

## Standpunt van ATIA t.a.v. Algemene Ziektekostenverzekering (AZV)

Notitie kostenbeheersingmaatregelen en het AZV Fonds.

*“The authorities have undertaken notable reforms in recent years to address the deteriorating pension and health related expenditure in cooperation with the partners of the Social Dialogue, including introducing a mandatory general pension. These measures, along with collection of tax arrears, were not sufficient to contain the rapid widening of the deficit, which had been a combined result of halving of the business turnover tax rate to stimulate the economy, rising public sector wage bill (partly a result of payment for arrears), and increased spending on goods and services.”*

*“Public debt has reached 67 percent of GDP at end-2012, and the financing of the deficit, despite a successful bond issuance last year, has substantially eroded government deposits.”*

Quotes from: Kingdom of the Netherlands-Aruba: Concluding Statement of the 2013 Article IV Consultation Mission, Oranjestad, April 25, 2013

Hoewel citaten soms uit hun verband kunnen worden gerukt en niet altijd in de juiste context geplaatst worden zijn de bovenstaande citaten ‘factually correct’.

Het is deze huidige ‘factual state of the government finances’ dat ATIA grote zorgen baart. De belangrijkste zorg is dat de overheid wellicht voor de gemakkelijkste weg zal kiezen en deze last bij de werkgever zal leggen, terwijl juist deze groep de aanjager is van economische groei en werkgelegenheid en vooral in de particuliere sector worden de inkomens verdiend.

### Het AZV: tekorten en geen meerjarig beleid

De permanente knelpunten in het AZV stelsel met wederom een acuut dreigend tekort in 2013 en volgende jaren noopt tot het nemen van creatieve en ingrijpende maatregelen. Aangezien de overheid garant staat voor de tekorten in het Fonds AZV (er is een wettelijke stortings-of financieringsverplichting) raakt het dreigend deficit in 2013 en volgende jaren direct de overheidshuishouding. Nobele doelen zoals de verlaging van de ‘public debt’ worden volgens ATIA dan illusoir.

Deze analyse is opgesteld aan de hand van de Gecombineerde Financiële verslagen AZV over de boekjaren 2007 – 2012. Deze jaarverslagen bevatten tevens de verslagen van de Raad van Commissarissen en van de Directie. Ook de begroting 2013 is daarbij gebruikt.

Al hier komt ATIA met een eerste essentiële constatering: er ontbreekt een meerjarige projectie van opbrengsten, kosten en landsbijdrage. Zonder een meerjarige projectie kan geen beleid worden uitgestippeld. Hoewel er een Strategie Nota en Meerjarenplan 2011 -2015 bestaat wordt er geen verband gelegd met de kosten-en opbrengstontwikkeling van het Fonds. Uiteindelijk kan dus niet worden getoetst wat het meerjarenplan voor de financiële soliditeit van het AZV fonds heeft betekend, met andere woorden hebben de voornemens geleid tot een betere kostenbeheersing?

Voor wat betreft de zorgkosten dienen actuariële projecties te worden opgesteld. Zonder projecties wordt 'blind gevaren' op de toekomst.<sup>1</sup> Noodgedwongen beperken wij ons tot een analyse van de kostenontwikkeling 2007 – 2013 en komt daarbij tot een aantal acute maatregelen die genomen kunnen/moeten worden.

### Analyse premie-en kostenontwikkeling 2007 – 2013

Kerncijfers (ontleend aan jaarverslagen UO AZV en info SIAD):

	Begroting 2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
Premie %	11,5%	11,5%	11,5%	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%
Premieopbrengst (mln)	252,9	250,1	235,9	186,5	182,8	178,2	166,8
Landsbijdrage (mln)	115,0 (*)	115,0	115,0	145,0	125,3	120,4	98,2
Zorgkosten (mln)	379,6	353,3	342,7	330,6	317,7	300,8	279,4
Beheerskosten na aftrek overige inkomsten (mln)	17,7	14,5	15,9	15,2	18,4	17,7	19,6
Tekort (mln)	<b>-29,4</b>	<b>-2,7</b>	<b>-7,7</b>	<b>-16,1</b>	<b>-28,0</b>	<b>-19,9</b>	<b>-34,0</b>
Tekort financiering door Land (mln)	29,4	2,7	7,7	16,1	28,0	19,9	30,3 3,7 ongedekt
Premiegrens	85.000	85.000	85.000	85.000	85.000	75.600	75.600

(\*) Als landsbijdrage is volgens de begroting 2012 van het UO AZV een bedrag van 144,4 mln opgenomen. In de ontwerp-begroting van de Ministerie van Volksgezondheid is een bedrag van AWG 115 mln gereserveerd. Het gereserveerde bedrag is aangehouden.

Over de periode 2007 – 2012 heeft het Land in totaal AWG 104,7 miljoen aan tekorten gefinancierd. Het merendeel via obligatieleningen wat heeft bijgedragen aan de toename van de 'public debt'. Opvallend is dat een tekortbedrag van AWG 3,7 miljoen uit 2007 blijkbaar nog niet is afgewikkeld.

<sup>1</sup> Volgens het gecombineerd jaarverslag 2012 is de opdracht verstrekt voor de uitvoering van een meerjarenprognose van zorgkosten welke in de eerste helft van 2013 opgeleverd dient te worden. Deze meerjarenprognose is essentieel om een inzicht te krijgen in de toekomstige ontwikkeling van de zorgkosten opdat beleidsmaatregelen kunnen worden getroffen en beleidsopties kunnen worden ontwikkeld voor een eventuele aanpassing van het huidige AZV-model.

De premieverhoging in 2011 (+2%) heeft de kostenontwikkeling slechts 2 jaar min of meer kunnen bijhouden. Voor 2013 en volgende jaren dreigen wederom significante tekorten bij ongewijzigd beleid.

Een eenvoudige extrapolatie voor 2014 levert het volgende beeld op (let op: deze extrapolatie is slechts richtinggevend).

Aannames (basis jaar = 2013):

- Een nominale premiegroei van 2,0% in 2014 en 2,5% in 2015 (was in 2012 6,1% t.o.v. 2011 omdat het minimumloon in 2012 is verhoogd)<sup>2</sup> ;
- Een ongewijzigde premie percentage (11,5%);
- Een toename van de landsbijdrage in 2014 en 2015 van resp. 2,0% en 2,5% (matige groei <sup>3</sup>)
- Een gematigde groei van de zorgkosten van 4,0% in 2014 en 4,5% in 2015 (2012: 3,1%);
- Een gematigde stijging van de netto beheerskosten van 1,5% in 2014 en in 2015;
- Premieloongrens is onveranderd (AWG 85.000).

	2015	2014	Begroting 2013	2012
Premie %	11,5%	11,5%	11,5%	11,5%
Premieopbrengst (mln)	264,4	258,0	252,9	250,1
Landsbijdrage (mln)	120,2	117,3	115,0	115,0
Zorgkosten (mln)	412,55	394,8	379,6	353,3
Beheerskosten-netto na aftrek overige inkomsten (mln)	18,2	18,0	17,7	14,5
Tekort (mln)	<b>-46,2</b>	<b>-37,5</b>	<b>-29,4</b>	<b>-2,7</b>
Tekort financiering door Land (mln)	46,2	37,5	29,4	2,7
Premiegrens	85.000	85.000	85.000	85.000

Voor de periode 2013 - 2015 zal de overheid rekening moeten houden met een tekortfinanciering van ca. AWG 113,1 miljoen. Zonder stringente kostenbeheersingsmaatregelen, (gedeeltelijke) verlegging van de zorgkosten naar de gebruikers en/of een stelselhervorming zal het tekort worden gefinancierd door het aangaan van obligatieleningen, bezuinigingen in de landsbegroting en via een premieverhoging. Elke premieverhoging met een (1) procentpunt levert momenteel ca. AWG 24,0 miljoen op.

<sup>2</sup> Economic Forecast Monitor, 26 april 2013, Centrale Bank van Aruba verwacht een nominale groei van het GDP van 0,8% en een reële groei van 2,6% vanwege deflatie (-3,4%). Aanname voor 2014 en 2015 resp. 2,0% en 2,5% nominale groei (rooskleurig scenario).

<sup>3</sup> Zeer beperkte financiële ruimte in verband met doel om 'public debt' te verlagen, ceteris paribus.

Bij een bovenstaand scenario (zie de aannames) zal het tekort in 2015 derhalve verder zijn opgelopen tot ca. AWG 47 mln en dit zal van significante invloed zijn op de financiële positie van het Land.

In dit scenario is op geen enkele wijze rekening gehouden met de financiële gevolgen van de uitbreiding van de zorg in IMSAN maar ook niet met de financiële gevolgen van de nieuwbouw en uitbreiding van het dr. Horacio Oduber Hospitaal.<sup>4</sup>

### **Wat zijn onze opties ?**

ATIA onderscheidt interventies op de korte termijn en interventies op de lange termijn. Het huidige model van onze algemene ziektekostenverzekering is gezien de uitkomsten van de eenvoudige extrapolatie budgettaire – ceteris paribus- niet houdbaar. Het beslag op de algemene middelen en op de nationale schuld (bij tekortfinanciering via leningen) werkt naar onze mening verlamdend op de budgettaire ruimte van de overheid en de stijging van onze schuldpositie heeft ernstige negatieve gevolgen voor de economie van het land. Wij worden in 2013 voor harde keuzes gesteld om het AZV stelsel voor de komende decennia veilig te stellen.

De afwenteling van (oplopende) tekorten via premieverhoging is onaanvaardbaar. De werkgevers hebben recent kostenverhogingen geïncasseerd in de vorm van de stijging van de AZV premie met 1% in 2011. De premieverhouding voor de werkgever en de werknemer is volledig scheef. Verder hebben werkgevers te maken met hogere kosten voor de aanvullende pensioenregeling (LAP). In 2014 neemt de werkgeverspremie verder toe tot zelfs 3%. De acute tekorten in het Fonds AOV/AWW moeten eveneens worden opgelost. Ook hier is een lastenverzwaring voor de werkgevers onacceptabel.

Ongeacht de horizon van de interventies (dichtbij of veraf) dienen de materiële controles op doelmatigheid van de zorgkosten een centrale plaats te krijgen binnen de uitvoeringswerkzaamheden en deze materiële toetsingen moeten met kracht worden ingevoerd danwel worden geïntensiveerd. Zie hierna.

### **Korte termijn acties bij het Fonds AZV:**

Er zijn indicaties dat de kostenbeheersingsmaatregelen welke het UO AZV op dit moment uitvoert niet afdoendend zijn (onvoldoende resultaat) of (nog) niet in gang zijn gezet dan wel met onvoldoende kracht worden uitgevoerd.

Een aantal zorgcategorieën baart ATIA zeer grote zorgen, te weten:

- Explosieve toename van de kosten van buitenlandse uitzendingen terwijl de kosten van medisch specialistische zorg gelijkblijven of zelfs dalen. De redenen ervoor zijn onduidelijk (is er voldoende toezicht op de verwijzingen?).

<sup>4</sup> Het is door het UO AZV en het dr. Horacio Oduber Hospitaal nog niet becijferd wat de financiële gevolgen zijn. Alleen al aan medische apparatuur is een bedrag van ca. USD 24,0 nodig welke via leningen aangegaan door het dr. Horacio Oduber Hospitaal gefinancierd wordt. De rente-en aflossingsverplichtingen worden naar alle waarschijnlijk opgenomen in het zorgbudget voor het ziekenhuis.

- Explosieve toename van de kosten laboratoria.
- Het aflopen van de overeenkomst tussen de overheid en de importeurs van geneesmiddelen zonder zicht op verlenging of een andere overeenkomst.
- Hebben de investeringen in de eerste lijn (huisartsenzorg) effect gehad op de beheersing van de kostengroei in de 2<sup>e</sup> en de 3<sup>e</sup> lijn ?
- Stijging van de kosten van hulpmiddelen
- Kostenontwikkeling IMSAN (een derde geldstroom moet met de faciliteit op gang worden gebracht)

Volgens ATIA dient op korte termijn en met kracht een aantal maatregelen te worden genomen:

- Stringente aanpak en intensivering van maatregelen die de interdoktervariatie terugdringen. Het gaat om doelmatig voorschrijven van geneesmiddelen, doelmatig aanvragen van lab-tests, en doelmatige en 'evidence based' behandelingsmethoden. Hierbij moet het criteria van 'cost-effectiveness' voorop staan.
- Het is niet voldoende om de interdoktervariaties zichtbaar te maken en te bespreken met de zorgverlener ('spiegelen'). Voorzover dit niet (meer) wordt gehanteerd dient er op korte termijn een systeem van 'bonus/malus' te worden ingevoerd. Onder dit systeem vallen systemen van 'pay for performance' (P4P): een basisbeloning aangevuld met toeslagen bij nakoming van overeengekomen prestatie criteria (doelmatigheid/'cost effectiveness', kwaliteit van de output). De huidige bekostigingsmethode van de zorgverlener moet acuut op de schop. In de gedragsliteratuur zijn er overtuigende aanwijzingen dat 'penalties' (malus) beter werken dan 'bonuses'<sup>5</sup>.
- Er dient een krachtige Inspectie Volksgezondheid te komen;
- In 2012 kennen wij deflatie en in 2013 verwacht de Centrale Bank wederom 'negatieve inflatie' (deflatie). Desalniettemin kennen enkele zorgovereenkomsten indexeringsclausules (al dan niet met vooraf bepaalde indexeringspercentages). Indexeringsclausules moeten acuut uit de zorgovereenkomsten worden gehaald. Automatische prijsaanpassingen behoren niet in zorgovereenkomsten te worden opgenomen, aanpassing van vergoedingen moet zijn op basis van P4P met gebruikmaking van normatieve kostenmodellen voor praktijkkosten en honorarium.
- Effectievere en efficiëntere beheersing van de kosten (ter voorkoming van een stijging van 1,5 % per jaar).
- Het UO AZV wijst in het financieel verslag 2012 op een aantal knelpunten bij de uitvoering van het **Kaderbrief Curatieve Zorg 2011-2013** van de overheid. Deze knelpunten worden hierna behandeld (niet uitputtend). Ten aanzien van de beschikbaarheid van huisartsen in relatie met de druk op de huisartsenpraktijken (volgens het UO AZV) wordt in de bijlage een voorstel uitgewerkt welke tevens kan worden ingezet om de financiële druk op het ZV fonds (loonderving) te verlichten en tegelijkertijd bijdraagt aan preventie (i.c. arbeidsomstandigheden) met positieve gevolgen voor de arbeidsproductiviteit.

<sup>5</sup> Andre den Exeter & Martin Buijsen (eds.): Rationing Health Care; Hard Choices and Unavoidable Trade-Offs, Chapter 11, 2012.

Vooral dit laatste is van belang mocht de nationale arbeidsreserve ontoereikend zijn om in de komende jaren aan de arbeidsvraag in de hotelsector te voldoen. Op nieuwe aanvragen voor hotelvergunningen dient het moratorium te rusten.<sup>6</sup>

#### Knelpunten:

- Zelfzorg, mantelzorg en preventie. Op de korte termijn (2-3 jaar) valt geen significante bijdrage hiervan te verwachten aan de beheersing van de kosten van de curatieve zorg. Dit wil echter niet zeggen dat deze initiatieven geen waarde hebben. De positieve effecten zijn op de middellange en lange termijn (4-6 jaar en verder).
- Bevordering kwaliteit en doelmatigheid. Spiegelen van interdoktervariaties (en bij andere zorgverleners, zoals bij fysiotherapeuten) is niet voldoende. Het huidige beloningssysteem voor zorgverleners moet acuut op de schop: invoering van een P4P systeem met robuuste zorgcontracten t.a.v. de naleving van overeengekomen doelmatigheid-en kwaliteitscriteria.
- Versterking huisartsenzorg. Ondanks de uitbreiding van het aantal huisartsenpraktijken blijft de bereikbaarheid en de beschikbaarheid van de praktijk voor de verzekerde een zeer groot aandachtspunt. Volgens het UO AZV wordt de druk op de huisartsenpraktijken op een oneigenlijke wijze vergroot doordat de huisarts tevens AO-briefjes afgeven.

Een uitbreiding van het aanbod sec (en daardoor vergroting van de beschikbaarheid van de huisarts voor de verzekerde) zonder stevige flankerende maatregelen om de stroom van verzekerden naar de huisartsenpraktijk te reguleren en een effectieve benutting van de additionele capaciteit te waarborgen, zal niet het beoogde resultaat opleveren. ATIA heeft reeds in een brief van september 2010 aan het RvC van het UO AZV en in het document "Naar een arbeidsgezondheidskundige verzuimaanpak voor Aruba" (december 2011) aangegeven dat het UO AZV een actieve rol moet spelen bij het sanctioneren van huisartsen die AO briefjes afgeven. Deze betalende werkzaamheden geschieden in de tijd gecontracteerd voor het zien en het behandelen van de verzekerde en met gebruikmaking van de door het UO AZV volledig gefinancierde infrastructuur van de huisartsenpraktijk. ATIA herhaalt dit standpunt: er moet middels het zorgcontract paal en perk worden gesteld aan deze bijverdiensten welke druk zet op de beschikbaarheid van de huisartsenpraktijken voor de verzekerde.

Tot op heden heeft de ATIA geen terugvorderingsactie gemerkt.<sup>7</sup> De acties blijven bij wensen om de betaalde nevenwerkzaamheden te ontmoedigen of te verbieden (zie het gecombineerd financieel jaarverslag 2012 UO AZV pagina 11).

<sup>6</sup> Nota Duurzame Oudedagsvoorziening van de Regering van Aruba, 1 november 2011 ('Nota Flex AOV 2012'): verondersteld wordt dat op nieuwe aanvragen voor een hotelvergunning een moratorium rust. Grote hotelprojecten welke toegewezen zijn, zijn de Ritz Carlton (oplevering november 2013) en het Hard Rock Cafe Hotel (opleveringsdatum dezerzijds onbekend).

- Medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Een significant deel van de doelstellingen is (nog) niet behaald waardoor de beoogde beheersing van deze zorgkosten grote risico's loopt. Ondanks de complexiteit van de materie moet helderheid worden verschaft over het kostenplaatje van de voorgenomen uitbreiding van de medische zorg: wat zijn de geraamde zorgkosten van de nieuwbouw/uitbreiding van het HOH, de geraamde zorgkosten van de plannen voor de IMSAN (derdelijnszorg), de verzochte uitbreiding van medisch personeel en modernisering van medisch apparatuur (bijvoorbeeld, het MRI is op redelijke korte termijn aan vervanging toe), verzochte invoering van nieuwe behandelingsmethoden-en technieken etc.? Meerjarige projecties zijn hierbij hard nodig.
- Invoering van een stelsel van eigen bijdrage ('co-payments') en/of eigen risico. ATIA onderschrijft het voorstel van het UO AZV opgenomen in het Directieverslag bij het gecombineerd financieel verslag 2012 om de verantwoordelijkheid van de zorggebruiker voor een verantwoord gebruik van de AZV te vergroten middels de invoering van eigen bedragen en/of eigen risico (Gecombineerd financieel verslag 2012, UO AZV, pagina 14). 'Co-payment' en/of eigen risico dient in 2014 voortvarend te worden ingevoerd. De invoering van 'co-payments' wordt overigens al enige tijd door ATIA aangeraden. Tevens in het reeds gepubliceerde Rapport AZV Commissie van juli 2009 staan concrete voorstellen voor eigen risico's vermeld.
- Een onderzoek naar de invoering van het eigen risico dient in 2014 te worden opgestart. In het derde kwartaal van 2014 moet een besluit vallen over de implementatie.
- In 2014 dient een onderzoek te worden opgestart naar de mogelijkheden om het pakket te verkleinen onder gelijktijdige verruiming van het aanbod van aanvullende verzekeringen. ATIA onderschrijft dit voorstel van het UO AZV (Gecombineerd financieel verslag 2012, UO AZV, pagina 14). ATIA is niettemin van mening dat deze exercitie onderdeel moet zijn van een herziening van het huidige AZV model. Dit is een actie voor de langere termijn. De 'Co-payment' en eigen risico dient overigens te worden gehandhaafd totdat een nieuw model voor de algemene ziektekosten verzekering is overeengekomen en is ingevoerd.
- Nagegaan dient te worden of de huidige contracten van de specialisten doorbroken danwel gewijzigd kunnen worden. In 2014 zal naar andere alternatieven gezocht moeten worden ter voorkoming van de lange wachtlijsten.

---

<sup>7</sup> De omvang van deze bijverdiensten wordt geschat op ca. AWG 2,0 miljoen per jaar. Middels het zorgcontract kan de arts worden gedwongen om deze bijverdiensten op te geven en geconstateerde bijverdiensten met het abonnementshonorarium te verrekenen (en boetes op te leggen). ATIA heeft al eerder gewezen op de terugvorderingsactie.

Ten overvloede: **er mag geen nieuwe lastenverzwaring voor het bedrijfsleven worden doorgevoerd middels de verhoging van het werkgeversdeel van de premie AZV.** De hierboven voorgestelde maatregelen dienen eerst te worden ingevoerd en de effecten moeten worden gemeten. De werkgevers hebben zoals reeds aangegeven recentelijk ingestemd met de LAP en andere lastenverzwarende aanpassingen in het sociale zekerheidsstelsel. Verder kijken de werkgevers aan tegen een nog meer versterkte arbeidsmarkt als gevolg van de recente aanpassing van de arbeidswetgeving. Nog meer lastenverzwaring voor ons is niet acceptabel.

Wat betreft de interventies op de lange termijn verwacht de ATIA voorstellen hiervoor van de regering te ontvangen ten behoeve van een open discussie over de toekomst van het AZV-stelsel. Ten slotte is ATIA zich van bewust dat overal waar mensen (samen)werken er verschillen in belangen kunnen bestaan.

In de komende overleggen wil ATIA met de andere partijen discussiëren vanuit een oprechte zorg voor zowel het onderhouden van de goede relatie als aan het tegemoet komen aan de verschillende belangen. ATIA's uitgangspunt is om te discussiëren op basis van het streven naar een win-win scenario, waar geen nieuwe lastenverzwaring voor het bedrijfsleven worden doorgevoerd, centraal staat. De oplossingscreativiteit ten aanzien van ATIA's streven naar een betere zorgkostenbeheersing kan naar onze mening alleen worden bevorderd door dus op zoek te gaan naar efficiëntere en effectievere oplossingen in wederzijds belang en wederzijds voordeel.



## **Bijlage: “Naar een arbeidsgezondheidskundige verzuimaanpak voor Aruba”**

ATIA heeft in een document getiteld “Naar een arbeidsgezondheidskundige verzuimaanpak voor Aruba” zijn visie gegeven. Een visie welke ook gesteund wordt door het AOV-rapport van de Commissie Sociale Dialoog onder het voorzitterschap van M. Agunbero.<sup>8</sup> In deze bijlage wordt deze visie uitgewerkt in bouwstenen. Voor de visie zelf wordt naar het document “Naar een arbeidsgezondheidskundige verzuimaanpak voor Aruba” verwezen.

De huidige knelpunten in de eerste lijn (volgens het UO AZV wordt de huisarts belast met het oneigenlijk werk van uitschrijven van verzuimbriefjes), de tekorten in het Fonds ZV/OV en de grote instroom van landskinderen met een niet-BIG artsdiploma kunnen met enige creativiteit en wilskracht worden opgelost. Wat is de oplossing:

- Ter ondersteuning van preventief gezondheidsmanagement en om deze vorm en inhoud te geven ten aanzien van verzuim/arbeidsproductiviteit wordt wettelijk een scheiding aangebracht tussen behandelen (curatieve sector) en beoordelen/gezondheidsmanagement (preventie).
- De scheiding tussen de curatieve gezondheidssector en de preventieve gezondheidsector (‘de arbo-arts’ of ‘de arbeidsgeneeskundige’) wordt doorgevoerd in het AruBig. Kwaliteitscriteria en voorwaarden worden in het AruBig opgenomen.
- Arbo-artsen worden o.a. gerekruteerd onder de artsen (landskinderen) die in de regio afstuderen of zijn afgestudeerd (Costa Rica !). Er komt een vervolgopleiding tot arbo-arts met registratie in het AruBig<sup>9</sup>
- Gezondheidsmanagement op de werkvloer en in het bijzonder het management van het kort verzuim en de daarmee samenhangende arbeidsomstandigheden is een verantwoordelijkheid van de werkgever en de werknemer (vakbond). De stroom ‘AO’ klanten bij de huisarts die voor het ‘AO-briefje’ komt wordt verlegd naar de arbo-arts zodat de huisarts wordt ontlast. Naar verwachting levert dit besparingen op in de kosten van voorgeschreven geneesmiddelen en wordt de beschikbaarheid van de huisarts voor de AZV verzekerde ook sterk verbeterd.
- De SVB nieuwe stijl blijft de AOV/AWW, de OV en de Cessantia wet uitvoeren.

---

<sup>8</sup> Het AOV-rapport van de Commissie Sociale Dialoog onder het voorzitterschap van M. Agunbero beveelt om een scheiding aan te brengen tussen de arbeidsgezondheidskundige zorg en de risico-verzekeringsactiviteiten binnen de Sociale Verzekeringsbank.

<sup>9</sup> De arbo-arts krijgt een lokale registratie. Registratie in NL zal waarschijnlijk niet mogelijk zijn, maar is ook niet nodig.

- In het zorgcontract van het UO AZV met de huisartsen wordt een verbodsbepaling opgenomen voor het verrichten van betaalde nevenwerkzaamheden (keuringen, verzuimbriefjes, cosmetische verrichtingen etc.) op straffe van boete en/of verrekening van de aldus verkregen neveninkomsten. Het terrein van verzuimbeheer en keuringen is voorbehouden aan de ‘arbo-arts’ die een registratie heeft in het AruBig.
- Om een impuls te geven aan de nieuwe tak Gezondheidsmanagement en het management van het kortdurend verzuim wordt de periode van het eigen risico voor de loonderving (Lv. ZV) naar 6 weken verlengd onder gelijktijdige verlaging van de premie ziekteverzekering voor wat betreft het kort verzuim. Met andere woorden, uitkeringen uit het Fonds ZV ten behoeve van kort verzuim vervallen.  
Effect: aanzienlijke premieverlaging voor de werkgever en sanering van Fonds ZV (geen tekorten meer). Met de ruimte welke door de premieverlaging wordt gecreëerd contracteert de werkgever de arbo-arts ten behoeve van de controle op het kortdurend verzuim.
- Controle van het kort verzuim vindt derhalve plaats door arbo-artsen die tevens opgeleid worden in gezondheidsmanagement en preventie. Werkgevers kunnen zoals gezegd afspraken maken met de werknemers om daarvoor de arbo-arts in te huren.
- Zorg wel voor de mogelijkheid dat het bedrijfsleven zich vrijwillig kan (bij)verzekeren tegen de kosten van doorbetaling van loon bij kortdurende arbeidsongeschiktheid (kort verzuim). Om bijverzekeren qua kosten dragelijk te houden dient de verplichting van doorbetaling bij ziekte wederom op maximaal 80% gesteld te worden. De werknemer moet namelijk ook een deel van het risico mee te dragen.
- De overheid behoudt in dit stelsel de verantwoordelijkheid voor de langdurige arbeidsongeschiktheid. Dit is meestal een kwetsbare groep. De SVb wordt omgezet in een organisatie enigzins vergelijkbaar met de Nederlandse UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen). De kernactiviteiten zijn reïntegratie en vaststelling van de capaciteit om te werken. De SVb nieuwe stijl voert ook alle medische keuringen uit t.b.v. de Gehandicaptenregeling (een LBHAM) omdat de regeling bedoeld is om langdurige of permanent arbeidsongeschikten van een zekere inkomen te voorzien.
- In de nieuwe rol van de SVb dient herplaatsing van langdurige arbeidsongeschikte werknemers (re-intergratie) een van de kernactiviteiten te zijn. De herplaatsing dient met financiële incentives van de overheid (SVb) te worden ondersteund. Te denken valt aan verlaagde loonbelastingtarieven voor het in dienst nemen van werknemers met beperkingen of bij reïntegratie van werknemers in aangepast werk ter compensatie van lagere arbeidsproductiviteit. Bij de overheid moet een nieuwe manier van denken komen ten aanzien van arbeid en gezondheid en deze dient mede door incentives te worden ondersteund.