substanties van het KMR-type en andere die nog moeten worden gedefinieerd...) momenteel onderworpen zijn aan een jaarlijks toezicht;

- Het onderscheid herzien tussen onderworpen en niet-onderworpen werknemer en elke werknemer, ongeacht zijn statuut en het niveau van beroepsrisico’s waaraan hij is blootgesteld een veralgemeende toegang bieden tot het team voor gezondheid op het werk; voor de momenteel niet-onderworpen werknemers zou deze toegang de vorm kunnen aannemen van een “gezondheidscontactmoment” en dat volgens een periodiciteit die varieert volgens de leeftijd van de werknemer (om de 5 jaar vóór 40 jaar en vervolgens om de 3 jaar?);
- Op het gedeelte gezondheidstoezicht een bepaald budget vrijmaken om de opdrachten van de EDPBW’s op het vlak van het risicobeheer te versterken, terwijl het globale budget constant blijft. De gemaakte simulaties die worden voorgesteld in hoofdstuk 8 tonen aan dat het mogelijk is een marge van 10 tot 15% vrij te maken via de aangegeven maatregelen, namelijk in hoofdzaak een verlaging van de periodiciteit van de medische onderzoeken voor een aanzienlijk aantal werknemers.
- In de toekomst duidelijke grondslagen verzekeren voor het financieringssysteem, die in het bijzonder rekening houden met de realiteit van de personeelsmiddelen die beschikbaar zijn voor het gezondheidstoezicht. Is het redelijk een voltijds PA-AG in de boeken op te nemen voor, afhankelijk van het geval, 2000 uur of 1750 uur, terwijl ongeveer 90% van deze PA-AG’s werknemer zijn en in feite een aanzienlijk kleiner arbeidsvolume presteren? Is het in dezelfde geest logisch de uren van de arbeidsverpleegkundige in het kader van de opdrachten inzake gezondheidstoezicht niet in de boeken op te nemen? Deze bedrieglijke voorstellingen behouden zou een slecht signaal vormen voor de toekomst voor zover deze gegevens de facto de diensten aanmoedigen de cijfers te verfraaien, die zij in hun jaarverslagen moeten voorstellen.
- De EDPBW’s uitnodigen met de aangesloten ondernemingen doelstellingen te bepalen en daarover te onderhandelen en indicatoren te meten inzake aanbod van prestaties, verwezenlijking en follow-up van die prestaties, en dat in het kader van de kwaliteitscertificering (ISO 9000) die aan de EDPBW’s wordt opgelegd. Dit laatste punt impliceert dat de federale overheid een nauwkeurig kader voorstelt waarbinnen doelstellingen en te halen prestaties zouden worden gedefinieerd; momenteel krijgen de EDPBW’s enkel verplichtingen opgelegd inzake aanbod en verwezenlijking van prestaties.