

Participatieve analyse van de governance in de tak arbeidsongevallen

Deelverslag van het onderzoeksproject
“Opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk van sociale zekerheid”
Leuven, België
2008-2009

Ellen FOBÉ & Koen VERHOEST
K.U.Leuven - Instituut voor de Overheid

INLEIDING	4
HOOFDSTUK 1 – OVERZICHT VAN DE BETROKKEN ACTOREN.....	6
1. Het Fonds voor Arbeidsongevallen.....	7
1.1. Opdrachten	7
1.1.1. Controleopdracht	7
a) Controle op de werkgevers	8
b) Controle op de verzekeringsondernemingen	8
1.1.2. Betalingsopdracht	9
a) Zeelieden en niet-verzekerden	9
b) Financiële overdrachten vanwege de verzekeraars.....	9
c) Vóór 1 januari 1988.....	10
1.1.3. Inningsopdracht	10
1.1.4. Informatieopdracht	12
a) Adviesfunctie	12
b) Sociale bijstandsfunctie	12
c) Preventiefunctie	12
d) Informatiestromen beheren.....	13
1.2. Beheersorganen	14
1.2.1. Beheerscomité	14
1.2.2. Adviescomités	15
a) Technische comités voor de zeelieden.....	15
b) Technisch Comité voor de Preventie.....	15
c) Medisch-Technisch Comité.....	16
1.2.3. De personen belast met het dagelijkse beheer	17
1.3. Bestuursovereenkomst.....	17
2. Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen	19
2.1. Toezicht.....	19
2.1.1. Prudentiële controle	19
2.1.2. Uitvoering en gevolgen	20
2.1.3. Interne structuur.....	21
2.2. Organen	22
2.3. Vertegenwoordiging.....	23
3. Verzekeringsondernemingen	24
3.1. De arbeidsongevallenverzekeraars	24
3.1.1. Twee soorten arbeidsongevallenverzekeraars.....	24
3.1.2. Preventie.....	26
3.2. Assuralia.....	26
4. De werkgevers	28
HOOFDSTUK 2 – STURING EN OPVOLGING VAN DE UITVOERING.....	29
1. Respect voor algemene regels.....	30
1.1. Verplichtingen van de werkgever.....	30
1.1.1. Verzekeringsplicht – is de werkgever verzekerd?	30
1.1.2. Aangifteplicht – geeft de werkgever elk ongeval aan bij de verzekeraar?.....	32
1.1.3. Overzicht	35
1.2. Sturing van de marktwerking	37
1.2.1. Rendabiliteit, solvabiliteitsmarge, technische reserves en dekkingswaarden	37
1.2.2. Financiële controle door de CBFA	38
a) Financiële rapportage.....	38

i.	Vrijwaring van de rendabiliteit, solvabiliteit, technische reserves en dekkingswaarden.....	38
ii.	Output.....	39
iii.	Maatregelen en sancties.....	39
1.2.3.	Overzicht	42
1.2.4.	Vaststellingen	43
2.	Oprachtoproces 1 – het basisproces	45
2.1.	Ex nunc: Afhandeling van een dossier	46
2.1.1.	Onderzoek ter aanvaarding van het ongeval – is het ongeval een arbeidsongeval?.....	46
a)	Aanvaarding.....	47
b)	Weigering / twijfel.....	47
2.1.2.	Bepaling van de schadeloosstelling – wat moet worden uitbetaald?	48
2.1.3.	De schadeloosstelling – is de uitbetaling correct en tijdig?	50
2.2.	Ex post: Administratief en medisch toezicht.....	51
2.2.1.	Intern toezicht door de verzekeraars.....	51
a)	Bijkomend administratief onderzoek op weigering	51
b)	Ad hoc controle op aanvaarding.....	51
c)	Interne medische toezicht op de bepaling van de arbeidsongeschiktheidsgraad.....	51
d)	Controle op de interne beheerssystemen voor de uitbetaling	52
2.2.2.	Extern toezicht door het Fonds voor Arbeidsongevallen.....	52
a)	Administratief en medisch toezicht	52
i.	Specifiek en algemeen administratief en medisch toezicht	52
ii.	Output.....	54
iii.	Sancties.....	55
b)	Bekrachtiging van de akkoorden	56
c)	Bemiddeling.....	56
d)	Beheer van de elektronische informatiestromen.....	57
2.3.	Ex post: Betwistingsproces	58
2.4.	Het Fonds als verzekeraar of waarborgfonds	59
2.5.	Vaststellingen en overzicht	59
2.5.1.	Overzicht	60
2.5.2.	Vaststellingen	61
3.	Oprachtenproces 2 – de ten onrechte betaalde prestaties	65
3.1.	Ex ante: Oorzaken en opsporing.....	65
3.2.	Ex nunc: Terugvordering of afzien van terugvordering	67
3.3.	Ex post: Beheer en controle.....	67
3.4.	Het Fonds als verzekeraar of waarborgfonds	69
3.5.	Vaststellingen en overzicht	69
3.5.1.	Overzicht	70
3.5.2.	Vaststellingen	71
4.	Financieel proces	72
4.1.	Ex nunc: Premiebepaling.....	72
4.2.	Ex post: Controleprocessen	75
5.	Beheersproces: de beheerskosten.....	76
5.1.	Ex ante: Financiering van de beheerskosten.....	76
5.2.	Ex nunc: Bepaling van de beheerskosten	76
5.2.1.	Hoge beheerskosten.....	76
5.2.2.	Verklaring van de hoge beheerskosten	78
5.3.	Ex post: Responsabilisering en controle.....	80
5.4.	Het Fonds als verzekeraar of waarborgfonds	80
5.5.	Vaststellingen.....	81
6.	Samenvatting: aansturing en opvolging van de markt van de arbeidsongevallenverzekeraars	82
6.1.	Algemene vaststellingen.....	82
6.2.	Conclusie.....	83
HOOFDSTUK 3 – ANALYSE VAN DE MARKTWERKING	85	

1. Concurrentie en marktwerking	85
1.1. Aantal en aard van de arbeidsongevallenverzekeraars	85
1.1.1. Aantal aanbieders	85
1.1.2. Winstprincipe	86
1.2. Vraag en aanbod.....	86
1.3. Concurrentie	87
1.4. Marktconcentratie.....	88
2. Toezicht door de overheid	89
HOOFDSTUK 4 – VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN	90
1. Dubbele referentiologica	90
2. Analyse van de coördinatie.....	91
3. Vraagstukken	93
3.1. Wat is de rol van het Fonds voor Arbeidsongevallen?	93
3.2. Wat met de hoge beheerskosten bij de verzekeraars?	94
3.3. Wat met de complexiteit van het systeem?	95
4. Aanbevelingen	96

INLEIDING

Dit verslag is een van de outputs van het onderzoeksproject "Opvolging en begeleiding van de secundaire netwerken van sociale zekerheid". Dit project werd uitgevoerd door het Instituut voor de Overheid, op opdracht van de POD Federale Wetenschapsbeleid en in samenwerking met de FOD Sociale Zekerheid.

Het onderzoeksproject streeft drie doelstellingen na. Ten eerste beoogt het de werkelijke sturingsprocessen die onder de actoren plaatsvinden, te beschrijven, aan de hand van een ideaaltypisch analysekader. Ten tweede heeft het project als doel de takken met elkaar te vergelijken, op het vlak van sturing en coördinatie. Ten derde is het de bedoeling vervolmakingsporen voor te stellen, zodat een debat onder de actoren kan plaatsvinden over de governance van hun tak.

Gedurende anderhalf jaar werden deze doelen nagestreefd in vijf casestudies, in chronologische volgorde: de tak ziekte- en invaliditeitsverzekering, de tak jaarlijkse vakantie van de arbeiders, de tak kinderbijslagen van de werknemers, de tak arbeidsongevallen en de regeling van sociale zekerheid der zelfstandigen.

Elke case werd als een sturingsstelsel opgevat, waar elementen in wisselwerking met elkaar staan. De sturingsstelsels werden geëvalueerd op basis van hun geloofwaardigheid ten opzichte van de buitenwereld. De vraag werd gesteld of de risico's die uit de wisselwerking van de sturingsinstrumenten en uit het gedrag van de actoren voortvloeien, door het sturingsstelsel gedekt worden.

Uit deze opzet werden de onderzoeksmethoden en de formulering van de verschillende deelverslagen afgeleid.

Wat de onderzoeksmethodes betreft, werd er voor de formule van een participatieve analyse gekozen. De volgende stappen werden in elke casestudie gevolgd. Ten eerste werd een analyse van de wetgeving gevoerd. Op basis daarvan werd een sjabloon opgesteld, waar een aantal sturingsinstrumenten geïdentificeerd en formeel beschreven werden. Ten tweede werden de belangrijkste actoren van elke tak geïnterviewd. De interviews hadden drie doelstellingen: (1) leren hoe de in de wetgeving geïdentificeerde sturingsinstrumenten werkelijk ingezet worden, (2) de percepties van de actoren kennen over de sterktes en de zwaktes van de sturingsinstrumenten, evenals (3) hun visie voor de toekomst. Ten derde werd een voorlopig verslag opgesteld, op basis van de analyse van de wetgeving en de interviews. De actoren worden hierin beschreven en de processen via

dewelke ze elkaar aansturen, geanalyseerd. Indien relevant komt de marktwerking aan bod. Er worden vervolmakingsporen voorgesteld. Ten slotte werden de voorlopige verslagen aan de geïnterviewden teruggekoppeld om na te gaan of de feiten die de analyse gronden correct werden weergegeven. Er werd zoveel mogelijk met de opmerkingen van de actoren rekening gehouden om te komen tot de definitieve verslagen.

De doelstellingen van het onderzoek, het opzet van de casestudies en de onderzoeksmethoden hebben de toon van de analyse bepaald. Tijdens de interviews konden de actoren soms elkaars gedrag beoordelen. Dergelijke uitspraken werden opgevat als de uitdrukking van het mogelijke bestaan van bepaalde risico's in het sturingsysteem. Als meerdere actoren van verschillende organisaties dezelfde risico's aanhaalden, werd er in de analyse rekening gehouden met de kans dat bepaalde risico's zich zouden voordoen indien deze niet beheer(s)d werden. Hieruit vloeit voort dat geen enkele uitspraak die doorheen de verslagen terug te vinden is, als een bewijs van het bestaan van bepaalde praktijken moet worden beschouwd. De aanbevelingen werden uitgedrukt in overeenstemming met deze aanpak. Ze werden geformuleerd om de mogelijke risico's te beheersen indien zij zich zouden voordoen.

Doorheen dit verslag werd er getracht een duidelijk onderscheid te maken tussen (1) de feiten, (2) de standpunten van de actoren, (3) de aanbevelingen van het onderzoeksteam, en (4) de reacties van de actoren. Telkens er gebruikt wordt gemaakt van cursieve letters, worden uitspraken uit interviews weergegeven van één of meerdere actoren. Dit betekent echter niet noodzakelijk dat er hierover een consensus bestaat bij de geïnterviewden. De aanbevelingen worden in aparte secties geplaatst en duidelijk vermeld door het onderzoeksteam. Ze worden uitgedrukt in termen van coherente systemen.

De terugkoppelingsfase had aanvankelijk niet als doel de door de actoren uitgedrukte standpunten of de voorgestelde vervolmakingsporen als dusdanig ter discussie stellen. Nochtans werd er zoveel mogelijk geprobeerd met het voorbehoud van de actoren rekening te houden indien dit werd geformuleerd. Indien er sprake was van fundamentele opmerkingen op het onderzoek, werden deze in het verslag opgenomen en zo veel mogelijk vermeld bij de betrokken paragrafen. Voor zover dit mogelijk was, werd er getracht de anonimiteit van de actoren te beschermen.

HOOFDSTUK 1 – Overzicht van de Betrokken Actoren

In dit eerste hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste actoren die bij de tak arbeidsongevallen betrokken zijn. Deze actoren kunnen worden onderverdeeld in actoren uit het primaire en uit het secundaire netwerk. Een andere opdeling van de actoren zou kunnen gebeuren op basis van hun sturingscapaciteiten. Op deze wijze kunnen enerzijds sturende, en anderzijds gestuurde actoren worden geïdentificeerd. Zoals voor elke tak van de sociale zekerheid het geval is, kan ook hier, ten slotte, een onderscheid worden gemaakt tussen publieke en private actoren. De onderverdeling tussen de verschillende categorieën is steeds min of meer gelijklopend.

De tak arbeidsongevallen kent twee belangrijke publieke actoren, met name het Fonds voor Arbeidsongevallen (FAO) en de CBFA of Commissie voor Bank-, Financier- en Assurantiwezen. De voornaamste private actoren die betrokken worden in de sturingsrelaties van de tak arbeidsongevallen zijn de private verzekeringsinstellingen en gemeenschappelijke verzekeringskassen. Tot slot dienen ook de werkgevers zelf te worden vermeld. Zij zijn immers verplicht een arbeidsongevallenverzekering aan te gaan.

De actoren uit de tak arbeidsongevallen worden in dit eerste hoofdstuk uitvoerig beschreven. Dit gebeurt voornamelijk op basis van een formele analyse van de regelgeving hieromtrent. De taken waarvoor deze actoren in staan, zijn immers gedetailleerd in de wet vastgelegd. Het gaat dan in hoofdzaak om het verzorgen van de uitbetalingen, het beheer, en de controle binnen de tak van de arbeidsongevallen. Het belangrijkste wetgevende document in de arbeidsongevallensector betreft de Arbeidsongevallenwet (AOW) van 10 april 1971.

In tegenstelling tot de andere takken van de sociale zekerheid kan de arbeidsongevallensector beschouwd worden als een hybride systeem waarbij een combinatie van privaat- en publiekrechtelijke principes de basis vormt voor het beheer, de controle en de uitbetalingen.

1. Het Fonds voor Arbeidsongevallen

Het Fonds voor Arbeidsongevallen wordt bij K.B. van 8 april 2002 gerekend tot de Openbare Instellingen van de Sociale Zekerheid en maakt daarmee deel uit van het primaire netwerk van de sociale zekerheid. Het Fonds is naast de private verzekeringsmaatschappijen de belangrijkste actor in de tak arbeidsongevallen. Hieronder worden de opdrachten van het FAO, haar werking, en beheersorganen, evenals de (tweede) bestuursovereenkomst beschreven en becommentarieerd.

1.1. Opdrachten

Het FAO wordt belast met een vijftiental opdrachten (Art.58 AOW) die kunnen worden onderverdeeld in vier hoofdopdrachten, zijnde controle, uitbetalen van allerlei soorten uitkeringen, het innen van bijdragen en het informeren van andere actoren in het netwerk. Er kan met andere woorden gesteld worden dat het Fonds voor Arbeidsongevallen belast is met de **beleidsvoorbereiding** binnen de tak arbeidsongevallen, (een deel van) de **uitvoering** en het **beheer** ervan, evenals de **controle** die hierop plaats vindt.

1.1.1. Controleopdracht

De belangrijkste opdracht van het FAO is het uitoefenen van de **controle op de Arbeidsongevallenwet** en de ter uitvoering ervan genomen besluiten en verordeningen (Art.87 AOW). Hiervoor worden twee categorieën van actoren ingeschakeld.

Vooreerst zijn het de **sociale inspecteurs** (zestien personen niveau A) en **sociale controleurs** (negen personen, niveau B)¹ van het Fonds voor Arbeidsongevallen die dit toezicht uitoefenen overeenkomstig de bepalingen van de wet van 16 november 1972 betreffende de arbeidsinspectie. De verzekeringsondernemingen worden gecontroleerd door sociale inspecteurs, terwijl sociale controleurs (tien personen) toezicht houden op de werkgevers. Het FAO kan ook **geneesheren** inschakelen bij de controle op de medische aspecten bij de afhandeling van een arbeidsongeval. Deze beschikken over dezelfde bevoegdheden als de sociale inspecteurs. Daarnaast kan het een beroep doen op de mededeling van vertrouwelijke informatie vanwege de CBFA (Art.91 septies decies, Wet 9 juli 1975 betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen). Dit vloeit voort uit een **samenwerkingsprotocol** tussen het Fonds en de vroegere Controledienst voor de Verzekeringen (CDV) dat dateert van maart 2003, en dat in juni 2005 werd hernieuwd door een akkoord met de

¹ Dit zijn gegevens op 30 juni 2008 (http://www.pdata.be/reports/tab_stat.php)

CBFA. Het protocol houdt de mededeling in tussen beide partijen van alle relevante gegevens omtrent de financiële situatie, de uitwisseling van informatie verkregen en vaststellingen gedaan tijdens inspecties, het uitvoeren van gemeenschappelijke controles, en maatregelen die de belangen van de verzekeringsnemers, verzekerden en hun begunstigden moeten vrijwaren. Dit met het oog op een optimale uitoefening door beide instellingen van hun controleopdrachten. (CBFA, 2005: 6)

De controleopdracht van het Fonds omvat verschillende aspecten. Deze worden hieronder opgesomd aan de hand van het voorwerp van controle.

a) Controle op de werkgevers

De sociale controleurs van het FAO controleren, ten eerste, de naleving van de **verzekeringsplicht** door de werkgevers. Belangrijk is dat het Fonds in dit geval eerder een preventieve dan repressieve functie heeft en de sanctie van de ambtshalve aansluiting zo veel mogelijk probeert te voorkomen, door niet-verzekerde werkgevers op te sporen en aan te manen zich in orde te stellen met hun wettelijke verplichtingen hieromtrent. Een tweede punt waarop de werkgever gecontroleerd wordt door de sociale controleurs van het FAO, betreft de **aangifteplicht** van arbeidsongevallen.

b) Controle op de verzekeringsondernemingen

De controle op de verzekeraars is zowel **technisch** als **medisch** van aard. De technische controle is gericht op de procedurele elementen bij de behandeling van een arbeidsongevallendossier: is deze correct, gebeurt deze tijdig, werd het slachtoffer op de hoogte gebracht van een beslissing, gebeurt de uitbetaling op tijd, hoe werd het basisloon berekend, enzovoort. De medische controle houdt de medische aspecten van het dossier in: komt de graad van arbeidsongeschiktheid overeen met de gangbare vaststellingen, werd deze correct vastgesteld door de adviserend geneesheer van de verzekeraar, werden medische kosten in verband met het ongeval niet geweigerd, enzovoort.

Voor de medische controle kan het Fonds onder de bepaalde voorwaarden beroep doen op geneesheren. De technische controle gebeurt door sociale inspecteurs van het Fonds. Alle aspecten van een dossier worden gecontroleerd, gaande van het beheer tot de uitbetaling en afronding. Daarnaast dienen de inspecteurs na te gaan of de verzekeringsondernemingen de **bijdragen** die zij aan het Fonds moeten doorstorten, correct hebben berekend (Art.16 Tweede bestuursovereenkomst van het FAO). Tot slot voeren de technische diensten van het Fonds voor Arbeidsongevallen controle op de **bekrachtiging van de akkoorden** die tussen de verzekeringsondernemingen en de getroffen worden aangesloten.

1.1.2. Betalingsopdracht

Het Fonds staat in voor de betaling van vergoedingen en renten voor verschillende doelgroepen van getroffen en getroffen.

a) Zeelieden en niet-verzekerden

Voor slachtoffers in dienst van **niet-verzekerde werkgevers** waarvoor de verzekeringsondernemingen in gebreke blijven, treedt het Fonds op als waarborgfonds en staat het in voor de schadeloosstelling (Art.58,3° AOW). De bedragen die hiervoor worden uitbetaald, worden verhaald op de werkgever of verzekeringsonderneming. Dit gebeurt grotendeels via de juridische dienst en een gerechtelijke procedure, gezien het soms moeilijke invorderbare karakter van de bedragen (FAO, 2007(a):51). Als **verzekeraar voor de zeelieden** dekt het FAO de geneeskundige, heelkundige, farmaceutische en verplegingskosten, alsmede de verplaatsingskosten die het ongeval veroorzaakte (Art.58, 1° AOW). De reders gaan sinds 1971 op grond van de wet een arbeidsongevallenverzekering aan bij het Fonds. Het Fonds heeft zich voor deze opdracht gedecentraliseerd, met diensten in Antwerpen (koopvaarders) en Oostende (zeevissers).

b) Financiële overdrachten vanwege de verzekeraars

Het FAO betaalt ten tweede vergoedingen en renten uit voor ongevallen die een **blijvende arbeidsongeschiktheid tot en met 19%** tot gevolg hebben. De verzekeringsondernemingen maken hiervoor de reserves die zij voorzien hebben om de kosten van deze arbeidsongeschiktheden te dragen, over aan het Fonds voor Arbeidsongevallen, dat de rente doorstort aan het slachtoffer. Deze maatregelen werden (net als deze in punt c) genomen ter compensatie van de financiële tekorten in andere sectoren van de sociale zekerheid.

De verzekeringsondernemingen maken de bedragen voor arbeidsongeschiktheden tot en met 10% (voor ongevallen vanaf 1994 die dienen te worden uitbetaald) over aan het FAO. Het FAO stort deze (niet-geïndexeerde) bedragen door aan de rechthebbenden. Hierbij worden bovendien de jaarlijkse vergoedingen voor een graad van blijvende ongeschiktheid tussen 0% en 5%, en tussen 5% en 10% verminderd met resp. 50% en 25%. (Art. 24 AOW). Algemeen geldt dat voor arbeidsongevallen na 1988 het bedrag van deze inhoudingen door het FAO wordt overgemaakt aan het globaal beheer. Het Fonds houdt daarbij de rentes af.. Deze bedragen worden door de verzekeraars eveneens gestort bij het Fonds dat de niet-geïndexeerde lijfrenten toekent aan de slachtoffers.

Diverse **bijlagen** kunnen verleend worden aan de getroffen en de rechthebbenden.

c) Vóór 1 januari 1988

Het Fonds keert ook zelf **bijslagen en indexaties** uit. Deze moeten tegemoetkomen aan de tekortkomingen van het systeem en de slachtoffers op lange termijn een afdoende vergoeding bezorgen (Van Langendonck & Put, 2006: 379) Het gaat om aanvullende bijslagen², bijzondere bijslagen³, aanpassingsbijslagen⁴, bijslagen wegens verergering en bijslagen wegens overlijden⁵. Aanvankelijk was dit voor alle ongevallen, nu enkel nog voor de ongevallen die voor 1 januari 1988 hebben plaatsgevonden (Art.58bis AOW). Het FAO staat in voor de terugbetaling van medische en prothesekosten. Het gaat meerbepaald om de terugbetaling van de medische, farmaceutische en verplegingskosten die ten gevolge van het ongeval nodig zijn, evenals van het onderhoud en de vernieuwing van prothesen en orthopedische toestellen (Art. 28 bis AOW). Ook tijdelijke en blijvende verergeringen worden na de herzieningstermijn vergoed. Om hierop aanspraak te kunnen maken, dient het slachtoffer hiervoor zelf een aanvraag te richten tot het Fonds.

Voor arbeidsongevallen **na 1 januari 1988** wordt de financiële last door de verzekeraars gedragen. Op dat moment werden een aantal financiële kosten voor een bepaalde bijkomende bijslagen overgeheveld naar de verzekeraars. Deze beslissing werd om politieke redenen genomen. De overheveling van de verantwoordelijkheid voor het uitkeren van bijslagen en indexaties naar de verzekeraars betekent immers een vermindering van de financiële lasten voor het Fonds – en uiteindelijk het globaal beheer.

1.1.3. Inningsopdracht

Om te voldoen aan haar uitkeringsopdracht dient het FAO te beschikken over voldoende financiële middelen. De financiering gebeurt volgens twee stelsels. Het gaat enerzijds om een repartitiestelsel waarbij het Fonds bijdragen ontvangt vanuit het globaal beheer die bij hoofdzakelijk twee groepen, met name de werkgevers en de verzekeraars, worden geïnd. Anderzijds wordt de werking gefinancierd via een kapitalisatiestelsel. Daarvoor beschikt het Fonds onder meer over de premies ter aansluiting van de reders van de zeevisserij. Deze dienen voor de schadeloosstelling van deze groep. Ook de terugbetaling van prothesen en de bevoegdheid rond arbeidsongeschiktheidsgraden van minder dan

² Die het verschil moeten goedmaken tussen de uitkering van het slachtoffer en een vastgesteld forfaitair bedrag per % ongeschiktheid.

³ Deze vervangen de normale vergoedingen voor personen die nog niet onder het toepassingsgebied van de wet vielen op het ogenblik waarop hun ongeval plaats had, terwijl dat later wel zo was.

⁴ Deze moest de indexering van de uitkering vervangen voor de komst van private verzekeringsondernemers. De aanpassingsbijslag is blijven bestaan voor oude gevallen van arbeidsongeschiktheid. Sinds januari 1988 wordt de indexering toegepast op de renten, en dit ten laste van de verzekeraars.

⁵ Uitgekeerd voor de slachtoffers waarbij de arbeidsongeschiktheid is toegenomen na het verstrijken van de wettelijke herzieningsperiode, of voor de nabestaanden van de slachtoffers die overleden zijn, na deze herzieningsperiode.

10% vallen hieronder. Bovendien dient het Fonds technische provisies aan te leggen die haar wekring kunnen verzekeren.

Het fonds int ten laste van de **verzekeringsondernemingen**

- een bijdrage op het bedrag van de geïnde premies. En dit voor de personen naar wie de toepassing van de AOW wordt uitgebreid. Deze bijdrage is gelijk aan 20% van het bedrag van de premies (Art.59, 2° AOW).
- de kapitalen voor de uitbetaling van renten en indexaties die van toepassing zijn op de gevallen van blijvende arbeidsongeschiktheid tot en met 19%
- de lijfrenten waarvan de uitbetaling is vervallen ten gevolge van het uitblijven van rechthebbenden voor deze uitbetaling en bedragen die worden ingehouden ten gevolge van cumulatiebeperkingen (8° en 9°)
- de bedragen verhaald op de verzekeraars (5°)
- een bijdrage op de reservefondsen (7°)
- de administratieve geldboeten die ten gevolge van de controle vanwege de sociale inspecteurs van het Fonds werden opgelegd (13°)
- de bedragen omgeslagen over de verzekeringsondernemingen door het in gebreke blijven van (andere) verzekeringsondernemingen bij het betalen van uitkeringen en kapitalen (14°)
- prothesekapitalen van voor 1988

Ten laste van de **werkgevers** verkrijgt het Fonds

- een bijdrage voor de verzekerde werknemers en de daarmee gelijkgestelden (1°). Deze bijdrage bedraagt 0,30% van het loon van de verzekerde werknemers (Art.59ter AOW) en wordt geïnd door de RSZ en via het globaal beheer overgedragen aan het Fonds
- de bijdragen voor de boetes voor ambtshalve aansluiting (4°)
- alle uitgaven voor een niet-verzekerd ongeval onder de vorm van een integrale terugvordering ten aanzien van de niet-verzekerde werkgever
- de bijdragen die de **reders** (verplicht) betalen aan het Fonds, ter verzekering van hun zeelieden (1°,3°). Deze werd wettelijk vastgelegd.

Het FAO beschikt eveneens op basis van het repartitiestelsel, via het **globale beheer**, over de terugbetaling vanwege de Staat van het aandeel in de kosten die het heeft toegekend voor de overbrenging naar de begraafplaats van een overleden seizoensarbeider. Ze kan een rechtstreekse vordering op de staat maken ten gevolge van de terrorismewet of andere speciale risico's.

1.1.4. Informatieopdracht

De opdracht van het Fonds voor Arbeidsongevallen bestaat er in dit geval in om adviezen te verstrekken aan de bevoegde minister (Art.58,11° AOW), om getroffenen en rechthebbenden bij te staan indien nodig (8°), om een preventiebeleid uit te tekenen en te ondersteunen (11°) en om als intermediaire organisatie tussen het netwerk van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KBS) en als verbindingsorgaan in Europese context (5°).

a) Adviesfunctie

Het FAO kan op eigen initiatief voorstellen overmaken aan de minister tot wijziging van wetten en besluiten die van toepassing zijn in de arbeidsongevallensector, of kan op aanvraag advies geven over ingediende voorstellen van wetgeving. Het beschikt hiervoor over een **advies- en studiebevoegdheid** via het beheerscomité. De minister legt eveneens elk voorontwerp van wetgeving die het comité moet toepassen voor aan het beheerscomité. (Art.72 Tweede bestuursovereenkomst FAO).

b) Sociale bijstandsfunctie

Het Fonds voor Arbeidsongevallen staat de slachtoffers van een arbeidsongeval of hun rechthebbenden bij. Het doet dit met betrekking tot het vrijwaren van de rechten die volgen uit een arbeidsongeval. Daarnaast kan het FAO ook een bijzondere (financiële) bijstand verlenen door het onderhoud en toekenning van prothesen en orthopedische toestellen, maar ook indien het Fonds van oordeel is dat de tussenkomst van een andere instelling van de sociale zekerheid niet mogelijk of onvoldoende is. (Art.66ter, KB 21 december 1971 houdende de uitvoering van sommige bepalingen van de AOW) Het beschikt hiervoor over zes **maatschappelijke assistenten** die maandelijks of wekelijkse zitdagen houden of die over de mogelijkheid beschikken om ook huisbezoeken af te leggen.

c) Preventiefunctie

Een van de taken van het Fonds is het oprichten van een “**centrale gegevensdatabank**” (Art.58, 12° AOW). De oprichting ervan wordt geregeld door het KB van 16 december 1987. De gegevensbank heeft de opdracht om gegevens rond de aangegeven arbeidsongevallen en hun regeling in te zamelen, te registeren, te verwerken en bij te houden. Deze gegevens gaan onder meer over de getroffenen en hun rechthebbenden, over de werkgevers en de afgesloten verzekeringscontracten, en over de gegevens die de organisatie van een preventiebeleid gecoördineerd door het FAO moeten verzorgen (Art. 1 en 2, KB 16 december 1987 houdende organisatie en werking van een centrale gegevensbank bij het Fonds voor arbeidsongevallen).

Op basis van de elementen in dit *datawarehouse project* worden jaarlijkse verslagen en **statistieken** gepubliceerd. Zo kunnen de arbeidsongevallen worden geanalyseerd op basis van hun risico voor de verschillende activiteitensectoren, in functie van de prioriteiten bepaald door het beheerscomité. Het Fonds organiseert een **preventiebeleid** waarbij het ‘*coördinerend, adviserend en stimulerend optreedt*’. Een samenvattend verslag over de werking van de preventiediensten van de verschillende verzekeraars wordt hierop aan het Technisch Comité voor de Preventie voorgelegd. (Art.69 Tweede bestuursovereenkomst FAO) Dit comité, dat opgericht is in de schoot van het beheerscomité van het FAO, adviseert het beheerscomité over de preventie van arbeidsongevallen, de samenwerking tussen de preventiediensten, het stimuleren van het onderzoek en het toekennen van een financiële tussenkomst (<http://www.fao.fgov.be>).

Vanaf 1 januari 2009 beschikt het FAO over twee nieuwe preventieopdrachten. Enerzijds gaat het om een systeem van verzwaard risico. Het aantal en de ernst van arbeidsongevallen verminderen staat hierbij voor ogen. Bedrijven met een verhoogd risico betalen extra bijdragen aan hun verzekeraar die worden geïnvesteerd in preventiemaatregelen. Anderzijds betreft het een bonus-malus systeem via hetwelke ondernemingen die goede schadestatistieken behalen op vlak van arbeidsongevallenstatistieken financieel zullen beloond worden, en deze met slechte schadestatistieken financieel bestraft.

d) Informatiestromen beheren

Het Fonds is als instelling van het primaire netwerk van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) belast met het beheer van het secundaire netwerk voor de tak arbeidsongevallen. Dit secundaire netwerk wordt gevormd door de verzekeringsondernemingen. Het FAO heeft als taak de **gegevensuitwisseling** binnen het netwerk te beveiligen en er toezicht op te houden. (Art.70 Tweede bestuursovereenkomst FAO) Via haar intermediaire rol tussen het secundaire netwerk in de tak arbeidsongevallen en de andere primaire instellingen van de sociale zekerheid bevordert het mede de realisatie van het project “e-government van de sociale zekerheid” onder meer door middel van het “**EVA-project**”, de elektronische verbinding van arbeidsongevallen. Hierbij worden de elektronische informatiestromen tussen het Fonds, de KSZ, het rijksregister, de andere Openbare Instellingen van de Sociale Zekerheid (OISZ) en de verzekeringsondernemingen in het secundaire netwerk van de tak arbeidsongevallen geoptimaliseerd. Andere belangrijke elektronische projecten die in dit kader passen zijn onder meer **ASR** (Aangifte Sociaal Risico), **SABALO** (op basis van elektronische gegevensstromen wordt een automatische berekening van het basisloon beoogt) en het *datawarehouse project* (waarvan in punt c sprake was). (FAO(a), 2007: 78)

1.2. Beheersorganen

Zoals alle OISZ, wordt ook het beheer van het FAO geregeld via de wet van 25 april 1963. Het Fonds voor Arbeidsongevallen wordt beheerd door een beheerscomité, dat paritair is samengesteld. Daarnaast werden er vier adviserende comités opgericht. De beheersorganen worden in dit tweede punt verder uitgewerkt.

1.2.1. Beheerscomité

Het beheerscomité is met uitzondering van de voorzitter paritair samengesteld uit een gelijk aantal (zeven) vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties. Deze laatsten dragen kandidaten voor het beheerscomité van de instelling voor, waarop de Koning ze benoemt. Enkel de vertegenwoordigers van de sociale partners hebben stemrecht in het beheerscomité. De voorzitter is niet stemgerechtigd. Hij wordt eveneens benoemd door de Koning en is onafhankelijk van de representatieve organisaties. (Art. 2 en 3, Wet 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging)

Ook de personen belast met het dagelijkse beheer van de Instelling wonen de vergaderingen van het beheerscomité bij. Zij beschikken, net als de voorzitter, over een raadgevende stem. Andere personen met raadgevende stem zijn de regeringscommissaris van de bevoegde minister, en de afgevaardigde van de minister van Begroting. Beide commissarissen kunnen evenwel beroep aantekenen bij hun minister tegen bepaalde beslissingen. (<http://www.fao.fgov.be>)

Tot slot dient vermeld te worden dat, volgens de wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten, een **afgevaardigde van de Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen** (CBFA) toezicht houdt op de coördinatie van de controlewerkzaamheden van het FAO en met raadgevende stem zetelt in het beheerscomité van het Fonds (Art.164, 3°).

Opmerking

De aanwezigheid van een aantal verzekeringsondernemingen als vertegenwoordigers van de werkgeversorganisaties binnen het beheerscomité van het FAO dient te worden aangestipt. *Enkele van de geïnterviewden geven aan dat de verzekeraars voor een zekere **techniciteit** zorgen in het beheerscomité, gezien hun expertise op het vlak van arbeidsongevallen. Dit zou de balans binnen het beheerscomité kunnen doen overhellen naar werkgeverszijde. Anderzijds wordt aangevoerd dat de specificiteit van de arbeidsongevallenverzekering die techniciteit net in de hand werkt. De introductie van bijkomende sociale maatregelen (zoals bijvoorbeeld nieuwe groepen werknemers die onder de*

toepassing van de AOW vallen, of de aanpassing van de uitkeringen aan de welvaart) zijn elementen die technische expertise vereisen voor de invoering ervan. De werknemersorganisaties geven echter aan dat het beheerscomité goed werkt en dat de samenwerking met de vertegenwoordigers aan werkgeverszijde (waarin enkele verzekeraars zetelen) eerder afhankelijk is van persoonlijkheden, dan dat het beïnvloed wordt door de professionele kenmerken van de persoon zelf. Alle geïnterviewden geven aan dat de werking van het beheerscomité goed verloopt.

1.2.2. Adviescomités

Naast het beheerscomité werden één of meerdere technische comités opgericht. Deze comités staan het beheerscomité bij door middel van **adviesverstrekking**. De personen die in deze comités zetelen worden voorgedragen door de organisaties waarop de werking van de comités betrekking heeft, en aangesteld door de Koning. Daarnaast kunnen in deze comités ook leden worden aangesteld met een bijzondere bevoegdheid. (Art.7 en 8, Wet 25 april 1963) Momenteel kent het FAO vier technische comités met een adviserende bevoegdheid.

a) Technische comités voor de zeelieden

Er zijn twee technische comités voor de zeelieden binnen het Fonds voor Arbeidsongevallen. Het gaat om het Technisch Comité voor de Zeelieden ter Koopvaardij, met een zetel in Antwerpen, en het Technisch Comité voor de Zeevissers, dat een zetel heeft in Oostende. In beide Comités zetelen (naast de voorzitter en de secretaris) vier vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van, enerzijds, de reders ter koopvaardij of ter zeevisserij en, anderzijds, de zeelieden ter koopvaardij of de vissers. (Art.50 en 51, KB 21 december 1971 houdende de uitvoering van sommige bepalingen van de AOW)

De comités verstrekken adviezen aan het beheerscomité omtrent de basislonen voor de zeelieden, de hoogte van de premies ter aansluiting bij het FAO en de aanvragen tot schadeloosstelling vanwege de zeelieden of hun rechthebbenden (Art.50, KB 21 december 1971).

b) Technisch Comité voor de Preventie

Dit comité telt (naast de voorzitter en de secretaris) vijf vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties. Leden met raadgevende stem betreffen de twee afgevaardigden van de directie Toezicht Welzijn op het Werk van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, en zes leden die gekozen werden wegens hun bijzondere bevoegdheid inzake preventie van arbeidsongevallen – met minstens één lid gekozen uit de preventiediensten van de verzekeringsondernemingen (Art.47ter, KB 21 december 1971).

De adviezen die dit Comité geeft, hebben onder meer betrekking op aanbevelingen rond de preventie van arbeidsongevallen, de bevordering van het onderzoek naar maatregelen hieromtrent, en de gegevens die hierover dienen te worden opgenomen in de centrale gegevensbank. Daarnaast worden adviezen verstrekt rond de concrete samenwerking tussen de verschillende preventiediensten van de verzekeringsondernemingen en andere betrokken organisaties, en ook het verlenen van een financiële tussenkomst door het FAO komt aan bod (Art.47bis, KB 21 december 1971).

De oprichting van het Technische Comité voor de Preventie had onder meer voor ogen dat een preventiebeleid mogelijk werd. De exploitatie van de databank van het Fonds door het Technische Comité maakt deze doelstelling mede mogelijk. De exploitatie van het *datawarehouse project* is er namelijk op gericht om statistieken op te stellen en deze toegankelijk te maken voor verzekeraars, werkgevers, andere overheidsorganisaties en onderzoekers, op basis waarvan analyses kunnen gemaakt worden die een adequaat preventiebeleid moeten ondersteunen.

c) Medisch-Technisch Comité

Telkens twee vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties zetelen naast de voorzitter in dit Comité. Daarnaast worden ook twee keer twee leden aangesteld door de meest representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties wegens van hun bevoegdheid op vlak van de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid. Steeds dient een van deze leden geneesheer te zijn. In het Medisch-Technisch Comité (MTC) zetelen eveneens twee personen van de vertegenwoordigende gehandicaptenorganisaties, een vertegenwoordiger per Gewest van de dienst voor arbeidsbemiddeling die gekozen wordt wegens zijn expertise in de arbeidsmarkt, en een geneesheer van de medische dienst van het Fonds voor Arbeidsongevallen. Deze laatste groep van personen beschikt uitsluitend over een raadgevende stem voor de eerste twee van de adviesbevoegdheden die hieronder worden opgesomd (Art.49, KB 21 december 1971).

Adviezen worden verstrekt betreffende alle medische problemen die zich mogelijk voordoen ten gevolge van de toepassing van de Arbeidsongevallenwet. Ook het onderzoek rond de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid wordt bevorderd door dit Comité. Daarnaast geeft het MTC onder meer advies over de vergoedingen, de bijlagen en de sociale bijstand waarvoor het Fonds bevoegd is, stelt het de kostprijzen vast van de prothesen en orthopedische toestellen en verleent het al dan niet erkenning aan orthopedisten en medische centra voor prothese en orthopedie (Art.48, KB 21 december 1971). Het Comité is eveneens enig loket voor personen die wegens medische redenen op brugpensioen worden gesteld.

1.2.3. De personen belast met het dagelijkse beheer

Het betreft hier de administrateur-generaal en zijn adjunct die hem bijstaat in het dagelijkse beheer van de instelling. De administrateur-generaal voert de beslissingen van het beheerscomité uit en staat onder het gezag en de controle van het beheersorgaan voor wat de dagelijkse gang van zaken betreft. Hij legt alle voorstellen nuttig voor de werking van het Fonds voor aan het beheerscomité (Art.10 en 11, Wet 25 april 1963). De administrateur-generaal wordt benoemd door de voogdijminister op voorstel van het Beheerscomité. Hijzelf, zijn adjunct, of een ambtenaar aangewezen door het Beheerscomité, heeft een raadgevende stem in de vergaderingen van de technische comités die hij eveneens bijwoont (Art.54, KB 21 december 1971).

1.3. Bestuursovereenkomst

Het afsluiten van een bestuursovereenkomst met de Openbare Instellingen van de Sociale Zekerheid past binnen de responsabilisering van deze sector die wordt bepaald door de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en door het koninklijk besluit van 3 april 1997 ter uitvoering van de maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van de sociale zekerheid. De bestuursovereenkomst houdt onder meer in dat een OISZ zich ertoe verbindt bepaalde doelstellingen te bereiken en bepaalt de regels en de voorwaarden waaronder de instelling haar opdrachten vervult (Art.47, Wet 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels). De contractualisering van de relatie tussen de staat en de instelling houdt echter niet in dat de naleving ervan kan afgedwongen worden voor een rechter.

De eerste bestuursovereenkomst die werd afgesloten tussen de Belgische Staat en het FAO bestreek de periode 2002-2004 en werd verlengd voor het jaar 2005. Het KB van 19 juli 2006 houdt de goedkeuring van de tweede bestuursovereenkomst van het Fonds voor Arbeidsongevallen in. Deze loopt voor de periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2008. De bestuursovereenkomst wordt gesloten voor een periode van minstens drie jaar, en voor ten hoogste vijf jaar (Art.8, §1, KB 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels). De overeenkomst bevat voor de betreffende periode de engagementen waartoe het Fonds zich verbindt met betrekking tot het verwezenlijken van haar doelstellingen (Art.5, §1).

Met het oog hierop stelt het Fonds een **bestuursplan** op. Dit geeft aan hoe de taken die werden toegekend aan de instelling zullen worden vervuld in functie van het bereiken van de doelstellingen uit

de bestuursovereenkomst. **Boordtabellen** geven de mate weer waarin de doelstellingen bereikt worden en fungeren dus als meetinstrument. (Art.10) Het opstellen van een begroting valt uiteen in een beheers- en opdrachtenbegroting, die ontvangsten en uitgaven regelen voor respectievelijk het beheer en de opdrachten van het FAO. (Art.11)

2. Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen

De CBFA ontstond in 2004 ten gevolge van de integratie van de Controledienst voor de Verzekeringen (CDV) in de Commissie voor het Bank- en Financiewezen. Sinds 1 januari van dat jaar is de CBFA de enige organisatie belast met het toezicht en de controle op de Belgische financiële sector (<http://www.cbfa.be>). Een van haar toezichtsdomeinen betreft het toezicht op de verzekeringsondernemingen en andere financiële instellingen onder de vorm van een prudentiële controle. Daarnaast houdt de CBFA toezicht op de informatieverstrekking en op de werking van de financiële markten, evenals op het statuut van andere actoren in de financiële sector. Ook staat de Commissie in voor de bescherming van de consumenten van financiële diensten. (Art.45, Wet 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële instellingen)

De belangrijkste wetgeving die van toepassing is voor de CBFA met betrekking tot haar controlebevoegdheden op de verzekeringsondernemingen in de tak van de arbeidsongevallen zijn:

- Wet van 9 juli 1975 betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen
- Wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst
- Wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële instellingen

Hieronder worden de belangrijkste bevoegdheden en kenmerken van de CBFA geschetst in het kader van de rol van deze instelling in de arbeidsongevallensector.

2.1. Toezicht

Voor de tak arbeidsongevallen is het prudentiële toezicht op de verzekeringsondernemingen van belang. Enkel deze toezichtvorm wordt hieronder dan ook besproken.

2.1.1. Prudentiële controle

Via dit toezicht kijkt de CBFA erop toe dat de verzekeringsondernemingen in de tak arbeidsongevallen hun verbintenissen ten aanzien van de slachtoffers van een arbeidsongeval kunnen nakomen. Dit houdt vooreerst in dat de verzekeringsondernemingen de **toelating** dienen te krijgen van de CBFA voor de uitoefening van hun verzekeringsactiviteiten. Wil de verzekeringsonderneming van start gaan met de activiteiten, dan dient het hiervoor een lijvig document met vragen te beantwoorden en te bezorgen aan de CBFA. Dit is het “memorandum”⁶ (dat beschikbaar is op de website van de

⁶ Memorandum voor het verkrijgen van een toelating tot bedrijfsuitoefening door een verzekeringsonderneming

CBFA). Het vormt een leidraad voor het opstellen van een toelatingsdossier. Uit het document moet blijken dat aan de voorwaarden van onder andere toekomstige solvabiliteit, rendabiliteit en bekwaam management is voldaan, met andere woorden of de onderneming werkelijk in staat is haar taken op zich te nemen. De lijst van toegelaten ondernemingen dient elk jaar gepubliceerd te worden in het Belgische Staatsblad. (Art.3,§1 en 4, Wet 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen) De voorwaarden voor toelating worden opgesomd in de wet (Art.8-13). De CBFA stelt bovendien bij aanvang van de activiteiten een bedrijfsrevisor aan die de titel krijgt van erkend commissaris, evenals een actuaaris en een *compliance officer* (zie *infra*). (Art.38, Wet 9 juli 1975). Deze voeren hun opdracht van toezicht op de goede werking van de organisatie uit onder toezicht van de CBFA (Art.40,§1).

Eens hieraan voldaan wordt, ten eerste, nagegaan of de aandeelhouders en de leiders van de verzekeringsondernemingen over de vereiste managementkwaliteiten beschikken om een gezond en voorzichtig beleid te waarborgen. Binnen deze aspecten van **governance** toetst de CBFA, ten tweede, de interne organisatie en werking. Het gaat om een controle op de beleidsstructuur, de administratieve en boekhoudkundige organisatie en de interne controle (door middel van een audit op de audit) van de verzekeringsondernemingen, waarbij wordt nagegaan of de interne organisatie van de verzekeraar passend is voor de uitvoering van de activiteiten. (Art.14bis) Belangrijke aandacht hierbij gaat naar de kwaliteit van het gevoerde risicobeheer. Daarnaast wordt ook toezicht gehouden op de **financiële positie** van de verzekeringsondernemingen. Deze moeten een voldoende solvabiliteitsmarge samenstellen in verhouding tot het geheel van hun verrichtingen (Art.15). Zij dienen hiervoor een premie te berekenen die hoog genoeg is om aan de verplichtingen te kunnen voldoen. De verzekeraars zijn daarnaast gehouden aan de verplichte berekening van de aangegane engagementen bij de uitvoering van de overeenkomsten tot schadeloosstelling. Deze dienen geboekt te worden als technische reserves of provisies en op elk ogenblik gedekt te zijn door voldoende reglementaire activa (dekkingswaarden).

2.1.2. Uitvoering en gevolgen

De uitvoering van het prudentiële toezicht op de verzekeringsondernemingen gebeurt door een team van **analysten** binnen de CBFA. Financiële controle gebeurt door financiële analisten, terwijl technische analyses gebeuren door actuarissen en economen. Deze steunen zich in de eerste plaats op de cijfergegevens en de kwalitatieve informatie die de organisaties hen dienen te bezorgen en die via elektronische weg beschikbaar zijn. Het **samenwerkingsprotocol** met de FAO maakt de toegang tot andere soorten informatie mogelijk, wat het toezicht op de verzekeraars bevordert. Ten slotte doet

de CBFA beroep op de erkende commissaris, de *compliance* officer binnen de organisatie of de aangewezen actuaris.

- De **erkende commissaris** brengt bij de CBFA minstens één maal per jaar verslag uit over de financiële toestand en het beheer van de verzekeringsonderneming waarop hij toeziet, of hij doet dit telkens de Commissie hierom vraagt (Art.40,§4)
- De **actuaris** brengt verplicht advies uit over verzekeringstechnische materies, zoals de technische reserves of provisies
- De **compliance officer** staat in voor het toezicht op de naleving van de regelgeving binnen de organisatie.

De CBFA beschikt over een **uitgebreide reeks maatregelen** met een verschillende graad van dwingendheid. Allen zijn erop gericht om het beleid van de verzekeraar op die manier bij te sturen zodat de gedetecteerde (financiële of beheersmatige) problemen verholpen zouden kunnen worden. (Art.26 Wet 9 juli 1975). De secretaris-generaal van het CBFA kan daarnaast gelast worden met de titel van auditeur indien de instelling over aanwijzingen beschikt – na een klacht of na deze zelf te hebben vastgesteld – van het bestaan van een onwettige praktijk. De auditeur beschikt voor zijn onderzoek over alle bevoegdheden die het CBFA zijn toevertrouwd en rapporteert zijn bevindingen aan een sanctiecommissie. (Art.70, Wet 2 augustus 2002) Deze kan, na de betrokkenen te hebben gehoord, een gemotiveerde beslissing nemen en een sanctie onder de vorm van een administratieve geldboete of dwangsom opleggen (Art.72). Bovenstaande maatregelen staan, ten slotte, de aansprakelijkheid van bestuurders en zaakvoerders tegenover de verzekerden niet in de weg indien zij enige schade zouden ondervonden hebben ten gevolge van het niet naleven van de wettelijke verplichtingen (Art.28bis, Wet 9 juli 1975). Bij opzettelijk misbruik van de financiële instrumenten kunnen de betrokken personen bovendien door de gerechtelijke overheden gestraft worden volgens de bepalingen in het Strafwetboek. De gerechtelijke overheden kunnen hiervoor alle documenten opeisen bij de CBFA. (Art.38-40, Wet 2 augustus 2002)

2.1.3. Interne structuur

De CBFA is organisatorisch onderverdeeld in verschillende departementen die zich bezig houden met verzekeringsondernemingen. Deze departementen zijn opgedeeld als volgt:

- een departement bankverzekeraars, met de klassieke financiële groepen (zoals Fortis, KBC en Dexia)
- een departement assurfinance, financiële groepen waar de nadruk ligt bij verzekeringen (zoals AXA, Ethias en P&V)
- een afdeling internationale verzekeringen (met buitenlandse aandeelhouders)

- een departement waarin de kleinere Belgische verzekeringsondernemingen ondergebracht zijn.

Er wordt door de CBFA bij haar controle geen onderscheid gemaakt tussen de tak arbeidsongevallen en andere verzekeringstakken. De arbeidsongevallenverzekeraars zijn vooral te classificeren binnen de toezichtdepartementen één, twee en vier.

De verzekeringsondernemingen die vallen onder het toezicht van de CBFA, dragen de kosten voor dit toezicht in verhouding tot de grootte van de premies die ze verzekeren. (Art.36, Wet 9 juli 1975) De controle op de rekeningen – en dus ook op de dekking van de werkingskosten van het CBFA – wordt gehouden door een of meerdere bedrijfsrevisoren.⁷ (Art.57, Wet 2 augustus 2002)

2.2. Organen

De **raad van toezicht** is een advies- en overlegorgaan betreffende de toezichtbevoegdheden van de CBFA. Bovendien houdt de raad zelf ook toezicht op de goede werking van de CBFA. (Art.48 §1, Wet 2 augustus 2002) De raad van toezicht telt een voorzitter en tien tot veertien leden die niet in het directiecomité zetelen, noch deel uitmaken van het personeel van de organisatie. De raad bestaat uit een gelijk aantal Frans- en Nederlandstaligen. Het orgaan kan een sanctiecommissie oprichten die beslist over het opleggen van administratieve geldboeten of dwangsommen waarvan sprake in de vorige paragraaf. (Art.48 §2 en §6)

Het **directiecomité** is belast met het bestuur en beheer van de CBFA en bepaalt het te voeren beleid, waaronder het toezichtsbeleid ten aanzien van de verschillende financiële sectoren waarvoor de commissie bevoegd is. Het comité wordt eveneens ingelicht over de ontwikkelingen die een invloed hebben op de ondernemingen die onder haar toezicht staan. (Art.49 §1,§2 en §5, Wet 2 augustus 2002) Vier of zes personen – paritair samengesteld tussen Nederlandstaligen en Franstaligen, enerzijds en tussen leden en niet-leden van het directiecomité van de Nationale Bank van België (NBB), anderzijds – vormen, samen met de voorzitter de leden van het directiecomité. (Art.49 §5)

De algemene administratieve organisatie en leiding van de diensten van de CBFA worden toegewezen aan de **secretaris-generaal** die onder toezicht van het directiecomité staat. Hij zetelt in dat directiecomité, woont de bijeenkomsten van de kamers van het CBFA bij, en heeft in beide een raadgevende stem. (Art.51, Wet 2 augustus 2002)

⁷ In dit geval betreft het André Killesse, vennoot-bestuurder van BDO Atrio en voorzitter van het Instituut der Bedrijfsrevisoren (IBR)

2.3. Vertegenwoordiging

Vanuit het directiecomité wordt een vertegenwoordiger aangeduid die zitting neemt in het beheerscomité en eventueel in bepaalde technische comités van het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Opmerking

Een duidelijk omschreven functiebeschrijving is hier niet van toepassing. De vertegenwoordiger van de CBFA geeft aan de beslissingen die worden voorgelegd aan het beheerscomité van het Fonds te bekijken vanuit het perspectief van de impact ervan op de financiële toestand van de arbeidsongevallenverzekeraars. Indien blijkt dat een maatregel een negatieve invloed heeft op de solvabiliteit of rendabiliteit van de verzekeraars, zal de vertegenwoordiger van de CBFA hierover melding maken bij het beheerscomité van het Fonds, of bij het eigen beheerscomité daar dit ook impact heeft op de toezichtsfunctie van de CBFA zelf.

De vertegenwoordiger van de CBFA in het beheerscomité van het FAO, zorgt er met andere woorden voor dat de relatie tussen beide instellingen bevorderd wordt, en komt meerbepaald de communicatie tussen beide instellingen omtrent beleidsmaatregelen in de sector van de arbeidsongevallen ten goede.

Opmerking

Het Fonds voor Arbeidsongevallen had vroeger een vertegenwoordiger in de Controledienst Verzekeringen. Sinds 2004 maakt deze onderdeel uit van de CBFA en is het FAO niet meer vertegenwoordigd in de instelling. De mogelijkheid werd toen behouden om een aparte commissie in verband met arbeidsongevallen op te richten, maar dat is nooit gebeurd.

3. Verzekeringsondernemingen

De uitvoering van de arbeidsongevallenregeling gebeurt hoofdzakelijk door twee soorten privéorganisaties, met name:

1. de commerciële verzekeringsmaatschappijen
2. de gemeenschappelijke verzekeringskassen

Het FAO treedt dan weer op als verzekeraar voor zeelieden en als waarborgfonds voor niet-verzekerde werknemers. *'België behoort daarmee tot de zeer beperkte groep van landen waarin de dekking van het risico van arbeidsongevallen nog in zekere of in ruime mate aan de zorg van commerciële verzekeringsmaatschappijen is toevertrouwd.'* (Van Langendonck,, 2008: 48)

3.1. De arbeidsongevallenverzekeraars

De markt van de verzekeringsondernemingen die actief zijn in de tak arbeidsongevallen telde eind januari 2009 **15 instellingen**. De lijst van verzekeringsondernemingen die een vergunning van de CBFA hebben gekregen, is te vinden in het Belgisch Staatsblad. Het gaat hierbij om 15 Belgische verzekeringsondernemingen, waaronder

- 10 commerciële verzekeringsmaatschappijen⁸
- 5 gemeenschappelijke kassen⁹

Twee van deze ondernemingen zijn niet actief op de arbeidsongevallenmarkt, maar hebben hiervoor wel de toelating. De Belgische markt is opengesteld voor verzekeraars uit andere lidstaten van de EU. Het specifieke karakter van de arbeidsongevallensector (als element van de sociale zekerheid) lijkt voor buitenlandse verzekeringsondernemingen weinig interessant. Er zijn via de vrije dienstverrichting dan ook geen verzekeraars actief in de sector van de arbeidsongevallen.

3.1.1. Twee soorten arbeidsongevallenverzekeraars

De verzekeraars actief in de arbeidsongevallensector zijn tweërlei. Het verschil tussen beide ligt in de aard van de aansluiting, en de wijze waarop een terugkoppeling naar de werkgevers wordt gemaakt.

⁸ KBC Verzekeringen, FIDEA, DEXIA Insurance Belgium, AXA Belgium, VIVIUM (ex ING Insurance), Fortis Insurance Belgium (ex AG), Mercator Verzekeringen, Allianz Belgium (ex AGF Belgium Ins), Generali Belgium en Nateus

⁹ Mensura Gemeenschappelijke Verzekering, De Federale Verzekeringen Arbeidsongevallen, Securex Arbeidsongevallen, P&V Verzekeringen (AO) en ETHIAS Arbeidsongevallen

De commerciële arbeidsongevallenverzekeraars worden door de wet gedefinieerd als “maatschappijen van verzekering tegen vaste premies”. De werkgevers die zich hierbij aansluiten betalen een premie in ruil voor de dekking van hun werknemers voor de schade ten gevolge van een arbeidsongeval. De gemaakte winsten komen ten goede aan de verzekeringsonderneming zelf, en een deel daarvan wordt uitgekeerd aan de aandeelhouders. Een ander deel wordt geherinvesteerd in de werking van de verzekeraar en de diensten die hij (al dan niet tegen betaling) kan aanbieden aan zijn klanten, de werkgevers. Zo kan de verzekeraar ondersteuning bieden bij het opzetten van een adequaat preventiebeleid, door bijvoorbeeld voor grote ondernemingen het inzetten van een eigen ingenieur die ter plaatse een analyse van de omstandigheden en veiligheidsaspecten op de werkvloer maakt. Op deze wijze kan een premie worden berekend die enerzijds rekening houdt met statistische gegevens uit het verleden, maar die anderzijds in het licht van de preventieplannen ook de toekomstige werking deels in rekening brengt.

De gemeenschappelijke verzekeringskassen zijn historisch ontstaan naar aanleiding van de industriële groei in bepaalde sectoren (zoals de bouw- en transportsector) en de sociale verworvenheden die daarmee gepaard gingen. In het begin van de 20^e eeuw (vanaf 1903) werden deze gemeenschappelijke kassen opgericht om op een gestructureerde wijze om te gaan met arbeidsongevallen, waarvoor de verzekering toen nog niet verplicht was. Deze kassen waren werkzaam volgens het solidariteitsprincipe. Het maken van winst werd niet vooropgesteld. Dit als compromis naar werkgevers en werknemers toe. Deze wilden immers respectievelijk onafhankelijk werkzaam kunnen blijven, en waardig behandeld worden. De leden van de kassen, de werkgevers, kregen eventuele overschotten terugbetaald omdat er geen winstprincipe werd gehanteerd. In het licht hiervan werden ook inspectie- en preventiediensten opgezet. De kassen zelf waren regionaal of sectoraal van aard (zoals in Antwerpen, waar de gemeenschappelijke kassen zich richtten rond de bouw-, haven- en transportsector), of hadden nationale ambities over alle sectoren heen. De vijf gemeenschappelijke kassen die nu nog actief zijn op de arbeidsongevallenmarkt zijn ontstaan door het samengaan of fuseren van vele andere kassen. Ze nemen dezelfde taken op zich als de klassieke verzekeraars op het vlak van arbeidsongevallen. De werkgevers zijn als leden aangesloten en beslissen via hun stemrecht in de Algemene Vergadering en de Raad van Bestuur mee over het interne beleid van de kas. Bovendien worden de winsten uitgekeerd aan de aangesloten werkgevers onder de vorm van restorno's. Dit gebeurt in verhouding tot de betaalde premie en de schadestatistieken. Om goede veiligheidsresultaten te garanderen en de premie van de werkgevers zo beperkt mogelijk te houden, wordt vanuit de gemeenschappelijke verzekeringskassen eveneens ondersteuning aangeboden bij het voeren van een adequaat preventiebeleid.

3.1.2. Preventie

De verzekeraars zorgen in samenwerking met de werkgevers voor het opzetten van een preventiebeleid. Aangezien de premie die de werkgevers betalen in sommige gevallen verbonden is met het risico op de werkvloer, kan een optimaal preventiebeleid leiden tot een daling van de te betalen premies door de werkgever en de schadelast voor de verzekeraar.

Daarnaast staan ze ook in voor de financiering en het beheer van “**Prevent**”. Dit is een *‘multidisciplinair kennisinstituut gericht op de preventie van beroepsrisico's door de bevordering van de kwaliteit van de arbeidsomstandigheden en de verbetering van de arbeidsorganisatie. Het instituut verleent ondersteuning, advies en informatie, en dit zowel voor bedrijven en instellingen als voor de arbeidsongevallenverzekeraars, de externe diensten voor preventie en bescherming, de beroepsverenigingen, de sociale partners, de overheid en andere maatschappelijke actoren.’* (<http://www.prevent.be>) Zo werd er bijvoorbeeld in de periode 2005-2007 een instrument, genaamd “*PreventMatrix*” ontwikkeld op basis waarvan de verzekeraars de kosten voor een arbeidsongeval konden berekenen en in verband brengen met boekhoudkundige rekeningen. Jaarlijks levert Prevent in samenwerking met onder meer het FAO ook een dossier “Statistieken van arbeidsongevallen en beroepsziekten” waar aan de hand van statistische gegevens tendensen in de arbeidsongevallensector worden becommentarieerd. De werking van Prevent gebeurt in nauwe samenwerking met Assuralia. (<http://www.prevent.be>)

3.2. Assuralia

Als vereniging voor Belgische verzekeringsondernemingen en opvolger van de gelijknamige overkoepelende organisatie, zet Assuralia zich in voor het behartigen van de belangen van de gezamenlijke verzekeringssector in het land. Assuralia vertegenwoordigt zo naar eigen zeggen 95% van het incasso van de verzekeraars die in België actief zijn. Het gaat dan zowel om Belgische als buitenlandse verzekeringsondernemingen die hier actief zijn.

Assuralia doet, in naam van en ten aanzien van de verzekeraars, aan (<http://www.assuralia.be>)

- representatie
- coördinatie
- studie en overleg, voornamelijk op statistisch vlak
- informatie en bewustmaking
- opleiding

Dit niet enkel op vlak van arbeidsongevallen, maar ook op vlak van andere verzekeringsactiviteiten. Via Assuralia komt de verzekeringssector naar buiten met één stem. Wat de arbeidsongevallensector betreft, zijn er een aantal elementen die de vereniging als strijdpunten beschouwd, of toch als elementen die vanuit het standpunt van de arbeidsongevallenverzekeraars op de politieke agenda dienen te staan.

Een eerste van die elementen zijn de financiële transfers naar het globale beheer van de sociale zekerheid. De financiële lasten van de verzekeraars zijn niet steeds gelijk aan de financiële vergoeding die het slachtoffer van een arbeidsongeval, of zijn rechthebbenden ontvangt. *Voor de verzekeraars en voor Assuralia is dit een element dat steeds bij de bevoegde minister wordt aangekaart, en dit telkens indien een nieuwe ambtstermijn begint.* Tot op dit ogenblik werd nog geen gevolg gegeven aan de vraag van de verzekeraars om dit systeem aan te passen. Het systeem dat voor hen, maar ook voor de werkgever, een extra financiële kost betekent, en een onrechtstreekse financiering van het tekort in andere sectoren van de sociale zekerheid is.

Een tweede belangrijk element waar de verzekeraars aandacht voor vragen bij de minister is de ongelijkheid tussen de arbeidsongevallenwetgeving die van toepassing is op de private sector en deze van toepassing op de publieke sector. Er bestaat voor overheden geen verplichting om zich te verzekeren tegen arbeidsongevallen, in tegenstelling tot de private werkgevers die volgens de AOW verplicht een verzekering dienen aan te gaan bij een verzekeringsonderneming die daartoe gemachtigd is. Indien de overheid nalaat zich te verzekeren, dan geldt dat hij zijn eigen arbeidsongevallen regelt.

4. De werkgevers

De werkgevers uit de privésector zijn verplicht zich te verzekeren tegen arbeidsongevallen voor alle werknemers die zij tewerkstellen. Ook voor specifieke categorieën zoals dienstboden en jobstudenten die niet of zeer beperkt onderworpen zijn aan de RSZ, dient een verzekering afgesloten te worden en een premie te worden betaald. De werkgevers sluiten de verzekering af, maar zijn niet de verzekerden zelf, of de rechthebbenden van de verzekering. Dit zijn de mogelijke slachtoffers van een arbeidsongeval, met name de werknemers zelf.

Zoals in punt 3 reeds werd gesteld zijn de werkgevers wanneer zij een premie afsluiten bij een klassieke arbeidsongevallenverzekeraar de klant van deze onderneming. Het afsluiten van een premie bij een gemeenschappelijke verzekeringskas vereist het lidmaatschap van die kas – en daarmee ook het recht op zeggenschap in het gevoerde beleid en het delen in de winsten van de kas.

HOOFDSTUK 2 – STURING EN OPVOLGING VAN DE UITVOERING

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de verschillende sturings- en opvolgingsmechanismen waaraan het secundaire netwerk van de tak arbeidsongevallen onderhevig is. Er worden **drie soorten basisprocessen** onderscheiden op basis waarvan deze analyse plaats vindt. Het gaat om opdrachtenprocessen, financiële processen en beheersprocessen.

1. De **opdrachtenprocessen** zijn tweërlei.
 - Het basisproces: hierin wordt het dossier behandeld, vanaf de aangifte tot en met de uitbetaling, evenals de wijze waarop de controle hierop gebeurt
 - Het proces met betrekking tot de ten onrechte betaalde prestaties: hoe worden deze beheerd en wat is de controle hierop
2. Het **financiële proces** heeft betrekking op de premie. Hierin wordt nagegaan welke elementen hiervoor in aanmerking worden genomen, en hoe deze gecontroleerd wordt.
3. Het **beheersproces** gaat verder in op de beheerskosten en hoe deze gefinancierd en aangestuurd worden.

Deze processen bij de verzekeringsondernemingen belast met de uitvoering van de AOW kunnen pas plaats vinden indien aan een aantal bijkomende voorwaarden wordt voldaan. Deze voorwaarden hebben betrekking op de marktsetting en de regels die verbonden zijn aan de correcte werking ervan en de verplichtingen van de werkgevers. In dit hoofdstuk wordt dan ook in de eerste plaats ingegaan op dit **respect voor algemene regels**. Het is pas in tweede instantie dat de processen bij de verzekeraar worden besproken.

1. Respect voor algemene regels

De verzekeringsondernemingen hebben als opdracht de uitvoering van de arbeidsongevallenwet, en worden meer bepaald belast met de vergoeding van slachtoffers waarvoor de arbeidsongevallenwet van toepassing is, of van hun rechthebbenden die hiervoor onder de voorwaarden bepaald in de wet in aanmerking komen. Om hiertoe te komen dienen zij de bijdragen van de aangesloten werkgevers te innen op basis van het afgesloten verzekeringscontract.

De werkgever is ten eerste verplicht dit contract af te sluiten en elk ongeval dat mogelijk een arbeidsongeval zou kunnen zijn aan te geven bij die verzekeraar. Ook de verzekeraar zelf dient te voldoen aan een aantal financiële verplichtingen om actief te worden, zijn en blijven op de verzekeringsmarkt in het algemeen, en de arbeidsongevallenmarkt in het bijzonder.

1.1. Verplichtingen van de werkgever

1.1.1. Verzekeringsplicht – is de werkgever verzekerd?

Alvorens de aangifte van het arbeidsongeval kan gebeuren, moet er uiteraard sprake zijn van naleving van de verzekeringsplicht door de werkgever. De werkgever is hiertoe verplicht (Art.49 AOW) en dit voor alle categorieën werknemers en in alle gevallen zoals omschreven in de AOW (Art.1-6). De verzekeraars zijn daarnaast gehouden aan de bepalingen in de wet voor de inhoud van de verzekering.

Opmerking

Bovenop deze elementen kan ook nog een aanvullende verzekering worden aangegaan, maar dit is niet verplicht. Zo kan de werkgever ervoor opteren zijn werknemers te verzekeren voor het wettelijke voorziene maximum plus €50.000. Dit betekent concreet dat het basisloon dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de schadeloosstelling zal verhoogd worden tot bijvoorbeeld €55.000 in plaats van het wettelijk plafond van iets meer dan €35.000 – en dat werknemers met een inkomen hoger dan het wettelijk maximum een schadeloosstelling zullen ontvangen die beter in verhouding tot hun reële loon ligt, dan indien het wettelijke plafond zou gehanteerd worden. Daarnaast kan de werkgever ervoor opteren zich te verzekeren voor alle ongevallen, wat betekent dat de werknemer ook verzekerd is voor ongevallen die niet vallen onder de AOW.

De **opvolging** van dit eerste element verloopt op basis van **elektronische informatiestromen**. Hierdoor tracht het FAO de gevallen waarin werkgevers niet verzekerd zijn, zo veel mogelijk te vermijden. Dit gebeurt via

- de eerste DIMONA-aangifte¹⁰ van de werkgever, waarbij het FAO deze automatisch een brief stuurt waarin wordt gewezen op de verzekeringsplicht
- het polissenrepertorium van verzekerde werkgevers, dat wordt vergeleken met het verplichte, unieke rsz-nummer dat een werkgever ontvangt op het ogenblik van inschrijving in het werkgeversrepertorium van de RSZ. Op basis hiervan kan het Fonds ondernemingen opsporen die niet gekend zijn in het polissenrepertorium, maar toch een RSZ-nummer hebben toegekend gekregen. Via een brief worden de werkgevers aangespoord te voldoen aan de verzekeringsplicht indien dit nog niet zo zou zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat een werkgever reeds verzekerd is, maar dat de verzekeraar nog niet over alle informatie beschikt om de elektronische stroom van informatie te genereren die leidt tot integratie in het polissenrepertorium van het Fonds.

Opmerking

Het FAO geeft aan op basis van beide elektronische informatiestromen meer dan 30.000 brieven per jaar te versturen, voornamelijk naar starters. Beide informatiestromen (DIMONA en rsz-nummer) beogen een preventief effect te hebben.

Het niet-naleven van de verzekeringsplicht heeft immers zware gevolgen voor de onderneming.

- de werkgever wordt ten eerste ambtshalve aangesloten bij het FAO
- dient een bijdrage te betalen voor de periode van niet-verzekering
- dient zich alsnog te verzekeren voor arbeidsongevallen
- dient de vergoedingen die het Fonds heeft uitbetaald aan een slachtoffer terug te betalen
- de werkgever kan ook strafrechtelijk vervolgd worden

Indien de werkgever nalaat een verzekering af te sluiten, wordt deze, na vaststelling hiervan door de sociale controleurs van het Fonds, **ambtshalve aangesloten** (Art. 50 AOW). De ambtshalve aansluiting bij het FAO moet gezien worden als een sanctie voor het niet-naleven van de verzekeringsplicht. De werkgever wordt een termijn opgelegd waarbinnen de vastgestelde onregelmatigheid dient rechtgezet te worden (Art.89 AOW). Bovenop deze termijn kan het Fonds bijdragen heffen op de werkgevers die verzuimen een verzekeringscontract af te sluiten (Art.59 AOW). Deze bijdrage is afhankelijk van de periode van niet-verzekering en het aantal tewerkgestelde personen.

¹⁰ Sinds 1 januari 2003 moet elke werkgever de indienst- en uitdiensttreding van zijn werknemers aangeven.

Opmerking

1. De informatisering laat het Fonds toe sneller en efficiënter gevallen van niet-verzekering op te sporen en te voorkomen. *Het FAO geeft aan dat dit haar prioriteit is, betreffende het controleren van de verzekeringsplicht. Op deze manier beperkt het de situaties waarin het dient over te gaan tot de ambtshalve aansluiting en waarin het zelf dient op te treden als waarborgfonds voor niet-verzekerde slachtoffers.* Inhoudelijk houdt het Fonds bovendien enkel controle op de wettelijke verplichtingen van de verzekeraars in het kader van de AOW. Op de aanvullende producten wordt geen controle gehouden. *De prioriteiten van het Fonds liggen bij de preventie van de niet-verzekering. Voor deze informatiestromen geïnformatiseerd werden was dit preventief optreden zeer moeilijk, aldus het FAO.*
2. Voor ongeveer driehonderd arbeidsongevallen per jaar treedt het Fonds op als waarborgfonds. *Bij dit cijfer wordt, ten eerste, de opmerking gemaakt dat het waarschijnlijk slechts de meest ernstige gevallen betreft (soms worden deze zelfs uitvoerig in de media besproken) en dat de kleine arbeidsongevallen bij niet-verzekering veeleer onderling worden geregeld, of worden verhaald op de gewone ziekte- en invaliditeitsverzekering. Een belangrijke verschuiving, ten tweede, is dat het meer en meer gaat om gevallen van illegale tewerkstelling. Voor de opsporing van werkgevers die hun activiteiten via de reguliere weg organiseren, is de informatieve cirkel (quasi) rond.*
3. *Het enige probleem volgens het Fonds bij controle is dat het niet altijd een volledig overzicht heeft van de situatie van de werkgever aan de hand van beide informatiestromen omdat deze niet altijd compleet zijn. De DIMONA-aangifte bevat bijvoorbeeld geen verplichting voor het invullen van een rsz-nummer. Als de werkgever nalaat dit te doen, wordt hij beschouwd als een nieuwe werkgever die niet in het systeem zit en waarnaar dus een aanmaningsbrief zal verstuurd worden. Dit systeem van DIMONA-aangifte wordt herbekeken en zou in de toekomst moeten leiden tot een meer volledige informatiestroom.*

1.1.2. Aangifteplicht – geeft de werkgever elk ongeval aan bij de verzekeraar?

De werkgever is wettelijk verplicht tot aangifte bij de verzekeraar van elk ongeval dat kan leiden tot de toepassing van de AOW. Dit dient te gebeuren binnen een wettelijke termijn van acht kalenderdagen, te beginnen vanaf de dag na het arbeidsongeval. Indien de werkgever nalaat aangifte te doen van het ongeval, kunnen ook het slachtoffer of andere belanghebbenden hiervan een aangifte indienen bij de verzekeraar. **Controleurs** van het Fonds voor Arbeidsongevallen gaan na of de aangifte binnen de voorgeschreven termijn van acht werkdagen werd verstuurd. Ze kunnen daarvoor controles ter plaatse uitvoeren op de naleving van deze aangifteplicht en alle nodige documenten inkijken, zoals van de preventiediensten of ongevallenverslagen. De controles gebeuren niet

systematisch, maar op basis van het profiel van de werkgever of van de bedrijven in de sector, of ten gevolge van klachten rond de niet-aangifte van een arbeidsongeval door de werknemer of vakorganisatie. Daarnaast verleent het FAO **sociale bijstand** aan de slachtoffers, waarbij het deze bijstaat om in geval van nalatigheid of betwisting een aangifte te doen bij een verzekeringsonderneming (Art.31 Tweede bestuursovereenkomst van het FAO).

Opmerking

- 1. De verzekeringsondernemingen merken op dat het slechts zeer uitzonderlijk voorkomt dat de aangifte door de werknemer zelf, een van zijn rechthebbenden of een andere persoon wordt gedaan. Vanuit dit oogpunt wordt de aangifteplicht goed opgevolgd. De werknemersorganisaties en het FAO stellen wel dat er blinde vlekken zijn, waarbij de aangifteplicht niet altijd even nauw wordt nageleefd. Zo worden lichte arbeidsongevallen vaak behandeld door de medische diensten van de werkgever zelf, zonder verdere aangifte. Het FAO merkt ook bij haar controles dat er soms een loopje wordt genomen met het fenomeen van het “aangepast werk”, zelf voor iets zwaardere letsels. Hierbij worden werknemers na een ongeval bijvoorbeeld verplicht aanwezig te blijven op het werk, ook al doet men heel de dag niets. De aangifte van het ongeval gebeurt dan niet helemaal correct omdat de term “aangepast werk” wordt gebruikt voor iets wat helemaal geen aangepast werk is. Daarnaast wordt vanuit het FAO aangegeven dat ook het personeelsbeleid van de werkgevers een invloed kan hebben op de naleving van de aangifteplicht. De aangifte van een arbeidsongeval kan hierbij worden afgewogen tegen de (financiële) voordelen voor het personeel ten gevolge van een arbeidsongevalvrije werkomgeving.*
- 2. Het FAO wijst er bovendien op dat het in het kader van dezelfde problematiek niet zozeer de niet-aangifte bekijkt, maar wel de laattijdige aangifte door de werkgever omdat deze ook bepaalde vragen doet oproepen. Het Fonds is in 2008 met een onderzoek gestart naar de werkgevers die meer dan dertig dagen na het arbeidsongeval aangifte doen en waarbij deze praktijk herhaaldelijk is voorgekomen.*

De aangifte van een arbeidsongeval kan op verschillende manieren gebeuren

- via papieren of elektronische weg op basis van een uniform formulier met vastgestelde, in te vullen zones – en een medisch attest
- op elektronische wijze, waarbij de aangifte op twee manieren kan gebeuren:
 - via de portaalsite van de sociale zekerheid, www.socialsecurity.be.
 - bepaalde verzekeraars, maar ook bepaalde bedrijven werken met een eigen aangiftesysteem. Via deze elektronische tools kan eveneens aangifte van een arbeidsongeval gedaan worden.

Het Fonds voor Arbeidsongevallen neemt hier de positie in van **beheerder van de informatiestromen**. Een evolutie in de aangifte is de **ASR-toepassing** (Aangifte van een Sociaal Risico). Hierbij wordt de aangifte van risico's inherent aan het werk (met onder andere de arbeidsongevallen, ontslag, tijdelijke werkloosheid) vereenvoudigd en geïnformatiseerd om het gebruik ervan te bevorderen. Alle gegevens over de bij een arbeidsongeval betrokken onderneming en zijn werknemers zijn hierdoor centraal beschikbaar in het netwerk van de KSZ. Het ondernemingsnummer is hierbij de sleutel tot identificatie en is noodzakelijk voor de informatieoverdracht.

Opmerking

Aanvankelijk was deze toepassing een mogelijkheid en geen verplichting voor de werkgevers. Nu is het beleid erop gericht om ASR te verplichten voor alle aangiften – mits een beperkt aantal uitzonderingen, bijvoorbeeld voor dienstbodes omdat deze niet onderworpen zijn aan de sociale zekerheid.

De ASR komt de kwaliteit van de statistieken ten goede. De statistieken zelf worden opgesteld op basis van de fluxen komende vanuit de verzekeringsondernemingen. Op basis van de ASR wordt een vertraging bij de opening of de afhandeling van het dossier en eventuele onderbrekingen in de uitkering van vergoedingen aan de getroffen of zijn nabestaanden vermeden. Het gevolg voor de werkgever voor het niet naleven van de aangifteplicht is het opleggen van een administratieve geldboete. Dit gebeurt volgens de klassieke procedure voor het opleggen van **administratieve boetes**. Een controleur van het Fonds stelt een proces-verbaal op en maakt dit rapport over aan de arbeidsauditeur die overgaat tot het starten van de procedure die tot een administratieve boete leidt. In het kader hiervan kan ook een strafprocedure worden ingeleid, maar dit is zeer uitzonderlijk. Een andere sanctie, die eerder theoretisch van aard is, is de terugvordering door de verzekeraar. Indien de werkgever de aangifteplicht nalaat, maar de verzekeraar toch tussenkomt op basis van aangifte vanwege de werknemer, zou de verzekeraar bovendien de schadeloosstelling kunnen terugvorderen van de werkgever, omdat deze in gebreke is gebleven. Deze sanctie is echter theoretisch van aard en werd wellicht nog nooit toegepast.

1.1.3. Overzicht

Onderstaande tabel toont een overzicht van de wijze waarop de verzekerings- en aangifteplicht door de werkgevers opgevolgd een aangestuurd wordt. Deze wettelijke verplichtingen en de controles hierop zijn echter geen garantie dat alle werknemers ook effectief verzekerd zijn voor arbeidsongevallen, en dat alle arbeidsongevallen altijd tot aangifte leiden, zoals uit bovenstaande bespreking blijkt.

Opmerking

Het Fonds erkent deze beperkingen, maar benadrukt dat die gevallen waarbij de werkgever de wettelijke verplichtingen rond verzekering en aangifte niet naleeft sterk beperkt zijn door de informatisering en het op punt brengen van de elektronische informatiestromen.

Controle op	Via	Controle /Toezicht door	Controle op basis van	Output in de vorm van	Gevolgen/ Sancties
Is de werkgever verzekerd?	<i>Beheer elektronische informatiestromen</i>	FAO	gegevens uit - DIMONA-aangifte - polissenrepertorium	brief	- preventie - <i>ambtshalve aansluiting</i> - <i>strafsancties</i> - <i>terugvordering van schadeloosstelling</i>
Vond er een aangifte van elk ongeval plaats en verliep deze correct en tijdig?	<i>Procedures</i>	FAO	- eenvormig aangifte document - ASR		- kwaliteit van de aangifte
	<i>Administratieve controles</i>	Controleurs FAO	- elektronische infostromen (ASR) - kenmerken van werkgever / sector - statistieken vorige jaren	- statistieken per werkgever - analyse - proces-verbaal	- <i>administratieve boete</i> - <i>strafrechtelijke procedure</i> - <i>terugvordering verzekeraar (theoretisch)</i>

Tabel 1. - Aansturing en opvolging van de werkgevers

1.2. Sturing van de marktwerking

In het eerste hoofdstuk werd er reeds op gewezen dat de verzekeringsondernemingen aan een aantal voorwaarden dienen te voldoen indien zij actief willen zijn op de verzekeringsmarkt. Het gaat om financiële voorwaarden van solvabiliteit, rendabiliteit en liquiditeit – evenals om voorwaarden van goed bestuur vanwege de bevoegde personen binnen de ondernemingen. Deze voorwaarden hebben geen betrekking op de arbeidsongevallensector specifiek, maar zijn algemeen geldend, met name voor het geheel van verzekeringsactiviteiten niet-leven voor elke verzekeraar. Dit is ook de reden waarom deze elementen afzonderlijk behandeld worden. Het zijn voorwaarden op basis waarvan de verzekeringsondernemingen actief kunnen zijn op de verzekeringsmarkt. Deze elementen dienen een goede marktwerking te waarborgen en worden gecontroleerd door de CBFA, zoals hieronder zal worden uitgelegd.

1.2.1 Rendabiliteit, solvabiliteitsmarge, technische reserves en dekkingswaarden

De goede werking van de arbeidsongevallenmarkt wordt verzekerd via het aanleggen van technische reserves, de dekkingswaarden en een solvabiliteitsmarge. Daarbovenop dient de verzekeringsactiviteit rendabel te zijn. Dit zijn de fundamenten die een verzekeringsonderneming in staat moeten stellen haar toekomstige verplichtingen ten aanzien van de klanten of begunstigen na te komen.

Het beheer van de geïnde premies valt voor rekening van de verzekeraars. Van zodra zich een arbeidsongeval voordoet, dient deze een eerste financiële **reserve** aan te leggen, genaamd “reserve voor nog te regelen ongevallen”. Wanneer de toestand van de letsels gestabiliseerd is en de ongeschiktheidsgraad bepaald, herziet de arbeidsongevallenverzekeraar deze reserve in functie van de overeengekomen graad van blijvende arbeidsongeschiktheid, en legt hij een voorlopige wiskundige reserve aan. Als bij het verstrijken van de herzieningstermijn van drie jaar de blijvende arbeidsongeschiktheidsgraad definitief geworden is, legt de verzekeraar een definitieve wiskundige reserve aan. Deze dient als dekking voor de rente die levenslang aan het slachtoffer toegekend zal worden. Bij ernstige letselschade voorziet de verzekeraar ook reserves voor het onderhoud en de hernieuwing van de prothesen en de orthopedische toestellen. Verschillende andere reserves worden aangelegd om rekening te houden met de indexering van de renten, technische factoren en onvoorziene reserves. (<http://www.assuralia.be>)

Het **kapitalisatiestelsel** dat hierdoor ontstaat, bedraagt zo verschillende malen het jaarlijkse incasso¹¹. Dit is onder meer toe te schrijven aan de levenslange renten die door de verzekeraars aan de

¹¹ totaal van jaarlijkse geïnde premies

slachtoffers of de rechthebbenden worden uitgekeerd. De reserves vormen het belangrijkste deel van de balans van de onderneming (ongeveer 80 procent) en zijn de belangrijkste indicator voor de CBFA op basis waarvan kan worden nagegaan of de verzekeraar nog aan de verplichtingen zal kunnen voldoen.

Elke verzekeringsonderneming met activiteiten “niet-leven” – activiteiten waaronder ook de arbeidsongevallenverzekering valt – moet daarenboven een voldoende hoge **solvabiliteitsmarge** hebben voor het geheel van de activiteiten “niet-leven”. Dit is een zeer technische kwestie, maar betekent concreet dat de verzekeraars de aangegane financiële verplichtingen op lange termijn moeten kunnen nakomen. De technische reserves geven bijvoorbeeld aan of de arbeidsongevallenverzekeraar in staat is om bij faillissement de werknemers waarmee een overeenkomst tot schadeloosstelling werd afgesloten volledig te vergoeden. De solvabiliteitsmarge vormt een extra buffer, bovenop de technische reserves, ter garantie van de naleving van de verplichtingen van de onderneming. In 2005 was de samengestelde solvabiliteitsmarge voor alle verzekeraars samen binnen de activiteiten niet-leven meer dan drie keer de samen te stellen marge.

1.2.2. Financiële controle door de CBFA

De CBFA kan bij haar controles ter plaatse inzage nemen van alle documenten, evenals onderzoeken uitvoeren naar de financiën en activiteiten bij de ondernemingen, of personen van de organisatie verhoren. Deze controlebevoegdheid geldt evenzeer voor de bijkantoren van Belgische ondernemingen in het buitenland. (Art.21, Wet 9 juli 1975)

a) Financiële rapportage

- i. *Vrijwaring van de rendabiliteit, solvabiliteit, technische reserves en dekkingswaarden*

De informatie hiervoor wordt verkregen op basis van de financiële rapportage van de verzekeraar. De betrokken organisaties zijn verplicht de gegevens die werden opgevraagd door de CBFA bekend te maken (Art.21, Wet 9 juli 1975). Dit kadert binnen haar onderzoeksbevoegdheid (Art.78) zoals omschreven in van de wet van 2 augustus 2002.

Het gaat om de bekendmaking van (hoofdzakelijk boekhoudkundige) gegevens via

- de Central Server for Statistical Reporting (CSSR) bij de NBB
- de jaarrekening met toelichtingen

- de statistische informatie en de tussentijdse rapportering van de onderneming (driemaandelijks)
- de actuaaris, de erkende commissaris en de *compliance* persoon
- controles ter plaatse

ii. Output

Aan de hand van deze financiële rapportage kan de CBFA nagaan of de activiteiten van de verzekeringsonderneming voldoende *rendabel* zijn en of de verzekeraar met andere woorden geen structureel verlies lijdt. Er kan ook nagegaan worden of de technische *reserves* voldoende zijn om de toekomstige verplichtingen na te komen. Indien de verzekeraar bijvoorbeeld te weinig reserves aanlegt, of wanneer blijkt dat de reserves van de verzekeraar afnemen ten opzichte van de geïnde premies, dan is dit bijvoorbeeld het gevolg van een te lage premie of een te laag geschatte kost. De specifieke staat van de *solvabiliteitsmarge* wordt berekend aan de hand van voorgeprogrammeerde berekeningsbladen waar de verzekeraar de gevraagde informatie invult. Hieruit volgt een dubbele berekening die leidt tot, enerzijds, de samen te stellen marge en, anderzijds, de samengestelde marge die vanzelfsprekend de hoogste van beide moet zijn. De controle op de financiële toestand van de verzekeraar gebeurt met andere woorden aan de hand van een reeks van statistische gegevens over de verzekeraar op basis waarvan problemen kunnen opgespoord worden. Hierop kunnen specifieke maatregelen volgen in functie van de ernst van de problemen.

iii. Maatregelen en sancties

De controle vanwege de CBFA op de financiële toestand van de verzekeringsonderneming kan leiden tot het opleggen van (sanctie)maatregelen omschreven in **artikel 26** van de wet betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen. Deze maatregelen worden hieronder voor beide elementen (rendabiliteit, en solvabiliteit en reserves) apart besproken.

1. Indien blijkt dat de verzekeringsonderneming problemen heeft met haar *rendabiliteit* zal de CBFA
 - in de eerste plaats de verzekeraar vragen zelf een oplossing voor te stellen in een herstelplan.
 - indien blijkt dat de vooropgestelde bijstellingen onvoldoende effect binnen de voorziene termijn genereren, zal de CBFA overgaan tot een bijsturing en het opleggen van een bepaalde maatregel, bijvoorbeeld het verhogen van de premies. (Art.21octies Wet betreffende de controle der verzekeringsondernemingen) Daarnaast werd er wettelijk bepaald dat de verzekeraar een voorziening voor lopende risico's dient samen te stellen.

Dit is om proactief een nieuw probleem met de rendabiliteit te voorkomen. Hierbij wordt het bedrag opzij gehouden waarvoor verwacht wordt dat de verzekeraar een tekort zal hebben. Deze voorziening wordt genomen in afwachting van voor te stellen of op te leggen maatregelen. De middelen hiervoor komen niet uit de premie maar uit het eigen vermogen van de verzekeraar, wat als financiële “stok achter de deur” kan gezien worden aangezien dit een impact heeft op het vermogen van de aandeelhouders van de private verzekeraar of de aangesloten werkgevers in geval van gemeenschappelijke verzekeringskassen.

Opmerking

De CBFA geeft aan dat het slechts in laatste instantie is dat de verzekeraar de premies zal verhogen, omdat de concurrentie tussen de maatschappijen onderling juist op dit element plaatsvindt. Zo, geeft men aan, zal de verzekeraar eerder besparen op andere kosten, of een betere risicoselectie hanteren op basis waarvan de rendabiliteit zal kunnen opgetrokken worden.

2. Indien de verzekeraar te weinig reserves aanlegt, of wanneer blijkt dat de reserves van de verzekeraar afnemen ten opzichte van de geïnde premies, dan
 - wordt de arbeidsongevallenverzekeraar hierop door de CBFA aangemaand de in reserve genomen kapitalen op te trekken, om toekomstige schadeloosstellingen te vrijwaren.
 - de CBFA kan eveneens de vrije beschikking over de activa beperken of zelfs verbieden indien de verzekeringsondernemingen de regels omtrent het aanleggen van technische reserves of provisies niet naleven

3. Indien blijkt dat de samengestelde solvabiliteitsmarge kleiner is dan de samen te stellen marge, dan volgen maatregelen in functie van de ernst van het tekort:
 - de verzekeraar kan gevraagd worden een financieringsplan (zeer korte termijnherstel), of een herstelplan (korte tot middellange termijn) op te stellen
 - de CBFA kan ook zelf zo'n plannen opleggen.

Indien de solvabiliteitsmarge nog wel voldoende is, maar de rechten van de verzekerden of verzekeringsnemers in gevaar komen door de verslechterende financiële toestand van de verzekeraar, kan de CBFA een financieel saneringsplan eisen met bepalingen zoals omschreven in de wet¹².

Voorts kan de Commissie alle (sanctie)maatregelen nemen die nodig zijn voor de bescherming van de belangen van de verzekeringsnemers, de verzekerden en hun rechthebbenden. Zo kan de CBFA, ten

¹² Doch enkel voor verzekeringsondernemingen in België. De toepassing van saneringsmaatregelen geldt niet voor verzekeraars die onder het recht van een andere staat ressorteren of voor een in België gevestigd bijkantoor. (Art.45, Wet 9 juli 1975)

eerste, overgaan tot het aanstellen van een bijzondere commissaris die zijn machtiging verleent voor alle beslissingen van de onderneming. Ten tweede kan worden overgegaan tot het verbieden van verrichtingen of het beperken van de activiteiten, of kan, ten derde, het beheer van de verzekeringscontracten geheel of gedeeltelijk worden overgedragen aan een andere verzekeringsonderneming. Tot slot kan de CBFA opleggen de leiding van het bedrijf te vervangen, of zelf een voorlopige zaakvoerder aanstellen met de ruimste bevoegdheden. (Art.26, Wet 9 juli 1975) Indien na deze maatregelen nog steeds een ongunstige financiële toestand ten overstaan van verzekeringsnemers, verzekerden of hun rechthebbenden bestaat, kan de CBFA maatregelen aanbevelen die de fusie of overname door een toegelaten verzekeringsnemer inhoudt (Art.27). In het uiterste geval kan de CBFA de toelating van de verzekeringsonderneming voor het uitoefenen van haar activiteiten intrekken, onder de modaliteiten zoals bepaald in artikel 43 van de Wet betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen. Het zijn veeleer de verzekeringsondernemingen zelf die er in dit laatste geval voor kiezen hun activiteiten stop te zetten.

1.2.3. Overzicht

Controle op	Via	Controle /Toezicht door	Controle op basis van	Output in de vorm van	Gevolgen/ <i>Sancties</i>
Is de verzekeraar financieel gezond om aan de verplichtingen te voldoen?	<i>Financiële Rapportage</i>	CBFA	<ul style="list-style-type: none"> - jaarrekening en toelichtingen - statistische informatie - solvabiliteitsmarge via verplichte berekeningsbladen - bedrijfsrevisor - <i>compliance</i> persoon - actuaris 	<p>rapport aan directiecomité</p> <p>CBFA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - maatregelen en sancties artikel 26 en 21octies van de controlewet van 9 juli 1975

Tabel 2 – Aansturing en opvolging van het proces tot schadeloosstelling (1)

1.2.4. Vaststellingen

De aansturing en opvolging van de financiering van de opdrachten van de verzekeringsinstellingen belast met de schadeloosstelling gebeurt via

- financiële rapportage
 - o solvabiliteit
 - o reserves
 - o rendabiliteit
 - o de dekkingswaarden

Het toezicht vanwege de CBFA op de verzekeringsondernemingen betreft in hoofdzaak een toezicht van financiële aard maar omvat ook een institutionele analyse van de onderneming. Het ‘sociale toezicht’ op de uitvoering van de arbeidsongevallenwet (met een medische, technische en sociale component) behoort de FAO toe. *Vanuit de geïnterviewden wordt aangegeven dat het toezicht van de CBFA zich eerder op metaniveau afspeelt. De Commissie gaat na of de verzekeraars in staat zijn (op financieel vlak) hun verplichtingen ten aanzien van de verzekerden na te komen.* De Commissie houdt toezicht op de omstandigheden waarbinnen de verzekeringsondernemingen in het algemeen, en de arbeidsongevallenverzekeraars in dit geval in het bijzonder, opereren en hun verplichtingen moeten nakomen. In geen van de gevallen is de CBFA betrokken bij de afhandeling van een arbeidsongeval op zich. De controle hierop gebeurt door het Fonds voor Arbeidsongevallen.

Opmerking

1. De **CBFA** is belast met het toezicht op de voorwaarden om op de arbeidsongevallenmarkt actief te zijn en te blijven. *De controle, zo geeft de CBFA aan, betreft niet uitsluitend de arbeidsongevallensector. Deze sector wordt in principe ook niet afzonderlijk gecontroleerd. De CBFA spitst haar activiteiten toe op de activiteiten leven / niet-leven van de verzekeraars. Voor beide activiteiten worden de financiële controles gevoerd op basis van de besproken aspecten. In het kader van specifiek gerichte controles zal de arbeidsongevallensector afzonderlijk worden gecontroleerd. Ook dan worden niet alle dossiers bekeken, maar worden de resultaten geëxtrapoleerd.*
2. De Commissie beschikt over verschillende mogelijkheden om corrigerend of al dan niet bestraffend op te treden ten aanzien van de verzekeraars. De ernst van de financiële problemen en de termijn waarbinnen deze dienen te worden opgelost, bepaalt voor een groot deel de mate waarin de CBFA al dan niet onmiddellijk zal overgaan tot het opleggen van bepaalde maatregelen aan de verzekeringsonderneming. *Daarenboven geeft de CBFA aan dat het opleggen van een financierings- of herstelplan **proactief** gebeurt. De financiële rapportage dient een indicatie te*

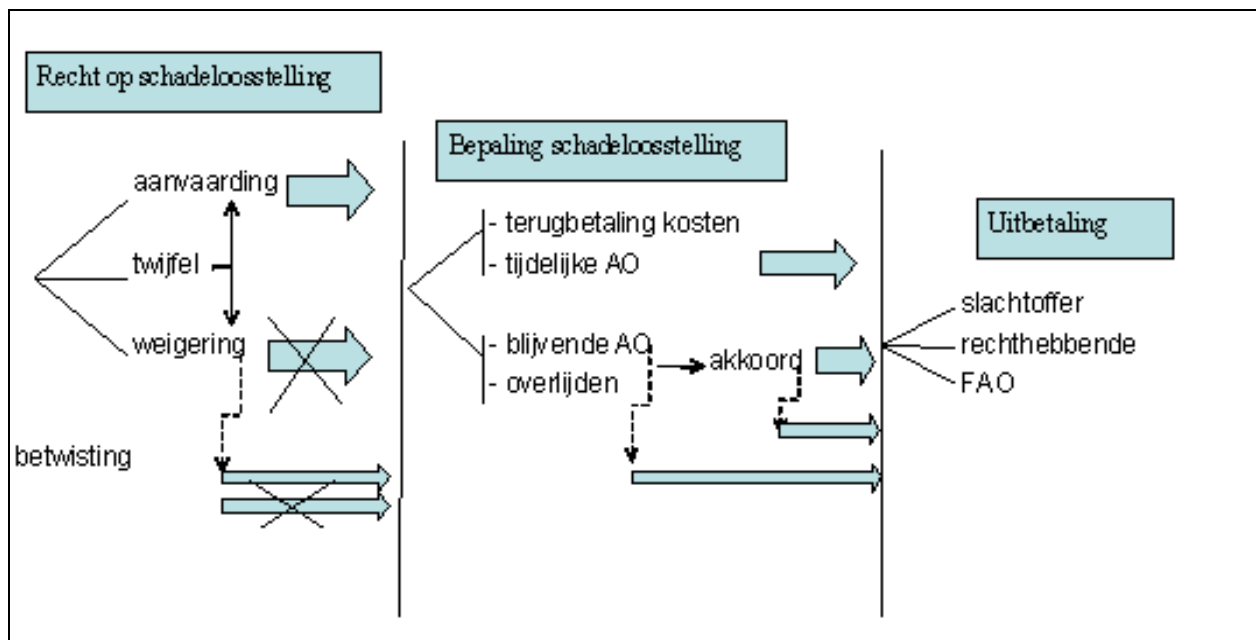
geven van de financiële sterkte van de onderneming. Als er een vermoeden is dat het bergaf gaat, dan worden maatregelen genomen. Ook de controle op de premie leidt tot een bijsturing van het beleid van de verzekeraar achteraf, maar gebeurt steeds met het oog op het vrijwaren van de toekomstige werking van de onderneming.

3. In de praktijk is de sanctie van het intrekken van de machtiging zeer uitzonderlijk. De verzekeraar wordt veeleer aangespoord over te gaan tot verzaking. Hierbij blijft de onderneming onder toezicht van de CBFA voor de afhandeling van bestaande schadegevallen, maar worden geen nieuwe activiteiten meer aanvaard.
4. Volgens de Europese richtlijn op de vrije dienstverrichting – en in navolging van een uitspraak van het Europese Hof van Justitie – betreft het financiële toezicht uitgevoerd door de CBFA enkel de in België gevestigde ondernemingen. De financiële controle op de verzekeraars die via de vrije dienstverrichting werkzaam zijn in België, wordt uitgeoefend door de controleautoriteit uit het land van herkomst. Dit is ook het geval voor de andere verzekeringstakken. *De CBFA gaat ervan uit dat deze controle aan dezelfde kwaliteit voldoet als deze die zij hanteert. In de Belgische arbeidsongevallensector zijn vooralsnog geen buitenlandse arbeidsongevallenverzekeraars werkzaam. De vraag naar de kwaliteit van de controle door buitenlandse toezichthouders stelt zich hierdoor dan ook (nog) niet.*

2. Opdrachteproces 1 – het basisproces

Het basisproces bestaat uit drie subprocessen. Na de verplichte aangifte van de werkgever volgt het eerste subproces waarin de vraag wordt beantwoord of het ongeval dat werd aangegeven wel degelijk een arbeidsongeval is, of niet. Een tweede subproces betreft de bepaling van de schadeloosstelling waarin wordt nagegaan op welke vergoedingen het slachtoffer van een arbeidsongeval nu precies recht heeft. Nadat dit werd bepaald en de belangrijkste beslissingen hieromtrent werden genomen volgt de effectieve uitbetaling.

Schematisch kan dit als volgt worden weergegeven:



Figuur 1 – Subprocessen in het basisproces bij de verzekeraar

Voor het nemen van een beslissing op het einde van de eerste twee subprocessen zijn er twee mogelijkheden. Ofwel neemt de verzekeraar een beslissing, gaat het slachtoffer akkoord en wordt overgegaan naar een volgende subproces (of wordt het dossier afgesloten in geval van weigering). Het slachtoffer kan ook niet akkoord gaan met de beslissing van de verzekeraar rond het individuele dossier. In dit geval kan deze ervoor opteren om, ten eerste, het Fonds een bijkomend onderzoek te laten uitvoeren – maar de verzekeraar is dan nog steeds vrij om zelf te beslissen – of zich te wenden tot de arbeidsrechter die dan een definitief en dwingend oordeel velt over de beslissing van de verzekeraar.

Al deze elementen worden hieronder verder verduidelijkt.

2.1. Ex nunc: Afhandeling van een dossier

Het proces dat leidt tot de vaststelling van het recht op een arbeidsongevallenvergoeding telt verschillende subprocessen. Deze worden hieronder opgesomd en verder uitgediept. Onderstaande omschrijving gaat uit van het proces dat doorlopen wordt door de verzekeraars zelf. Het Fonds voor Arbeidsongevallen treedt in sommige instanties op als verzekeraar (voor de zeelieden) of als waarborgfonds (voor niet-verzekerde slachtoffers), waarbij het zelf de vaststelling van het recht op schadeloosstelling doet. De gevallen waarbij dit proces verschilt van de elementen die worden besproken voor de gewone verzekeringsinstellingen, zullen uiteraard worden vermeld.

2.1.1. Onderzoek ter aanvaarding van het ongeval – is het ongeval een arbeidsongeval?

Een termijn van 30 dagen laat de verzekeringsondernemingen na aangifte van een ongeval door de werkgever toe te beslissen

- of zij het ongeval zullen aanvaarden als arbeidsongeval en een vergoeding zullen toekennen,
- of zij dit niet zullen aanvaarden en niet tussen zullen komen,
- of zij meer tijd nodig hebben omdat er twijfel bestaat rond het al dan niet van toepassing zijn van de AOW.

Het al dan niet aanvaarden van een dossier door de bevoegde verzekeringsonderneming is afhankelijk van de omschrijving ervan in de wet en interne instructies die het de **dossierbeheerders** makkelijker maken feiten te interpreteren. De verzekeringsondernemingen zijn meerbepaald gehouden aan de bepalingen in de arbeidsongevallenwet rond de definitie van een arbeidsongeval: het moet gaan om een letsel, een plotselinge gebeurtenis, plaatsgevonden tijdens de uitvoering van de arbeidsovereenkomst, waarbij twee vermoedens dienen te gelden. Ten eerste dat er een oorzakelijk verband is tussen het letsel en de gebeurtenis en dat het ongeval, ten tweede, gebeurd is door de uitvoering van de arbeidsovereenkomst. (Art.7-9) De verzekeraars zullen zelf nader onderzoek uitvoeren, of overgaan tot weigering indien zij hiervoor voldoende redenen zien. Het vermoeden van verband tussen deze elementen dient dan te worden weerlegd.

Opmerking

Vanuit de geïnterviewden wordt aangegeven dat het vooral in deze gevallen is dat betwistingen ontstaan tussen het slachtoffer en de werknemersorganisaties aan de ene kant, en de verzekeraars of werkgevers aan de andere kant. Dit gaat dan vooral om arbeidsongevallen met een beperkte impact. Voor veel van deze kleine schadegevallen kan het causale verband tussen de gebeurtenis van een ongeval en het letsel in twijfel worden getrokken, zo geven de verzekeraars aan. Zij geven het

voorbeeld van de “maandagochtendaangifte”, waarbij in sommige gevallen de gevolgen van een zwaar weekend doorwegen op de werkvloer en de fysieke toestand van een werknemer. Over de interpretatie van een arbeidsongeval en het causale verband tussen de plotselinge gebeurtenis van een ongeval en het letsel dat hier mogelijk een gevolg van is bestaat met andere woorden een vrij grote ruimte voor interpretatie. Deze kan definitief beslecht worden door de arbeidsrechter.

a) Aanvaarding

Wanneer de verzekeringsonderneming beslist het ongeval te **aanvaarden**, dan begint een volgend proces, met name dat betreffende de uitbetaling van de schadeloosstelling. Het merendeel van de arbeidsongevallen (ongeveer 90%) wordt zonder problemen aanvaard.

Het Fonds voor Arbeidsongevallen voert **in geen geval controle** op de aanvaarding van een ongeval. De financiële lasten van de aanvaarding vallen immers volledig ten laste van de verzekeraars en niet van het globaal beheer van de sociale zekerheid.

b) Weigering / twijfel

Indien er twijfel bestaat rond de aanvaarding van een arbeidsongeval, zal de verzekeringsonderneming op zoek gaan naar meer gegevens betreffende het ongeval en het slachtoffer zelf of de mogelijke getuigen van het ongeval verder bevragen. Daarnaast kan de verzekeraar als hij dat nodig acht, ter plekke een **intern administratief onderzoek** laten uitvoeren via de eigen verzekeringsinspecteurs om meer gegevens over de omstandigheden van het ongeval te verzamelen.

Als er sprake is van wat men bij de verzekeraars een “trilogie van omstandigheden” noemt, zal de dossierbeheerder overgaan tot weigering van het ongeval. Dit is zo indien het arbeidsongeval

- laattijdig wordt aangegeven,
- geen medische zorgen tot gevolg heeft,
- en geen getuigen kent

Bij **weigering** brengt de verzekeraar het FAO op de hoogte binnen de 30 dagen (Art.63,§1 AOW). Het slachtoffer heeft steeds de mogelijkheid hierop te reageren. Op deze reactie kunnen drie situaties volgen, maar dat is niet noodzakelijk zo. De verzekeraar kan zelf een interne administratieve controle houden op het dossier, maar er kan eveneens een administratieve controle door het FAO uitgevoerd worden na klacht van het slachtoffer, of het geschil kan uiteindelijk voor de arbeidsrechtbank bedongen worden. Deze elementen worden in paragraaf 2.2. en 2.3. besproken.

De verzekeraar brengt bij weigering of twijfel zowel het slachtoffer zelf op de hoogte, als het FAO en de instantie die de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit verzorgt. De **kennisgeving** aan de

ziekteverzekeringsinstelling vormt, samen met het afschrift van de aangifte van het ongeval een geldige en tijdige verklaring van arbeidsongeschiktheid. Op dit moment gebeurt de aangifte en het doorgeven van gegevens nog in papieren versie. Het **EVA/LEA project**¹³ maakt het in de toekomst (in principe vanaf 1 februari 2009) mogelijk om deze aangifte via elektronische weg te laten verlopen. Het project houdt een informatisering van de elektronische berichtenstroom in de arbeidsongevallensector en een uitwisseling van gegevens met andere instellingen uit de sociale zekerheid via het FAO en de KSZ in. Bovendien zal dan ook de aanvaarding van het ongeval worden bekendgemaakt aan het ziekenfonds, en niet enkel meer de weigering of het uitstel wegens twijfel door de verzekeraar.

2.1.2. Bepaling van de schadeloosstelling – wat moet worden uitbetaald?

De uitkeringen in de tak arbeidsongevallen hebben het karakter van een schadevergoeding. Aanvankelijk was dit ook effectief zo en diende de schadeloosstelling ter vervanging van een schadevergoeding die zou kunnen worden bedongen via de rechtbank, maar die niet mogelijk was. Nu kunnen de prestaties worden opgevat als een tegemoetkoming voor de kosten en de (eventuele professionele en daarmee ook financiële) gevolgen van het arbeidsongeval voor het slachtoffer.

De AOW maakt een onderscheid tussen prestaties ten gevolge van letselschade en prestaties bij overlijden.

1. prestaties bij letselschade
 - geneeskundige verzorging
 - uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid
 - bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid
 - bij blijvende arbeidsongeschiktheid
2. prestaties bij overlijden
 - vergoeding voor begrafenis kosten
 - renten voor nabestaanden

Voor het overgrote deel van de arbeidsongevallen blijkt de terugbetaling van geneeskundige verzorging ten gevolge van het ongeval voldoende ter afhandeling van het dossier, evenals de vergoedingen bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid. Ook bij een dodelijk ongeval dat aanvaard wordt als arbeidsongeval, wordt de stap naar schadeloosstelling gemaakt, echter op voorwaarde dat de nabestaanden van het slachtoffer effectief recht hebben op de voorziene renten.

¹³ Elektronische Verbinding Arbeidsongevallen/Liaison Électronique Accidents du travail.

Belangrijk bij de berekening van de schadeloosstelling voor het slachtoffer of zijn nabestaanden is de bepaling het basisloon en van de arbeidsongeschiktheidsgraad.

1. Aan de hand van het basisloon wordt de gedeeltelijke vervanging van het loon (bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid) berekend evenals de uitbetaling van een lijfrente (bij overlijden, blijvende arbeidsongeschiktheid). Belangrijk hierin is de informatisering van de informatiestromen. Het **Sabalo**-project laat de verzekeraars toe de elektronische gegevens over het basisloon van de werknemer rechtstreeks te raadplegen. De bepaling van het basisloon is in veel gevallen volledig geautomatiseerd (dit geldt bijvoorbeeld niet voor incomplete carrières) en het verloop ervan gebeurt zonder omslachtige administratieve procedures en berekeningen te moeten doorlopen. Dit zorgt er onder meer voor dat de controles door het Fonds voor dit aspect op een ander niveau dienen plaats te grijpen.
2. De blijvende **arbeidsongeschiktheidsgraad** wordt bepaald bij de (eventuele) overgang van een toestand van tijdelijke arbeidsongeschiktheid naar een van blijvende arbeidsongeschiktheid. Deze overgang wordt “consolidatie” genoemd. De graad van arbeidsongeschiktheid bepaalt de mate waarin het slachtoffer een blijvende weerslag ondervindt van het arbeidsongeval op zijn kansen op de arbeidsmarkt. De toestand van tijdelijke arbeidsongeschiktheid kan ook beëindigd worden indien het slachtoffer genezen werd verklaard. Dan is het dossier in principe afgerond indien de verzekeraar de verklaring van genezing bekend maakt aan het slachtoffer

De partijen zijn verplicht wanneer zij een akkoord bereiken over de verschuldigde vergoedingen voor blijvende arbeidsongeschiktheid en bij overlijden een **overeenkomst** voor te leggen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen. Deze overeenkomst bevat het basisloon, de aard van de letsels, de graad van arbeidsongeschiktheid en de datum van consolidatie (Art.65 AOW). Na de bekrachtiging van de overeenkomst is ten gevolge van een evolutie van de gezondheidstoestand van het slachtoffer die kan worden toegeschreven aan het arbeidsongeval een herziening mogelijk. Deze kan worden gevraagd door de getroffen(e) (bij verergering) of de verzekeraar bij verbetering) binnen de herzieningstermijn van drie jaar na bekrachtiging van de akkoorden en houdt een bijkomende vergoeding in voor een verergering van de blijvende arbeidsongeschiktheid van ten minste 10%. Indien de partijen geen akkoord bereiken rond de verschuldigde vergoedingen volgt een bemiddelings-, of betwistingsprocedure.

2.1.3. De schadeloosstelling – is de uitbetaling correct en tijdig?

De algemene regel voor de schadeloosstelling van werknemers ten gevolge van een arbeidsongeval is dat dit maandelijks gebeurt, zoals ook het geval is voor bijvoorbeeld de vervangingsinkomens. Uitzonderingen gelden er voor lijfrentes en bij blijvende arbeidsongeschiktheidsgraden van minder dan 10%. Deze worden op jaarlijkse basis toegekend.

De vergoedingen zijn **princiepelijk cumuleerbaar** omdat ze worden toegekend op forfaitaire basis. De uitkeringen kunnen daarom onbeperkt gecumuleerd worden met het loon (in geval van bijvoorbeeld tijdelijke wedertewerkstelling wordt het verschil tussen het vorige loon en het tijdelijke loon bijgepast door de verzekeraar) en met loonvervangende uitkeringen (zoals een werkloosheidsvergoeding, indien het slachtoffer na het arbeidsongeval ontslagen werd). **Uitzonderingen** zijn de cumulatie met:

- pensioenen: de arbeidsongeschiktheidsvergoedingen worden verminderd tot een forfaitair bedrag en het Fonds voor Arbeidsongevallen wordt in de rechten gesteld van de betrokkenen voor dat deel van de schadeloosstelling dat niet met een pensioen mag worden gecumuleerd. Deze inhouding wordt als kapitaal gestort bij het FAO (Art.42bis AOW).
- het gewaarborgd loon: dit behoudt de werknemer tijdens een eerste periode na het arbeidsongeval (met name 30 dagen) recht op zijn loon, dat hem door de werkgever overgemaakt wordt en waarbij de verzekeraar of het Fonds de bedragen overmaken aan die werkgever (Art.54§2 en 70) Arbeidsovereenkomstenwet

Opmerking

De schadelast voor de verzekeraar is met andere woorden niet altijd gelijk aan de lijfrente die het slachtoffer zal ontvangen. De gevallen waarbij de verzekeringsondernemingen bepaalde bedragen aan het Fonds voor Arbeidsongevallen dienen over te maken, zonder dat deze uiteindelijk verschuldigd zijn aan de slachtoffers zelf worden sterk bekritiseerd door de verzekeraars. *Zij wijzen erop dat deze mechanismen tot een onrechtstreekse financiering leiden van het globale beheer en dat zo het tekort in de sociale zekerheid wordt gedekt met financiële middelen uit sectoren die geen tekort tonen.*

2.2. Ex post: Administratief en medisch toezicht

2.2.1. Intern toezicht door de verzekeraars

a) Bijkomend administratief onderzoek op weigering

Dit vindt enkel plaats na een klacht bij de verzekeraar van het slachtoffer of zijn werkgever over de gronden waarop de weigering gebeurde. De verzekeraar brengt de betrokkenen steeds op de hoogte van de uitkomst van het onderzoek ter aanvaarding van een arbeidsongeval. Indien het ongeval geweigerd wordt, dient dit gemotiveerd te zijn. Nadat de verzekeraar het slachtoffer op de hoogte heeft gebracht van de weigering van het ongeval, kan deze of de verzekerde (de werkgever) een **klacht** indienen bij de verzekeraar, waarna een bijkomend administratief onderzoek wordt ingesteld. Hierbij kunnen vanwege het slachtoffer bijkomende argumenten worden aangebracht, of het dossier wordt intern opnieuw bekeken, of de controleur van de verzekeraar gaat ter plaatse om een beter zicht te krijgen op de situatie. Ook vanuit de werkgever kunnen bijkomende gegevens over het ongeval worden verschaft. Deze dienen bijvoorbeeld ter verduidelijking van de omstandigheden waaronder het arbeidsongeval heeft plaatsgevonden, of leiden tot ondervragingen van getuigen van het ongeval. Het gevolg van dit bijkomend administratief onderzoek is dat de aanvankelijke weigering mogelijk wordt omgezet in aanvaarding indien dit door de inspectiedienst van de verzekeraar geadviseerd wordt.

b) Ad hoc controle op aanvaarding

De verzekeraar zelf kan steeds terugkomen op de aanvaarding van een ongeval. De AOW is een wet van openbare orde, die met zich meebrengt dat een aanvaard ongeval achteraf kan worden geweigerd als er fraude vanwege het slachtoffer wordt ontdekt. De verzekeringsondernemingen geven aan dat dit slechts om uitzonderlijke gevallen gaat. Bovendien is hiervoor geen intern controlesysteem voorzien. Het is veeleer op basis van toevallige elementen die worden aangebracht, dat de fraude opgespoord kan worden. Zo kan een raadsgeneesheer achteraf vaststellen dat eerdere verklaringen van het slachtoffer niet overeenstemmen met de huidige toestand, of kunnen personen uit de nabije omgeving van het slachtoffer inlichtingen doorspelen. In de loop van een dossier zijn er met andere woorden gegevens die vermoedens doen rijzen, waardoor een **intern onderzoek** wordt ingezet en eventueel wordt teruggekomen op een beslissing. Dit onderzoek gebeurt in geen geval op systematische basis.

c) Interne medische toezicht op de bepaling van de arbeidsongeschiktheidsgraad

De adviesgeneesheren waarop de verzekeraars beroep doen bij de vaststelling van de arbeidsongeschiktheidsgraad zijn bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheidsgraad onderworpen aan het interne medische toezicht van de **hoofdraadgeneesheren** binnen de maatschappijen. Zij kijken

de vaststellingen na die de plaatselijke adviesgeneesheren doen op basis van de medische gegevens over de toestand van het slachtoffer.

d) Controle op de interne beheerssystemen voor de uitbetaling

De verzekeraars voeren zelf een intern toezicht op de uitbetaling van de schadeloosstelling voor slachtoffers. Het gaat meer bepaald om een controle op de beheersaspecten ervan. Veel elementen (bijvoorbeeld het tijdstip van betaling, correctheid van betalingen) zijn geautomatiseerd binnen de **informaticasystemen** van de verzekeraar. Dit zijn interne beheerssystemen. Deze moeten bijvoorbeeld ook onverschuldigde betalingen vermijden. De controle hierop is een controle op het systeem zelf. Indien betalingen niet op tijd gebeuren bijvoorbeeld, dan wordt dit vrij snel ontdekt. Enerzijds intern, maar anderzijds ook op basis van telefoons van slachtoffers die soms financieel afhankelijk zijn van de schadeloosstelling.

2.2.2. Extern toezicht door het Fonds voor Arbeidsongevallen

a) Administratief en medisch toezicht

i. Specifiek en algemeen administratief en medisch toezicht

Het Fonds is als instelling van het primaire netwerk van de sociale zekerheid in de tak arbeidsongevallen belast met het toezicht op de verzekeringsondernemingen die de AOW uitvoeren. De verzekeraars zijn verplicht het Fonds op de hoogte te stellen van alle elementen die voorkomen in de aangifte van een ongeval, evenals deze bij de behandeling van het dossier (Art.62 AOW). In het kader hiervan oefent het Fonds een administratief toezicht uit op de verzekeraars. Dit kan op twee wijzen ingegeven worden. Enerzijds ten gevolge van een klacht van het slachtoffer bij het Fonds over een bepaald punt in de behandeling van het dossier door de verzekeraar. Anderzijds zal het Fonds een controle voeren op de dossier op basis van steekproeven.

1. De klacht bij het Fonds over een arbeidsongevallendossier moet beschouwd worden als de vraag vanwege het slachtoffer voor een specifiek onderzoek door het Fonds op het individuele dossier. Hierbij worden de beheersaspecten van elk dossier onder de loep genomen door sociale inspecteurs voor die elementen waarrond de klacht zich situeert. Er kunnen bijvoorbeeld klachten zijn over procedurele elementen: over de grond van weigering van een dossier, de correcte uitbetaling, dat deze niet op tijd gebeurde, over de terugbetaling van kosten die werd geweigerd, of over het aanslepen van een dossier. De geneesheren van het Fonds concentreren zich op de medische aspecten, bijvoorbeeld ten gevolge van een

klacht rond de bepaling van de arbeidsongeschiktheidsgraad, of de behandeling door de adviesgeneesheer van de verzekeraar.

2. De sociale inspecteurs van het Fonds voeren een algemene administratieve en medische controle op het proces van schadeloosstelling op basis van *steekproeven*. Deze houden een volledige controle in van de geselecteerde dossiers voor de status waarin deze zich op dat moment bevinden. De selectie van dossiers voor de steekproeven bij de verzekeraars gebeurt meestal op basis van de ernst van het ongeval. Het FAO zal zo beslissen om bijvoorbeeld die dossiers van meer dan 20% arbeidsongeschiktheid te onderzoeken bij alle verzekeraars. Het Fonds kan bijvoorbeeld ook nagaan of bepaalde interne criteria die het zelf ontwikkeld heeft (bvb. de automatische terugbetaling van vervoerskosten zonder dat het slachtoffer hiervoor dient tussen te komen, of het voorleggen van het consolidatieverslag binnen de twee maanden na het medische onderzoek) goed nageleefd worden. Grote verzekeraars zullen niet op al deze dossiers gecontroleerd worden. Daar wordt een formule toegepast die de betrouwbaarheid van de resultaten bij extrapolatie van de controle van een bepaald aantal dossiers voor 90% moet garanderen.

De verhouding tussen beide soorten administratief en medisch toezicht is ongeveer 30% klachten, 70% steekproeven. Het zijn dezelfde inspecteurs die bij de verzekeraars een controle zullen uitvoeren. **Sociale inspecteurs** staan in voor de controle op de technische, of beheersaspecten van een dossier (naleving van termijnen, correctheid berekening, communicatie naar slachtoffer,...) Er kunnen daarnaast ook inspecties worden gedaan door de **geneesheren** van het Fonds. Deze beschikken over alle bevoegdheden van sociale inspecteurs. Informatie wordt verkregen via inspecties ter plaatse waarbij al de nodige gegevens kunnen ingekeken of opgevraagd worden, of eventueel zelfs via een medisch onderzoek van het slachtoffer door de geneesheren van het FAO. Dit laatste is mogelijk, maar is niet de regel. Het toezicht op geweigerde ongevallen gebeurt door de **administratieve sectie “geweigerde ongevallen”** binnen de inspectiedienst van het Fonds.

Opmerking

De controles op basis van steekproeven door het FAO gebeuren meestal voor die gevallen waarvan het financiële aspect het grootst is. Het Fonds geeft aan dat de controle hoofdzakelijk gevallen betreft met een (mogelijke) blijvende arbeidsongeschiktheid. De financiële last voor de verzekeraar is hier blijvend, loopt op lange termijn en kan aanzienlijke proporties aannemen in het geval van hoge arbeidsongeschiktheidsgraden gecombineerd met een jonge leeftijd van het slachtoffer. Soms gebeuren aparte controleprojecten om kleinere zaken niet uit het oog te verliezen, maar de prioriteit bij het uitvoeren van de controles ligt voor het Fonds duidelijk bij die gevallen die belangrijke financiële implicaties met zich meebrengen. Niet alleen is dit laatste zo voor de verzekeraars, de graad van

arbeidsongeschiktheid is in veel gevallen rechtstreeks verbonden met de mate waarin een slachtoffer zal kunnen functioneren op de arbeidsmarkt – en met andere woorden financieel afhankelijk zal zijn van de schadeloosstelling die hiervoor wordt toegekend. Het is van belang dat het Fonds in dat geval bijvoorbeeld toezicht houdt op de correcte vaststelling van de graad van arbeidsongeschiktheid door de geneesheren van de verzekeraars..

ii. Output

Het Fonds hanteert voor deze controles een **catalogoog**, met alle mogelijke tekortkomingen betreffende het beheer van een dossier, om de uniformiteit ervan te sturen. Het onderzoek kent **twee outputs**:

- een jaarlijks verslag aan het beheerscomité van de controleactiviteiten
- een gemotiveerd advies voor geweigerde ongevallen in de vorm van een proces-verbaal aan de verzekeraar, het slachtoffer en de instelling die de ziekte- en invaliditeitsverzekering verzorgd

Daarnaast wordt intern een opmerkingenschema opgesteld dat is gekoppeld aan de ernst van de overtreding zoals deze door de sociale inspecteurs van het FAO wordt ingeschat. De verschillende opmerkingen worden beoordeeld op een schaal van 1-5 en worden in een **jaarlijks verslag voor elke verzekeraar** bekend gemaakt aan het beheerscomité. Elke verzekeraar ontvangt het verslag over de eigen werking van het Fonds. Het gevolg is dat er in samenspraak met de verzekeringsondernemingen bepaalde **engagementen** worden opgesteld teneinde mogelijke structurele problemen op te lossen of verder te voorkomen. De taak van het Fonds is in de eerste plaats om deze engagementen op te volgen en erover te waken dat de verzekeraars dit ook doen. Dit gebeurt via de gerichte controles en steekproeven in het kader van het algemeen administratief en medisch toezicht. Daarnaast dient het Fonds uiteraard te bekijken of de aangegane engagementen ook effectief resultaten opleveren.

Er is met andere woorden een terugkoppeling voorzien ten gevolge van de jaarlijkse verslagen per verzekeraar. Deze terugkoppeling resulteert niet enkel in engagementen vanwege de individuele verzekeraar, maar laat het beheerscomité ook toe de prioriteiten voor volgende steekproefcontroles te bepalen en een globaal zicht te krijgen over de kwaliteit van de werking bij de verzekeraars.

Opmerking

Het dient te worden opgemerkt dat deze jaarlijkse verslagen per verzekeraar ter kennis komen van alle leden van het beheerscomité, dus ook van de verzekeraars die optreden als vertegenwoordigers aan werkgeverszijde. Zij krijgen hierdoor inzicht in het interne beheer van hun rechtstreekse concurrenten. *De verzekeraars benadrukken dat de documenten in het beheerscomité, waaronder de individuele*

verslagen per verzekeraar, ook binnen Assuralia worden voorgelegd en dat de leden vrij zijn deze documenten op te vragen en in te kijken.

Voor die gevallen waar de klacht zich situeert rond een vaststelling door of beslissing vanwege de verzekeraar (aanvaarding/weigering, arbeidsongeschiktheidsgraad, basisloon) wordt bovendien een **gemotiveerd advies** uitgesproken en bekend gemaakt via een proces-verbaal aan de verzekeraar. Deze zijn echter niet gebonden aan dit advies en kunnen dus niet gedwongen worden tot een herziening van de uitspraak. Het gaat met andere woorden om een **niet bindend advies**. Wel kunnen de inspecteurs van het Fonds op basis van redelijke argumenten, die voldoende gemotiveerd zijn, de verzekeringsinstellingen aansporen om het advies van het Fonds te volgen. Zo kan een geweigerd ongeval bijvoorbeeld na controle vanwege het Fonds toch aanvaard worden. Ongeveer 35% van de geweigerde dossiers, worden na tussenkomst van het Fonds toch aanvaard door de verzekeraar. (FAO, 2007(a): 49)

Indien de verzekeraar het advies niet volgt, is het Fonds bovendien verplicht deze een **aangetekende brief** te sturen. Hierin verwoordt de instelling haar gemotiveerd standpunt betreffende het dossier (Art.88bis AOW). De verzekeraar is volgens ditzelfde wetsartikel verplicht het standpunt van het Fonds bekend te maken aan de rechtbank op het ogenblik dat het ongeval er voor definitieve regeling wordt aanhangig gemaakt.

iii. Sancties

Indien blijkt dat de verzekeringsonderneming het overmaken van de nodige stukken niet of laattijdig doet en gedurende een aantal jaren dezelfde problemen kent bij de opvolging van de dossiers, kunnen een aantal sancties volgen. Het Fonds kan de verzekeraar, ten eerste, een **administratieve boete** opleggen. Een drukkingsmiddel waar het Fonds in het verleden reeds gebruik van heeft gemaakt is de (dreiging met) **publicatie** van het beleid van een specifieke verzekeraar in het Belgische Staatsblad. De dreiging met publicatie bleek voldoende om een aanpassing in het beleid van de verzekeraar te bewerkstelligen.

Opmerking

De controle wordt enkel gevoerd op procedurele elementen die de verzekeraars niet nageleefd zouden hebben. Inhoudelijk zijn ze steeds vrij te aanvaarden of niet, binnen de bepalingen van de wet. het Fonds kan geen sanctiemiddelen verbinden aan het niet opvolgen van het advies door de verzekeraar. Enkel indien herhaaldelijk blijkt dat de verzekeraar een loopje neemt met de procedurele aanbevelingen van het FAO. Dan is het middel van *name and shame* vrij efficiënt om alsnog een interne beleidswijziging te verkrijgen.

b) Bekrachtiging van de akkoorden

Een belangrijk element voor controle vanwege het Fonds is de bekrachtiging van de akkoorden tussen de werknemers en de verzekeraars die verplicht aan het Fonds dienen te worden voorgelegd. Dit is een **garantie** voor slachtoffers dat wat er beslist wordt (m.b.t. een blijvende ongeschiktheid of dodelijk ongeval) ook aan een *review* wordt onderworpen. Elke overeenkomst die niet door de rechtbank behandeld werd, wordt zo getoetst door de **technische dienst** van het FAO en behelst een speciale procedure. De toetsing betreft meerbepaald alle **regelingselementen** binnen de overeenkomst tussen de partijen, zoals de vaststelling van de graad van arbeidsongeschiktheid, of de berekening van het basisloon. De regeling tussen verzekeraar en slachtoffer wordt verplicht voorgelegd aan het Fonds die deze aspecten controleert. Het gaat om ongeveer 7000 gevallen per jaar. Het Fonds kan zich akkoord verklaren met de regelingselementen, of deze verwerpen. De verzekeraar is vrij de regeling aan te passen en het nieuwe akkoord opnieuw in te dienen. Indien dit niet gebeurt, kan elk van de partijen een betwistingsprocedure bij de arbeidsrechtbank starten. Het Fonds beschikt zelf niet over de mogelijkheid om de verzekeraar te verplichten de inhoud van de regeling aan te passen. Het legt wel elk jaar een **verslag aan het beheerscomité** voor over de bekrachtiging van de regelingen, en de opvolging van de geweigerde bekrachtigingen.

Opmerking

Het Fonds geeft aan dat het enkel de controle voert en niet onrechtstreeks de inhoud van de regeling tussen verzekeraar en slachtoffer wil bepalen. Indien de instelling bijvoorbeeld niet akkoord is met de arbeidsongeschiktheidsgraad, maar de verzekeraar blijft bij zijn standpunt, dan is daarmee voor het Fonds haar taak ten einde. Het is aan de partijen om dit via de rechtbank verder uit te klaren.

c) Bemiddeling

De Arbeidsongevallenwet voorziet daarnaast een procedure van **bemiddeling** door geneesheren aangesteld door het Fonds (Art.64bis en 64ter). Deze kunnen op basis van de medische informatie die zij hebben vergaard een bemiddelingsprocedure opstarten tussen het slachtoffer en de verzekeraar indien blijkt dat beiden niet tot een akkoord kunnen komen omtrent de voorliggende regeling rond een arbeidsongeschiktheid. De bemiddelingsprocedure geldt enkel voor akkoorden rond een arbeidsongeschiktheidsgraad van minstens 25%. De geneesheer van het Fonds bemiddelt vanuit zijn positie als medisch expert en probeert de partijen te verzoenen. Hiervoor kan hij beroep doen op alle mogelijke gegevens omtrent het dossier. Hij stelt hierover een voorlopig verslag op ten aanzien van beide partijen die de vrijheid hebben om zich akkoord te verklaren omtrent de regeling, of deze te blijven betwisten. Hierop volgt een eindverslag met het akkoord of de standpunten bij betwisting door de partijen en het standpunt van de geneesheer zelf. (KB 5 maart 2006 ter vaststelling van de procedure van bemiddeling door een geneesheer van het FAO) De stap naar bemiddeling is niet

verplicht, het slachtoffer of de verzekeraar hebben de mogelijkheid om onmiddellijk de stap te zetten naar de gerechtelijke betwistingsprocedure.

Opmerking

1. *De mogelijkheid tot bemiddeling is vrij recent, het dateert van september 2006. Er werd tot hiertoe nog geen gebruik van gemaakt, zo geeft het FAO aan. Sinds 2006 werden er twee aanvragen ingediend, maar het Fonds beschikte op dat moment niet over geneesheren, waardoor er geen bemiddelingsprocedure kon worden opgestart. Zeer recent werden eveneens twee aanvragen tot bemiddeling ingediend, nu zou de procedure wel kunnen opgestart worden.*
2. *Voor het Fonds lijkt de bemiddelingsprocedure een positieve evolutie. Het kan een element zijn waardoor het aantal gerechtelijke procedures zou dalen.*

d) Beheer van de elektronische informatiestromen

Het Fonds houdt toezicht op de correctheid van de betalingen die de verzekeraars aan de instelling dienen te doen. Dit gebeurt, ten eerste, in het kader van de cumulbeperkingen, de overmaking van renten en kapitalen voor bepaalde arbeidsongeschiktheidsgraden en de indexatie en bijslagen van ongevallen vanaf een bepaald jaar. Het Fonds maakt daarenboven als OISZ deel uit van het primaire netwerk van de sociale zekerheid. Het is belast met het beheer van de informatiestromen (Primula, ASR,...) van de verzekeraars die relevant zijn voor andere instellingen uit het primaire netwerk. Een **controle op de correctheid van de informatiestromen** ten gevolge van de schadeloosstelling is dan ook zeer belangrijk, omdat hierdoor individuele rechten ontstaan of vervallen. Zo bijvoorbeeld met de cumulbeperkingen. Deze zijn de uitzondering bij de toekenning van de schadeloosstelling ten gevolge van een arbeidsongeval en vallen ten laste van de verzekeraars, maar kunnen voor de andere sectoren van de sociale zekerheid aanleiding geven tot een verval van het recht op uitbetaling. Het is belangrijk dat het Fonds in staat is controle te voeren op de elektronische gegevens en kan garanderen dat deze correct zijn, teneinde onverschuldigde betalingen in andere sectoren zo veel mogelijk te beperken.

Dit gebeurt op drie manieren:

- Via de *gegevensbank* wordt allerlei statistische informatie rond een specifiek arbeidsongeval beheerd en gecontroleerd. De gegevensbank houdt informatie bij omtrent de karakteristieken van het ongeval, de identificatie van het slachtoffer, de gegevens van de werkgever, de arbeidsongeschiktheid en de financiële lasten.
- In de *elektronische informatiestromen* zelf is de invoering van de gegevens aan een aantal standaarden verbonden. Deze moeten de kwaliteit ervan garanderen.
- In het netwerk is er een controle op de consistentie van de gegevens. Indien de invoering van bepaalde gegevens niet overeenkomt met eerder ingebrachte gegevens, spoort het systeem deze inconsistentie op en wordt de juistheid ervan nagegaan.

Opmerking

Het Fonds merkt op dat de evolutie van informatisering een toename van de rechtstreekse contacten tussen de OISZ met zich heeft meegebracht. Er heeft zich hierdoor een heel netwerk, ook op vlak van personen, uitgebouwd. Dit wordt beschouwd als een positief element.

2.3. Ex post: Betwistingsproces

Een geschil tussen de verzekeraar en het slachtoffer kan in een laatste stap worden beslecht door de **arbeidsrechtbank**. Dit voor twee gevallen: (Art.64 AOW)

- Indien de verzekeraar het arbeidsongeval weigert. Hij dient het slachtoffer hiervan op de hoogte te brengen door te weerleggen dat het vermoeden van arbeidsongeval in de door de wet omschreven omstandigheden van toepassing is op het dossier. Het slachtoffer dient eveneens te worden gewezen op alle beroepsmogelijkheden waarover hij daarop beschikt.
- Indien verzekeraar en slachtoffer geen akkoord kunnen voorleggen ter bekrachtiging aan het Fonds, het Fonds weigert het akkoord te bekrachtigen, of (eventueel) de bemiddelingsprocedure vanwege een van haar geneesheren eveneens niet tot een akkoord heeft kunnen leiden, kan de gerechtelijke stap eveneens worden gemaakt. Indien het Fonds het akkoord heeft geweigerd, is de verzekeraar verplicht de aangetekende mededeling van het Fonds hieromtrent aan de rechter bekend te maken (Art.65).

De *'meest gerede partij'* maakt de zaak aanhangig bij de arbeidsrechtbank, binnen een verjaringstermijn van drie jaar. De verzekeraar is steeds belast met het betalen van de kosten voor de rechtspleging bij de rechtbank (Art.68 en 69). Het slachtoffer blijft evenwel belast met de erelonen van de advocaten die eventueel onder de arm worden genomen (Haelewyn, 2006: 66).

Opmerking

Een bedenking die hieromtrent gemaakt kan worden is dat de drempel vrij groot zou kunnen zijn voor een werknemer om over te stappen op een procedure voor de arbeidsrechtbank. Niet enkel psychologisch maar ook financieel indien beroep dient te worden gedaan op een advocaat. Het slachtoffer kan er daarom voor opteren zichzelf vertegenwoordigen, of zich te laten vertegenwoordigen door iemand gespecialiseerd in arbeidsongevallen – en indien men als werknemer aangesloten is bij een werknemersorganisatie, beroep te doen op juridische specialisten uit de organisatie. Leden van de syndicaten kunnen daarbij optreden als volmachtdrager. *Vanuit het Fonds wordt aangegeven dat de meeste geschillen zich concentreren rond de weigering van een dossier en de bepaling van de arbeidsongeschiktheidsgraad door de verzekeraar.* Omdat het met andere woorden

gaat om een vrij technische aangelegenheid, is het aan te raden dat de werknemer een beroep doet op de syndicaten of een advocaat.

De rechter doet een uitspraak over de beoordeling van de verzekeraar over de weigering van het dossier, of de bepaling van de arbeidsongeschiktheidsgraad. Hij doet dit op basis van alle informatie die hem vrijwillig ter beschikking wordt gesteld door de partijen. Bij de procedure voor de rechtbank kan het Fonds eveneens worden gevraagd tussen te komen. De uitspraak van de rechter is dwingend van aard en houdt een definitieve beslechting in van het dossier of van het twistpunt dat aanhangig werd gemaakt.

2.4. Het Fonds als verzekeraar of waarborgfonds

Het Fonds voor Arbeidsongevallen kan optreden als verzekeraar voor zielieden waarbij het zelf het onderzoek ter aanvaarding van het arbeidsongeval voert en instaat voor de verdere afhandeling van het dossier. Het gaat hier om een zeer beperkt aantal arbeidsongevallen, meerbepaald een honderdtal per jaar voor de koopvaarders en zeevissers samen. Ter vergelijking: het aantal aangegeven arbeidsongevallen voor 2006 bedroeg 185.039 dossiers (FAO, 2007(b): 1). De reders zijn verplicht een arbeidsongevallenverzekering aan te gaan (Art.81 AOW) en de aangifte van een arbeidsongeval schriftelijk te doen, ten laatste vijf dagen na het ongeval, de ter kennis neming ervan, of de aankomst in de haven van het schip (Art.82 AOW). Het Fonds zal in principe **geen intern toezicht** houden op het proces dat leidt tot het recht op schadeloosstelling van de zeevisser of koopvaarder omdat de algemene directie binnen het Fonds hierover voor elk dossier afzonderlijk een beslissing neemt.

Wanneer het Fonds voor Arbeidsongevallen optreedt als waarborgfonds voor niet-verzekerde werknemers, dan valt het toezicht op het proces tot vaststelling van het recht op schadeloosstelling binnen de hierboven vermelde steekproeven. *Deze dossiers zullen worden onderzocht wanneer ze binnen de scope van de steekproeven die leiden tot een **administratief toezicht**, vallen, zo geeft het Fonds aan.*

2.5. Vaststellingen en overzicht

In wat volgt wordt vooreerst schematisch een overzicht gegeven van de wijze waarop dit eerste proces ex post opgevolgd wordt. In tweede instantie volgt een algemene bespreking van de vaststellingen die gemaakt kunnen worden met betrekking tot de basisprocessen.

2.5.1. Overzicht

Controle op	Via	Toezicht door	Controle op basis van	Output in de vorm van	Gevolgen/ <i>Sancties</i>
Gehele basisproces	<i>Intern administratief en medisch toezicht</i>	- hoofdgeneesheren verzekeraar - hiërarchie	- medische inhoud dossier - beoordelingsgronden dossier	verslag	- eventuele aanpassing arbeidsongeschiktheidsgraad - eventuele aanpassing beoordeling
Subproces: bepaling en uitbetaling	<i>Interne beheersystemen</i>	verzekeraar	elektronische stromen	waarschuwing van het systeem	aanpassing elektronische systeem
Gehele basisproces	<i>Extern administratief en medisch toezicht</i>	Inspecteurs FAO	procedurele beheersaspecten: - controles ter plaatse - elektronische infostromen (Sabalo)	per verzekeraar bij beheers-comité: - (intern) opmerkingen-schema -jaarverslag	- lijst engagementen vanwege verzekeraar - artikel 88bis - <i>administratieve sancties</i> - <i>(dreiging met) publicatie staatsblad</i>
Subproces: bepaling schadeloosstelling	<i>Bekrachtiging van de akkoorden</i>	technische dienst FAO	voorgelegde akkoorden: - alle regelingselementen	uitspraak / advies	- aanpassing akkoord - procedure rechtbank
	<i>Bemiddeling</i>	geneesheer FAO	medisch gegevens vanwege verzekeraar en slachtoffer	overeenkomst	- aanvaarding en uitbetaling - weigering en procedure rechtbank
Subproces: bepaling en uitbetaling	<i>Beheer van informatiestromen</i>	FAO	controle op beheerssystemen bij verzekeraars		- correcte informatiestromen - cumulbeperkingen controleren

Tabel 3 – Administratieve aansturing van het basisproces

2.5.2. Vaststellingen

1. Het Fonds voor Arbeidsongevallen is de centrale sturende actor bij het proces tot vaststelling van het recht op schadeloosstelling. De sturing neemt steeds de vorm aan van een (medische, technische of inhoudelijke) **controle op de naleving van de procedures** bij de behandeling van een arbeidsongevallendossier door de verzekeraar. Het **vrije karakter van de arbeidsongevallensector** komt tot uiting in drie gevallen:

- Het Fonds houdt enkel toezicht op de geweigerde ongevallen – en met andere woorden op de vrijwaring van het publieke belang, in het bijzonder dat van de slachtoffers van een ongeval zelf. De aanvaarding van een ongeval komt financieel volledig ten laste van de verzekeraar en niet van het globale beheer van de sociale zekerheid, hierop wordt dan ook geen controle gevoerd.
- In geen geval is de verzekeringsonderneming gehouden aan de uitkomst van het administratief toezicht door het Fonds. Het is enkel door middel van de gerechtelijke procedure – die volledig buiten de greep van het FAO ligt – dat de verzekeraar een beslissing opgelegd kan krijgen. In alle andere gevallen bestaat de vrijheid te beslissen op basis van aangebrachte elementen.
- Hieraan gekoppeld zijn ook de sanctiemogelijkheden van het Fonds ten aanzien van de verzekeraars vrij beperkt. Het Fonds kan de verzekeraar enkel op grond van onderbouwde argumenten aanmanen de weigering van een ongeval om te zetten in aanvaarding. In uitzonderlijke gevallen wordt het gedrag van de verzekeraar aangekaart bij het beheerscomité dat strengere sancties kan nemen. Het intrekken van de machtiging kan echter niet gezien worden als een “stok achter de deur”, daarvoor is het een te verregaand sanctiemiddel dat pas wordt toegepast in zeer ernstige omstandigheden. Het middel van *name and shame*, namelijk de dreiging met publicatie van de werking van de verzekeraar in het staatsblad is dat wel.

2. Het systeem van vaststelling van arbeidsongeschiktheidsgraad en uitbetaling is zeer **complex**. Dit is iets dat door alle partijen beaamd wordt. De regelgeving zelf, en meer bepaald de AOW en bijhorende wetteksten ter uitvoering, is een complex kluwen van regels en uitzonderingen op die regels. Voor het Fonds dat de controle doet, maar ook voor de verzekeraars zelf is het soms moeilijk om een goed overzicht te houden. Hiervoor is een grote technische kennis vereist. Bovendien past de wetgever deze complexe wetgeving regelmatig aan in het licht van nieuwe problemen en ontwikkelingen. Deze kunnen enerzijds inspelen op vragen vanuit maatschappelijke hoek (bijvoorbeeld de uitbreiding van de toepassing van de AOW op stagiairs, of de aanpassing van de uitkeringen aan de welvaart), maar zijn anderzijds ook het gevolg van financiële problemen

binnen het globale beheer van de sociale zekerheid, die tot besparingsoperaties leiden en de overheveling van bepaalde lasten naar de verzekeraars inhouden. Deze overheveling genereert dan weer bepaalde financiële transfers naar het FAO – en onrechtstreeks naar het globale beheer.

*De verzekeraars zijn vragende partij voor een **vereenvoudiging** van dit complexe systeem. Het zou een verlichting van de administratieve lasten en vereenvoudiging van de beheersaspecten bij de behandeling van een arbeidsongeval betekenen.*

Voor het Fonds dat belast is met de controle op de uitvoering door de verzekeraars, zou een vereenvoudigde wetgeving misschien minder verschil uitmaken, gezien de controle gebeurt op individuele dossiers. Niet in het minst is dit ook in het voordeel van de slachtoffers van een arbeidsongeval zelf. De kans op fouten, onnodige procedures voor de rechtbank en financieel pijnlijke terugvorderingen wordt zo veel kleiner.

3. *Het Fonds geeft bovendien aan dat de **informatisering** van informatiestromen bepaalde elementen voor de behandeling van een dossier heeft vergemakkelijkt, en daarmee ook de controle hierop. Zo bijvoorbeeld met de samenstelling van het basisloon op basis waarvan de schadeloosstelling wordt berekend. De grote principiële kwesties hierover zijn volgens de geïnterviewde voor een groot deel achterhaald geworden omdat alle loongegevens beschikbaar worden gesteld via het Primula project. Dit maakt controle niet overbodig, maar wel veel eenvoudiger.*

*Er doen zich echter ook nieuwe problemen voor ten gevolge van de informatisering. Een aspect waarop het Fonds aangeeft in de toekomst waarschijnlijk meer controle te moeten zullen uitvoeren, is de correctheid van die elektronische informatiestromen. Het Fonds is de beheerder van het secundaire netwerk en maakt deel uit van het primaire. De verzekeraars sturen elektronische informatie over het ongeval door naar het FAO, die dan worden omgezet in attesten en doorgestuurd naar andere OISZ, zoals de RKW, RJV of het CIMIRe. Het FAO moet daarbij garanderen dat die informatie correct is omdat hier afgeleide rechten uit ontstaan of omdat cumuleerbepalingen van toepassing worden. De elektronische informatiestromen zullen met andere woorden een **accentverschuiving van de controle** door het Fonds betekenen.*

4. *De geïnterviewden geven aan dat de arbeidsongevallensector wordt gekenmerkt door een **hoog aantal gerechtelijke betwistingen**. Hoewel het overgrote deel van de arbeidsongevallen wordt aanvaard, is het aantal geweigerde ongevallen de voorbije tien jaar procentueel gestegen. Deze hoge graad van betwisting staat in tegenstelling tot het relatief kleine aandeel van de tak van de arbeidsongevallen in de sociale zekerheid. Er wordt enkel een bijdrage van 0,3% geheven ten laste*

van de werkgevers van arbeiders en bedienden (Haelewyn, 2006: 43). De geïnterviewden geven hiervoor verschillende oorzaken aan:

- *Een eerste mogelijke oorzaak is de onduidelijkheid rond het begrip “arbeidsongeval” zelf. De omschrijving ervan in de wet (Art.7-9 AOW) laat in sommige gevallen een juridisch discutabele interpretatie toe. Dit resulteert in en is een verklaring voor het relatief hoog aantal omzettingen van geweigerde dossiers na controle door het FAO (30%) en het grote aantal betwistingen rond de weigeringsgronden.*
- *De verzekeraars zijn enerzijds financieel verantwoordelijk voor de schadeloosstelling van het slachtoffer en zullen in het kader van de beperking van deze financiële lasten eerder geneigd zijn een strenge interpretatie op de arbeidsongeschiktheid van een slachtoffer te volgen, wat een grond voor het slachtoffer is om te betwisten. Anderzijds is de opportuniteit voor de werknemer groot om de graad van blijvende arbeidsongeschiktheid zo te laten bepalen opdat het bedrag van de schadeloosstelling (dat gecombineerd kan worden met alle vormen van (beroeps)inkomsten behalve het wettelijk pensioen – en levenslang wordt uitbetaald) zo hoog mogelijk zou zijn – en om dus een betwistingsprocedure op te starten indien men van mening is dat dit niet het geval zou zijn..*
- *De activiteitsgraad van de syndicaten is vanuit het standpunt van de verzekeraars een indicator voor het aantal betwistingen bij de arbeidsrechtbank.*

Daarnaast wordt erop gewezen dat de verschillende arbeidsrechtbanken soms ook verschillende uitspraken doen omtrent de aanvaarding of weigering van ongevallen die voor twijfel vatbaar zijn en merkt het Fonds op dat het vanuit haar positie als neutrale actor een zekere impact heeft op de beslissing van de rechter. De deelname van het Fonds aan die procedure heeft een zekere invloed op de uitspraak van het geschil rond de arbeidsongeschiktheidsgraad. Het FAO treedt in de procedure op als onafhankelijke tussenkomende partij met een zekere expertise. Het verdedigt hier niet noodzakelijk de belangen van het slachtoffer, maar is neutraal. Het Fonds geeft aan dat de rechter voor 80% van de gevallen de uitspraak van het Fonds volgt indien het voordien de bekrachtiging van het akkoord tussen verzekeraar en slachtoffer reeds geweigerd had. Indien het slachtoffer op eigen initiatief, zonder voorafgaande weigering van het Fonds beslist zich tot de rechtbank te wenden, is het veelal de verzekeraar die in het voordeel wordt gesteld door de rechter. Het Fonds heeft vanuit haar positie als controlerende instantie met de nodige expertise met andere woorden een zekere autoriteit, ook al beschikt het niet steeds over eigen sanctiemiddelen.

Deze laatste vaststellingen in gedachte houdend, is een belangrijk innovatie de procedure tot bemiddeling door een geneesheer van het Fonds. Deze zou er kunnen toe leiden dat de partijen minder snel naar de arbeidsrechtbank stappen om hun geschil te beslechten, daar dit een kostelijke procedure

is. Bovendien is de vaststelling dat de rechter in veel gevallen het oordeel van het Fonds volgt een bijkomend element voor partijen wanneer zij gebruik maken van de bemiddeling om daar reeds tot een akkoord te komen.

Tot slot dient vermeld te worden dat Van Langendonck in het Belgische Tijdschrift voor Sociale Zekerheid (2008: 49) erop wijst dat de strategie van de verzekeringsondernemingen enigszins verschillend is naargelang de hoogte van de schadegevallen waarmee ze te maken krijgen. Kleine schadegevallen worden in dit geval snel afgehandeld en positief beoordeeld zowel door de verzekeraars als door de slachtoffers achteraf. Voor grote schadegevallen daarentegen geeft Van Langendonck aan dat de verzekeraar de eigen belangen beschermt *“door nauwgezette controle en desgevallend door doorgedreven gerechtelijke procedures, waarin de verzekerde snel in financiële ademnood komt”*. *De verzekeringsondernemingen wijzen erop dat dit zeker niet systematisch gebeurt en dat zij, zoals elke verzekeraar, steeds een kosten-baten analyse maken van de procedure, en de mogelijke haalbaarheid ervan nauwgezet afwegen tegen de kosten – met een eventuele medische expertise en betaling bij de inwilliging van de eisen van het slachtoffer als bijkomende kost. Ook vanuit werknemershoek wordt de kritiek van Van Langendonck op de verzekeringsondernemingen in geen geval als een systematische strategie gepercipieerd.*

3. Opdrachtenproces 2 – de ten onrechte betaalde prestaties

Een van de elementen die in veel sectoren een probleem vormt, zijn de ten onrechte betaalde prestaties. De arbeidsongevallensector heeft het voordeel dat er bijna geen cumulatiebeperkingen gelden voor de schadeloosstelling en dat bij uitbetaling van de schadeloosstelling het de andere sectoren van de sociale zekerheid zullen zijn die eventueel zullen moeten overgaan tot terugvordering.

De verzekeringsondernemingen maken bij het beheer van de ten onrechte betaalde prestaties een onderscheid tussen

- onverschuldigde betalingen op basis van verkeerde informatie bij de verzekeraar
- onverschuldigde betalingen op basis van verkeerde informatie vanwege het slachtoffer

De onverschuldigde prestaties kunnen eveneens worden onderscheiden op basis van de debiteur. De verzekeringsondernemingen kunnen onverschuldigde bedragen terugvorderen van

- het slachtoffer van een arbeidsongeval
- de rechthebbenden van het slachtoffer indien dat overleden is ten gevolge van het arbeidsongeval
- het Fonds voor Arbeidsongevallen waaraan kapitalen, lijfrenten, bijlagen of indexaties in de door de wet omschreven gevallen werden overgemaakt

3.1. Ex ante: Oorzaken en opsporing

De verzekeraar kan prestaties hebben uitbetaald aan de slachtoffers (of aan het Fonds voor die gevallen bepaald in de wet) in de eerste plaats op basis van verkeerde informatie. Het gaat dan om gevallen waarbij het recht op schadeloosstelling is vervallen, maar dit niet of laattijdig werd doorgegeven. Zo bijvoorbeeld met een tijdelijke arbeidsongeschiktheid die te lang werd uitbetaald ondanks de aanwezigheid van een medisch attest van genezing zonder blijvende arbeidsongeschiktheid, of doordat het slachtoffer een pensioen ontvangt en dit niet (tijdig) werd doorgegeven via het FAO om de schadeloosstelling te kunnen beperken tot een forfaitair bedrag, of wanneer het slachtoffer reeds is overleden op het ogenblik dat de verzekeraar de verschuldigde lijfrente voor een lage arbeidsongeschiktheidsgraad overmaakt aan het Fonds.

De opsporing door de verzekeraar van onverschuldigde betalingen ten gevolge van (interne) fouten, is voorzien in de **interne beheerssystemen**. Van zodra de informatie in een dossier wordt ingegeven (intern door de verdere afhandeling van een dossier, of extern via de elektronische informatiestromen die de verzekeraars in verbinding stellen met andere instellingen uit de sociale zekerheid) spoort het

systeem mogelijke fouten op. De output van dit interne beheerssysteem is een beoordeling of de terugvordering mogelijk en opportuun is. Indien dit het geval blijkt te zijn, dan zal de verzekeraar overgaan tot het versturen van een melding naar de schuldenaar. Deze bevat de details over de omstandigheden waardoor de onverschuldigde betaling heeft plaatsgevonden en de procedure die gevolgd zal worden teneinde deze terug te vorderen (Art.14-16 Handvest Sociaal Verzekerde).

Een onverschuldigde betaling kan ook hebben plaatsgevonden ten gevolge van de al dan niet passieve medewerking van het slachtoffer. De opsporing hiervan gebeurt aan de hand van **informatie** vanwege de adviesgeneesheren van de verzekeraar, of via externe personen. De adviesgeneesheren van de verzekeraars kunnen bij de opvolging van de medische controles vaststellen dat de toestand van het slachtoffer niet voldoet aan eerdere verklaringen. De verzekeraar kan ook informatie ontvangen van personen die dicht bij het slachtoffer staan. Deze kunnen bijvoorbeeld in hun verklaringen aangeven dat het arbeidsongeval op basis waarvan het slachtoffer een schadeloosstelling heeft ontvangen, in werkelijkheid geen arbeidsongeval was. Op basis van deze informatie wordt een administratieve controle op het dossier gehouden. De opsporing van deze gevallen gebeurt **reactief**, op basis van de verkregen informatie. In geen geval zal de onderneming actief op zoek gaan naar fraudegevallen tussen haar dossiers. Dit interne toezicht leidt eventueel tot een nieuwe beoordeling van het dossier. Zo kan beslist worden het ongeval alsnog te weigeren, of de arbeidsongeschiktheidsgraad te herzien. De arbeidsongevallenverzekeraar kan ten slotte proberen een procedure te starten teneinde de onverschuldigde betalingen terug te vorderen.

Opmerking

Er zijn twee factoren die het aantal onverschuldigde betalingen vanwege de verzekeringsondernemingen beperkt.

1. Vooreerst is het zo dat er in het systeem van de arbeidsongevallen zeer weinig cumulbeperkingen zijn. In principe is er maar één geval waarmee de schadeloosstelling niet gecombineerd kan worden, zijnde de uitbetaling van het pensioen. Indien de betrokkene reeds een pensioen ontvangt, dan wordt de schadeloosstelling beperkt tot een forfaitair bedrag. Juist omdat de schadeloosstelling principieel cumuleerbaar is met andere sociale uitkeringen, is deze controlepost voor de verzekeraars dus redelijk beperkt.
2. De automatisering van de informatiestromen en de controle op de beheerssystemen moet het aantal onverschuldigde betalingen bij volledige aanwezigheid van informatie in een dossier beperken. In principe voldoen deze instrumenten om onverschuldigde betalingen te vermijden, het is pas wanneer er een fout gemaakt werd dat een onverschuldigde betaling plaats kon vinden.

3.2. Ex nunc: Terugvordering of afzien van terugvordering

Steeds dient de schuldenaar, evenals het FAO op de hoogte te worden gebracht indien de verzekeraar een onverschuldigde betaling ontdekt. Hierbij dient onder meer het bedrag van de terugvordering te worden vermeld. De verzekeraar is steeds gebonden aan het Handvest van de Sociaal Verzekerde en kan overgaan tot een **rechtsvordering** voor de terugvordering van onverschuldigde vergoedingen, binnen de **verjaringstermijn** van drie jaar vanaf het ogenblik dat de betaling onverschuldigd blijkt te zijn (Art.69 AOW). In gevallen waarbij al dan niet met passief medeweten van het slachtoffer verkeerde informatie werd doorgegeven is een verjaringstermijn van vijf jaar van toepassing (Art.69 AOW). In gevallen van passieve of actieve fraude vanwege de werknemer zijn ook interesten verschuldigd vanaf de dag van de eerste onverschuldigde betaling.

De verzekeraar kan daarnaast **afzien van de terugvordering** van onverschuldigde betalingen. Hiervoor is men, ten eerste, gehouden aan de omschrijvingen in de wet. Het niet terugvorderen van onverschuldigde betalingen is mogelijk indien

- de financiële impact van terugvordering voor het slachtoffer te groot is
- het terug te vorderen bedrag gering is
- de procedure tot terugvordering onzeker of te duur is in vergelijking met de terug te vorderen bedragen
- de betrokkene reeds overleden is en niet op de hoogte werd gesteld van de terugvordering (behoudens uitzonderingen)

De schuldenaar kan, ten tweede, ook zelf een **gemotiveerd verzoek tot verzaking** van de terugvordering indienen. De verzekeraar is vrij hieraan gevolg te geven volgens de elementen die hij gegrond acht, steeds het Sociaal Handvest in rekening houdend.

3.3. Ex post: Beheer en controle

De kosten voor terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties, evenals deze voor het afzien van de terugvordering vallen **volledig ten laste van de verzekeraars** en kunnen op geen enkele wijze verhaald worden op het globaal beheer van de sociale zekerheid. In die zin zal het externe toezicht zich enkel toespitsen op de effectieve terugvordering omdat dit een (financieel) effect heeft op het slachtoffer. Het FAO zal de terugvordering door de verzekeraar niet expliciet aanmoedigen. Het voert bovendien geen controle indien de verzekeraar beslist om af te zien van de terugvordering. Het **interne toezicht** van de verzekeraar is erop gericht om zo veel mogelijk ten onrechte betaalde prestaties te vermijden en spitst zich toe op de opsporing van fouten in de beheerssystemen of

ontbrekende informatie. In principe zorgt de verzekeringsonderneming ervoor dat het over alle informatie beschikt om te komen tot een correcte afhandeling van een dossier. Dit door enerzijds de persoonlijke of financiële informatie bij de betrokkenen te halen indien dit nodig blijkt, of door gebruik te maken van de elektronische informatiestromen vanwege de werkgevers, het Fonds of de andere OISZ.

Opmerking

Art.45quinquies AOW stelt:

“Mits de schuldenaar te goeder trouw is, ziet de verzekeringsonderneming af van de ten onrechte betaalde bedragen in de door de Koning bepaalde behartenswaardige gevallen of categorieën van gevallen.”

Binnen het beheerscomité werd deze wetswijziging bediscussieerd. Hierbij werd aangebracht dat als de verzekeraar afzag van de terugvordering op basis van reglementaire bepalingen, dit ten laste van het globale beheer zou vallen, via het Fonds voor Arbeidsongevallen. Deze beslissing is echter niet als dusdanig weerhouden binnen de teksten. De reden hiervoor is politiek van aard. De verzekeraar blijft dus volledig geresponsabiliseerd voor de ten onrechte betaalde prestaties.

Het Fonds voor Arbeidsongevallen zal voor die dossiers waarvan door de verzekeraar de beslissing werd genomen over te gaan tot terugvordering van de onverschuldigde betalingen, in theorie de gegrondheid van deze terugvordering nagaan. De terugvordering wordt echter niet systematisch opgevolgd. Enerzijds zal het Fonds op basis van klachten overgaan tot een **administratieve controle** van het betreffende dossier voor dit element. Anderzijds vindt een administratieve controle plaats voor die dossiers die binnen de *scope* van de steekproeven ter controle vallen. Het Fonds maakt ook hier gebruik van controles bij de verzekeraar ter plaatse, en de informatie en documenten waarover deze beschikken.

Indien van het Fonds zelf onverschuldigde betalingen worden teruggevorderd door de verzekeraars, zal het op de gegrondheid hiervan eveneens een controle voeren. Zo kan bijvoorbeeld het kapitaal voor de uitbetaling van blijvende ongeschiktheid reeds gestort zijn aan het Fonds, vooraleer de betekening van de overeenkomst bij de herzieningstermijn rond was. Als het slachtoffer dan tussendoor overlijdt, zal het Fonds terugstorten wanneer de verzekeraar wil terugvorderen. Indien de overeenkomst werd bekrachtigd, is de verzekeraar verplicht te storten en kan hij niet terugvorderen, ook al is het slachtoffer in tussentijd overleden. Dit zijn onderlinge regelingen tussen het Fonds en de verzekeraars die ook nagekeken worden door het FAO.

Ook hier zijn dezelfde gevolgen van toepassing als bij de vorige processen, met name dat de verzekeraar vrij is het advies dat de inspecteurs van het Fonds uitbrengen, te volgen of niet. Daarnaast

dient artikel 88 bis te worden nageleefd voor de gevallen waar het Fonds en de verzekeraar van standpunt verschillen. Tot slot zijn de klassieke administratieve sancties van toepassing.

3.4. Het Fonds als verzekeraar of waarborgfonds

Het FAO dient alle onverschuldigde betalingen te vermijden of de periode waarvoor deze betalingen toch zijn doorgedaan, te beperken. Het ter kennis brengen van de betrokkenen hieromtrent dient zo snel en correct mogelijk te verlopen (Art.43 Tweede bestuursovereenkomst FAO).

De bepalingen waaronder het Fonds voor Arbeidsongevallen kan overgaan tot de terugvordering van onverschuldigde betalingen, of het afzien ervan, zijn omschreven in de wet. Specifiek is dat de **terugvorderingstermijn** werd teruggebracht tot zes maanden indien de onverschuldigde betaling een fout van het Fond zelf betrof en dat de beslissing om terug te vorderen slechts kan uitgevoerd worden vanaf drie maanden na het ter kennis stellen van de betrokkenen. Dit gebeurt via een aangetekend schrijven, waarna de schuldenaar over de vermelde periode van drie maanden beschikt om deze beslissing te betwisten voor de arbeidsrechtbank. De betrokkene kan eveneens een **gemotiveerd verzoek tot verzaking** van de terugvordering indienen. De procedure die leidt tot de terugvordering wordt hierdoor stilgelegd tot op het moment dat het beheerscomité van het Fonds een uitspraak doet over de aanvraag. Het beheerscomité kan unaniem beslissen om in bepaalde omstandigheden (geheel of gedeeltelijk) af te zien van de terugvordering. Dit is zo *‘wanneer de terugvordering al te onzeker of al te bezwarend blijkt in verhouding tot de terug te vorderen sommen’* of wanneer de schuldenaar geen enkele schuld treft. De kosten van deze verzaking komen ten laste van het FAO. De **controle** op de terugvordering door het Fonds maakt deel uit van interne toezichtprocedures.

3.5. Vaststellingen en overzicht

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop het beheer van de onverschuldigde betalingen opgevolgd en aangestuurd wordt en welke de vaststellingen zijn die hier rond kunnen gemaakt worden.

3.5.1. Overzicht

Con- trole op	Via	Controle /Toezicht door	Controle op basis van	Output in de vorm van	Gevolgen/ <i>Sancties</i> van
Onverschuldigde betaling	<i>Elektronische informatiestromen</i> <i>Intern toezicht</i>	- beheersystemen - inspecteurs verzekeraar	- elektronische informatie <ul style="list-style-type: none"> • intern • extern - informatie adviesgeneesheren / andere personen / bevragingen slachtoffer	- intern verslag mogelijkheid terugvordering - rapport / advies	- melding slachtoffer terugvordering - terugvordering / afzien van - terugvordering + weigering arbeidsongeval
Terugvordering	<i>Administratieve controle</i>	inspecteurs FAO	controles ter plaatse: - documenten - elektronische informatie	advies	- artikel 88bis - <i>administratieve sancties</i> - <i>(dreiging met) publicatie staatsblad</i> - <i>intrekken machtiging (theoretisch)</i>

Tabel 4 – Aansturing van de terugvordering door de verzekeraars

3.5.2. Vaststellingen

De verzekeringsondernemingen zijn duidelijk **geresponsabiliseerd** wat het beheer van de onverschuldigde betalingen betreft. Het interne toezicht dat zij zelf voeren is erop gericht zo veel mogelijk onverschuldigde betalingen te vermijden – omdat de mogelijkheid tot terugvordering vrij beperkt is.

Volledig aansluitend bij de responsabilisering van de verzekeraars is ook de controle van het Fonds. Deze is enerzijds gericht op het voorkomen van onverschuldigde betalingen, maar heeft anderzijds ook betrekking op de beslissing tot terugvordering zelf. In het kader van de betrokkenen gaat het Fonds na of deze terugvordering correct is, zowel op procedureel als op financieel vlak. Er dient ook hier steeds in het achterhoofd te worden gehouden dat de controle van het Fonds niet specifiek gericht is op de terugvordering, maar deel uitmaakt van de administratieve controle die de instelling uitvoert op de gehele verwerking van een arbeidsongevallendossier.

Opmerking

Het FAO geeft aan om (zeker in geval van cumul) zo veel mogelijk de onverschuldigde betalingen te voorkomen. Enerzijds gebeurt dit door detectie van mogelijke problemen, anderzijds via de elektronische informatiestromen.

4. Financieel proces

Het financieringssysteem van de arbeidsongevallensector is bijzonder in die zin dat de **geldstromen** op geen enkele wijze via het globaal beheer van de RSZ, en de bevoegde OISZ, het FAO, naar het secundaire netwerk worden doorgegeven. Aan de basis hiervan ligt de contractuele relatie tussen de verzekeringsnemer (de werkgever) en de verzekeraar, en het private aspect van het systeem. De verzekeringsonderneming int de premies die de verzekerde betaalt op rechtstreekse wijze en houdt deze in eigen beheer om te voldoen aan de opdrachten. Het is vervolgens pas bij de schadeloosstelling zelf dat een financiële transfer plaats vindt. In tegenstelling tot andere sectoren is dit slechts in één richting, meerbepaald van de actoren uit het secundaire netwerk naar deze uit het primaire netwerk (zie *infra*).

4.1. Ex nunc: Premiebepaling

De verzekeringsondernemingen zijn vrij bij het bepalen van de premie die de werkgever dient te betalen voor zijn arbeidsongevallenverzekering. Er zijn echter een aantal parameters die gehanteerd worden. De verzekeraar berekent de premie in functie van

- het aantal te verzekeren werknemers,
- het risico op een arbeidsongeval voor arbeider en bedienden (waarbij rekening wordt gehouden tussen de verschillen onderling voor beide categorieën bv. bouwvakker vs. poetspersoneel)
- de loonmassa die zij vertegenwoordigen en die verzekerd dient te worden

Opmerking

1. *Daarnaast, zo geven de verzekeraars aan, is de hoogte van de premie ook afhankelijk van eventuele statistische gegevens die beschikbaar zijn. Dit enkel voor grote ondernemingen (meer dan honderd werknemers) omdat pas dan de statistische gegevens significant zijn. Bovendien kan ook rekening worden gehouden met een preventiebeleid dat in samenwerking met de verzekeraar werd opgesteld, om de premie in het licht van de voorziene dalende statistieken reeds aan te passen.*
2. Algemeen bekeken, bedraagt de premie voor arbeidsongevallenverzekering ten opzichte van het basisloon ongeveer drie procent, voor sommige gevallen met een verhoogd risico (bijvoorbeeld arbeiders in de bouwsector) kan de premie voor de werkgever oplopen tot 10% van het basisloon. Op het jaarloon van bijvoorbeeld 30.000 euro, zal een bepaald percentage worden berekend voor het risico arbeidsongevallen van en naar het werk, en een bepaald percentage voor het risico op het werk (bijvoorbeeld resp. 0.6% en 2.5%). De som van beide percentages ten opzichte van het

basisloon wordt dan samen met een taks de totale jaarpremie voor arbeidsongevallen die te betalen is door de werkgever voor die ene werknemer.

De verzekeraars maken bij het bepalen van hun premie gebruik van “**Primula**”, een project dat kadert in de modernisering en vereenvoudiging van de administratie in de arbeidsongevallensector. Via Primula worden de DmfA-gegevens¹⁴ (loon- en prestatiegegevens) nodig voor het berekenen van de definitieve premie automatisch ter beschikking gesteld door de RSZ aan de verzekeraars, en dit via het FAO als instelling van het primaire netwerk en beheerder van de elektronische informatiestromen. Hierdoor is het jaarlijks opvragen van deze gegevens bij de werkgevers door de verzekeraars overbodig geworden.

Opmerking

1. De verzekeraars zijn bij het bepalen van hun premie beschermd door het private karakter van de verzekeringsovereenkomst. *Een van de opmerkingen die volgens het Fonds van werkgeverszijde te horen is, gaat over de transparantie van de berekening, en meerbepaald over het ontbreken van die transparantie ten aanzien van de werkgever. Het is niet altijd duidelijk welke elementen er nu concreet in aanmerking worden genomen voor de berekening van een premie. De verzekeraars geven aan dat de werkgever geen gedetailleerd afschrift ontvangt van de percentages die in aanmerking worden genomen voor het risico dat de werknemers (arbeiders en bedienden afzonderlijk) lopen. Zij benadrukken dat de bepaling van deze elementen tot hun discretionaire bevoegdheid behoort.* Hiertegenover staat dat wanneer de werkgever ontevreden is over de premiestelling door zijn verzekeraar, hij vrij is om van arbeidsongevallenverzekeraar te veranderen.
2. Vanaf 1 januari 2009 wordt er voorzien in een **correctiemechanisme op de premie** voor de werkgevers via het principe van “bonus-malus”, zoals ook in andere verzekeringssectoren geldt. Deze correctie gebeurt *na* de premievaststelling, met name het volgende jaar, wanneer het verzekeringscontract afloopt. De formule die door de meeste verzekeringsondernemingen op vrijwillige basis nu reeds wordt toegepast, wordt de “geloofwaardigheidsformule” genoemd. Het KB van 8 mei 2007 (in werking vanaf 1 januari 2009) betreffende de premiedifferentiatie inzake arbeidsongevallen, neemt deze berekeningsformule als vertrekpunt voor het nieuwe systeem.

“De verzekeringsonderneming past haar tarief, dat zij vrij vaststelt, toe op elke verzekerde werkgever met onderscheid van het risico arbeider en bediende en, voor het risico arbeider, in functie van de schadestatistiek en de grootte van de onderneming. De premievoet gaat het tarief tot 30 % te boven voor de risico's die een hoge schadestatistiek vertonen. In geval een risico een verlaagde schadestatistiek vertoont, is

¹⁴ DmfA staat voor Multifunctionele aangifte/Declaration multifonctionnelle

de premievoet tot 15 % van het tarief lager. Deze verlaging kan toenemen in functie van de grootte van de onderneming.” (Art.49quater AOW)

De correctie op de premie in het kader van positieve of negatieve resultaten op vlak van arbeidsongevallenstatistieken gebeurt in het kader van preventie. Op dit ogenblik zijn het enkel de hele grote ondernemingen die een premie berekend zien volgens het aantal arbeidsongevallen van de voorbije drie jaren. Ondernemingen van minder dan 200 werknemers betalen binnen eenzelfde sector, ongeveer dezelfde premie. Het voorkomen van arbeidsongevallen wordt hierdoor niet aangemoedigd, in tegendeel zelfs. Werkgevers die inspanningen doen op vlak van preventie en waarbij dit beleid vruchten afwerpt, worden hiervoor niet beloond door een daling van hun premie. Het nieuwe systeem met **gedifferentieerde premie** moet hieraan verhelpen. Het betreft een bonus-malussysteem dat een terugverdieneffect genereert voor goed presterende werkgevers.

3. Het bonus-malussysteem wordt rechtstreeks gekoppeld aan de premie die de werkgever zal betalen ter verzekering van het risico op arbeidsongevallen binnen zijn onderneming. Daarnaast wordt voorzien in een systeem van verzwaaard risico dat een sanctiemechanisme wil voorzien opdat actieplannen ter preventie van arbeidsongevallen zouden worden opgesteld en geoptimaliseerd. Dit gebeurt met name binnen ondernemingssectoren waar een verhoogde premie geldt voor werkgevers met statistisch onevenredige afwijkingen op het aantal arbeidsongevallen. Het FAO zou hierbij de vaststellingen doen, en het gemiddelde van het aantal arbeidsongevallen bepalen per sector, evenals een risico-index opstellen per werkgever. Op basis hiervan kan een rangschikking per sector worden gemaakt. Deze informatie wordt dan doorgegeven aan de werkgevers. Diegenen onder hen die gedurende twee van de drie observatiejaren significant boven het gemiddelde van hun sector uitsteken dienen een **preventiecontributie** te betalen aan de verzekeraar. De preventiecontributie moet gezien worden als een financiële boete voor een inefficiënt (of ontbrekend) preventiebeleid. De middelen die hieruit voortkomen worden door de verzekeraar gebruikt om een preventieplan op te stellen, dit aan het FAO te presenteren en over de opvolging ervan door de werkgever te rapporteren. (KB 8 mei 2007) Het doel van dit alternatieve financieringssysteem is om preventie te stimuleren en past in het kader van de “nationale strategie inzake welzijn op het werk 2008-2012”, voorzien in de beleidsnota van de bevoegde minister van werk, die een daling van het totale aantal arbeidsongevallen vooropstelt met 25%.

Vanuit de verzekeraars is te horen dat dit nieuwe systeem technisch niet werkbaar is. De berekeningen die de verzekeraars dienen te maken in dit nieuwe systeem zijn volgens hen onmogelijk. Bovendien kan niet automatisch de link worden gelegd tussen een premieverhoging of financiële boete en daling van de arbeidsongevallenstatistieken of een verhoging van de preventie-inspanningen. Ook vanuit werknemerszijde was men tegen dit systeem omdat de vrees bestaat dat de werkgever minder aangifte zal doen van een

arbeidsongeval. Dit zou zijn statistieken immers negatief beïnvloeden – en dus de premie doen verhogen.

Het beheerscomité van het Fonds heeft daarom een negatief advies gegeven voor de invoering van dit systeem. Via een koninklijk besluit werd de inwerkingtreding alsnog vastgelegd op 1 januari 2009. *De verzekeringssector hoopt op een uitstel van deze inwerkingtreding en de invoering van een alternatief systeem. Zij wijzen het onrechtstreekse preventieve effect van een premieverhoging af. De verzekeraars geven in hun alternatieve voorstel aan de daling van de arbeidsongevallenstatistieken rechtstreeks te willen koppelen aan de preventie-inspanningen van de werkgever. Indien een werkgever negatieve statistieken vertoont, zou hij verplicht moeten kunnen worden tot het opstellen van een preventieplan.*

4.2. Ex post: Controleprocessen

De controle op de premiebepaling gebeurt door de **CBFA**. De Commissie houdt *a priori* geen specifieke controle op de hoogte van de premie. Wel zal de Commissie *a posteriori* ingrijpen indien de premies structureel te laag liggen om de verzekerde risico's te dekken en om de rendabiliteit van de onderneming te verzekeren. De controle op de premie gebeurt met andere woorden onrechtstreeks via de opvolging van de rendabiliteit van de verzekeraar.

5. Beheersproces: de beheerskosten

5.1. Ex ante: Financiering van de beheerskosten

De verzekeraars zijn private actoren en genieten **complete beheersautonomie**. Ze zijn met andere woorden vrij in de wijze waarop ze de (financiële en persoons-)middelen waarover ze beschikken aanwenden.

De administratiekosten die de verzekeraar maakt voor de verwerking van een arbeidsongeval moeten bekeken worden in vergelijking met de premies die de werkgever betaalt aan de verzekeraar. Deze premie wordt opgesteld aan de hand van een aantal parameters (aantal werknemers, te verzekeren basislonen). Op geen enkele wijze is de verzekeringsonderneming, of de gemeenschappelijke verzekeringskas voor haar beheerskosten afhankelijk van financiële transfers vanwege het Fonds voor Arbeidsongevallen. Er gebeurt dus **geen verdeling naar het secundaire netwerk** van het budget voor administratiekosten door de bevoegde OISZ naar de individuele private verzekeraars. Er bestaat met andere woorden ook **geen toezicht** op de verwerving en besteding van de beheerskosten door de verzekeraars. Binnen de arbeidsongevallenmarkt zijn deze vrij te bepalen wat zij nodig achten voor de goede werking van hun diensten. De beheerskosten zijn meegerekend **in de premie** die elke werkgever voor zijn arbeidsongevallenverzekering dient te betalen. Ze bedragen ongeveer 25% tot 30% van de totale premie.

5.2. Ex nunc: Bepaling van de beheerskosten

5.2.1. Hoge beheerskosten

De beheerskosten van de verzekeraar zijn terug te vinden op de resultatenrekening. Ze worden beschouwd als algemene kosten. Deze algemene kosten kunnen worden opgesplitst volgens hun bestemming in

- beheerskosten ivm. acquisitie
- interne schadebeheerskosten
- administratiekosten
- beleggingsbeheerskosten

...of volgens de aard van de kosten in

- personeelskosten
- andere bedrijfskosten

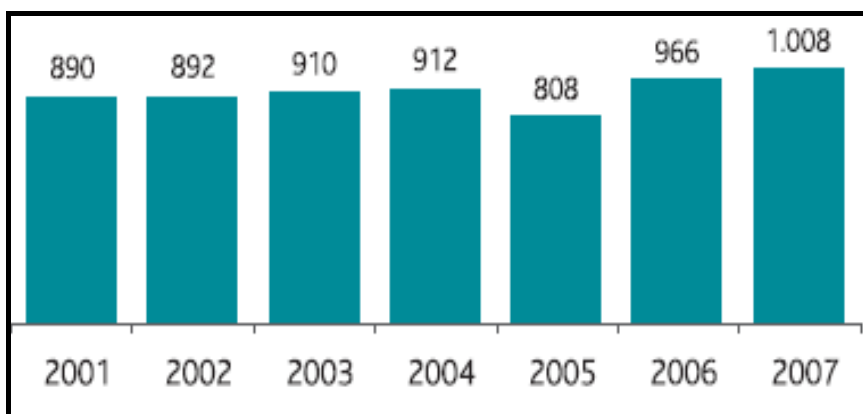
- o kosten verbonden met de dienstverlening
- o afschrijvingen en waardeverminderingen
- o voorzieningen voor risico's en lasten

Algemeen bekeken wordt de arbeidsongevallensector gekenmerkt door (zeer) **hoge beheerskosten**. Ze liggen tussen de 25% en 30% van de uitgereikte prestaties (Assuralia, 2008: 23). Onderstaande grafiek geeft de evolutie van de algemene kosten en commissielonen die de verzekeraars aanrekenen voor de arbeidsongevallenverzekering weer voor de periode 2001-2007. Beide elementen vormen samen een toch wel aanzienlijk percentage van het totale bedrag dat de verzekeraar uitbetaalt.



Figuur 2 – Commissielonen en algemene kosten in % van de verdiende premies voor de arbeidsongevallensector (Assuralia, 2008: 23)

De geïnde premies zijn voor diezelfde tijdsperiode in een tweede grafiek weergegeven. Omgerekend betekent dit dat tegenover een totaal van iets meer dan 1 miljard euro geïnde premies in de arbeidsongevallensector, een bedrag van 210 miljoen euro algemene kosten staat.



Figuur 3 – Verdiende premies in miljoenen euro in de arbeidsongevallensector (Assuralia, 2008: 23)

Als we de totale kosten van de verschillende verzekeringsmaatschappijen voor alle activiteiten samen beschouwen ten opzichte van de geïnde premies krijgen we het volgende beeld:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Commissielonen	8,3	7,7	7,3	5,9	7,3	7,5
Personeelskosten	7,3	6,2	5,6	4,9	5,6	5,7
Andere bedrijfskosten	5,3	4,4	4,2	3,5	4,3	4,4
Commissielonen en algemene kosten	20,9	18,3	17,1	14,3	17,2	17,6

Tabel 5 – Commissielonen en algemene kosten voor het geheel van activiteiten van de verzekeringsondernemingen in % van de verdiende premies (Assuralia, 2008: 11)

Uit deze tabellen kan worden opgemerkt dat het aandeel van de beheerskosten ten opzichte van de geïnde premies hoger is in de arbeidsongevallensector dan voor het gemiddelde over alle sectoren heen. Veel hoger zelfs. Voor 2007 is dit 10% (17,6% ten opzichte van 21,3%+6,1%).

5.2.2. Verklaring van de hoge beheerskosten

Een eerste verklaring die door de verzekeraars wordt aangegeven voor deze hoge beheerskosten zijn de investeringen in **informaticasystemen** ter vereenvoudiging van de aangifte en verwerking van een arbeidsongevallendossier. Algemeen bekeken genereren deze aanvankelijk hoge kosten (implementering, afstemming van het systeem zowel intern als op externe systemen, opleiding personeel, kinderziekten) in verhouding tot de relatieve opbrengsten (tijdwinsten, vermijden onterecht betaalde prestaties). *De verzekeraars geven aan dat de complexiteit van de wetgeving en de voortdurende aanpassingen die de wetgever hieraan maakt, ervoor zorgen dat de informaticaontwikkelingen een proces zijn geworden dat constant dient te worden opgevolgd en aangepast. Dit betekent een enorme investering in technologieën en informatici. Zowel om deze in de eerste plaats te implementeren, als deze in een latere fase aan te passen aan de wijzigende omstandigheden en toe te passen op het uiteindelijke beheer van een arbeidsongevallendossier.* Er kan evenwel worden opgemerkt dat de complexiteit van de wetgeving en de frequente aanpassing van de wetteksten aan nieuwe omstandigheden ook in andere sectoren van de sociale zekerheid voorkomt, maar dat de instellingen daar toch lagere beheerskosten hebben.

Daarnaast zijn er de **commissielonen** voor de makelaars. De makelaars staan in dienst van de werkgever. Zij maken een analyse van de markt van arbeidsongevallenverzekeraars en bekijken voor

hun cliënten welke verzekeraar de beste voorwaarden biedt, zowel op vlak van premie, als op vlak van dienstverlening. De makelaars ontvangen voor het aanbrengen van een klant bij een verzekeringsonderneming een commissie van die verzekeraar. Deze wordt gerekend bij de algemene kosten en bedragen gemiddeld 6% (zie grafiek 1).

De premie die berekend wordt, staat, ten derde, onder druk door toenemende **concurrentie** binnen de sector. Een verlaging van het totale bedrag aan geïnde premies doet de beheerskosten in verhouding hiermee stijgen. Daarenboven leidt een grote concurrentiedruk tot het opvoeren van de kwaliteit van de dienstverlening – en dus een hogere beheerskost voor de verzekeraar. In de beheerskosten kunnen voor bepaalde verzekeraars bijvoorbeeld ook de kosten van het opstellen van een aangepast preventiebeleid voor de werkgever verrekend zitten. Deze wordt niet afzonderlijk aangerekend aan de werkgever, maar zit in de premie die hij betaalt inbegrepen, met name in dat deel dat bestemd is voor de beheerskosten van de verzekeraar. Ook de uitgaven voor marketingdoeleinden met het oog op het binnenhalen van nieuwe klanten worden in de algemene beheerskosten verrekend en zijn belangrijk in het licht van toenemende concurrentie. Het wordt dus moeilijker om de beheerskosten te drukken wegens de aanhoudende concurrentie in de sector (Assuralia, 2008:11) en de pogingen van de verzekeraars om via een kwaliteitsvolle dienstverlening hieraan te voldoen.

Als laatste dient eveneens te worden vermeld dat de **taksen** die de verzekeraars op hun incasso's dienen over te maken aan het Fonds voor Arbeidsongevallen eveneens onder deze algemene beheerskosten vallen.

Opmerking

Dit sluit niet uit dat ongeveer 20% van de totale premie bestemd is voor het beheer door de verzekeraar. In vergelijking: de beheerskosten voor het FAO liggen op 5% van de totale uitgaven (FAO, 2007(a): 85-87). Ook de beheerskosten voor het Fonds voor Beroepsziekten, de OISZ belast met het beheer en de uitvoering binnen sector voor beroepsziekten, liggen vijf keer lager dan bij de private verzekeraars (<http://www.socialsecurity.fgov.be>). Voor de mutualiteiten liggen de beheerskosten rond 4%, ook de sociale verzekeringsfondsen in de sector van de zelfstandigen hebben beheerskosten die liggen tussen 3% en 4%.

5.3. Ex post: Responsabilisering en controle

Zoals reeds gesteld beschikken de verzekeringsondernemingen over complete beheersautonomie. Ze zijn niet afhankelijk van financiële transfers uit het primaire netwerk bij de besteding van de beheerskosten. Het mechanisme dat hen responsabiliseert, is de **markt** zelf en meerbepaald de concurrentie tussen de verzekeraars. Hierboven werd aangetoond dat dit mechanisme ook een tegengesteld effect kan hebben. In plaats van optimalisering en efficiëntie kunnen de verzekeraars kiezen voor het opdrijven van de beheerskosten, teneinde de dienstverlening naar de klant toe te verbeteren en de concurrentiestrijd in hun voordeel te beslechten.

Het is echter niet mogelijk dat een verzekeringsonderneming onbeperkt haar beheerskosten opdrijft. Dit heeft immers een effect op haar **rendabiliteit** en deze wordt gecontroleerd door de **CBFA**. De CBFA is zoals gesteld de organisatie die instaat voor het financiële toezicht op de verzekeringsondernemingen. De rendabiliteit van de verzekeringsondernemingen wordt gecontroleerd via boekhoudkundige gegevens die de CBFA op verschillende wijzen ter beschikking krijgt gesteld. Indien structurele problemen met de rendabiliteit van de onderneming zich voordoen, kan de Commissie een financieel saneringsplan eisen waarin onder meer een raming van de beheerskosten (algemene kosten en commissie) wordt voorgelegd. Als deze maatregel niet voldoet, kan de CBFA zelf ingrijpen. De Commissie is immers belast met het toezicht op de garantie dat de verzekeringsondernemingen haar verplichtingen kan nakomen. Indien blijkt dat haar financiële toestand of beheer hiertoe onvoldoende waarborgen biedt, beschikt de CBFA over alle middelen (dwingend en vrijwillig) in de wet om deze toestand te verhelpen, zoals vervat in artikel 26 van de wet van 2 augustus 2002.

5.4. Het Fonds als verzekeraar of waarborgfonds

De verzekeraars zijn op geen enkele wijze financieel afhankelijk van de OISZ voor de financiering van hun beheerskosten, in tegendeel zelfs. Het FAO maakt binnen het repartitiestelsel deel uit van het globaal beheer en int voor rekening hiervan de volgende bijdragen:

- de bijdragen die de verzekeraars betalen
 - o in functie van het totaal van de geïnde premies
 - o in functie van de aangelegde reservefondsen
 - o wanneer zij in gebreke blijven
 - o voor die welbepaalde gevallen waar het Fonds zich in de rechten stelt van de slachtoffers van een arbeidsongeval (cumul, bepaalde blijvende arbeidsongeschiktheidsgraden)

- de bijdragen die de werkgevers betalen
 - o wanneer zij in gebreke blijven
 - o ter ambtshalve aansluiting indien zij verzuimd hebben een verzekeringscontract af te sluiten
- overdrachten vanuit het globaal beheer
 - o voor de terugbetaling van de door de wet betaalde uitgaven door het Fonds
 - waarbij 0,3% wordt geheven op de loonkost ten laste van de werkgevers voor arbeiders en bedienden

Het bedrag dat van deze bijdragen wordt uitgegeven aan het beheer van de instelling is te vinden in het financieel verslag van het FAO, onder de rekening van lasten en opbrengsten, en meerbepaald bij de rubriek “courante werkingsuitgaven”. Tweederde van deze uitgaven betreft personeelskosten, de rest betreft de overige courante werkingsuitgaven. Op een totaal uitgaven in 2006 en 2007 van ongeveer 350 miljoen euro, bedragen de beheerskosten van het Fonds 17 miljoen euro, of ongeveer 5% van de totale uitgaven van het Fonds (FAO, 2007(a): 85-87).

5.5. Vaststellingen

De CBFA houdt in het kader van haar prudentiële toezicht op de verzekeringsondernemingen, ook toezicht op de beheerskosten van de verzekeraars, zij het *ex post* en niet exclusief voor dit punt alleen, maar onrechtstreeks – in het kader van het bewaken van de rendabiliteit van de onderneming. Het beschikt daarvoor over alle nodige financiële en beheersmatige sancties en middelen om een scheve situatie recht te zetten. Het FAO houdt in geen geval controle op de hoogte van de beheerskosten, hoewel kan worden vastgesteld dat deze in vergelijking met andere actoren in de sociale zekerheid toch zeer hoog liggen.

6. Samenvatting: aansturing en opvolging van de markt van de arbeidsongevallenverzekeraars

Bovenstaande elementen zorgen ervoor dat er zicht wordt gekregen op de wijze waarop de opvolging en aansturing van de actoren in de arbeidsongevallensector gebeurt.

6.1. Algemene vaststellingen

De markt van de arbeidsongevallenverzekeraars wordt samenvattend aangestuurd door volgende elementen van overheidswege

- erkenning
- wetgeving
- controle op de informatiestromen
- financiële rapportage

De werking bij de verzekeringsondernemingen zelf wordt aangestuurd via

- intern administratief en medisch toezicht
 - o naar de omstandigheden van het ongeval
 - o naar de beoordeling van het dossier
- intern toezicht op de beheerssystemen
- extern administratief en medisch toezicht

Via de erkenning van de verzekeraars, wordt hun **toegang tot de markt** bepaald. Hieraan is de financiële rapportage of het prudentiële toezicht vanwege de CBFA verbonden. De voorwaarden om toe te treden tot de markt en binnen die markt actief te blijven, worden hierdoor bewaakt. Belangrijkste element is echter het administratieve en medische toezicht door het FAO, dat de concrete werking van de arbeidsongevallenverzekeraars onder de loep neemt.

Het administratieve toezicht betreft de gehele afhandeling van een arbeidsongevallendossier (vanaf het moment van het onderzoek ter aanvaarding, over het proces dat leidt tot uitbetaling, tot en met de eventuele terugvordering van onterechte prestaties). Dit betekent niet dat enkel afgehandelde dossiers worden bekeken. Meestal betreft het onderzoek de afhandeling van een dossier tot aan de fase waarin het zich op dat moment bevindt: **de controles zijn een momentopname**. Het gaat ook veelal om controles van dossiers die één of twee jaar geopend zijn. Het Fonds is echter niet gebonden aan een verjaringstermijn. De controles kunnen steeds worden uitgevoerd, op elk moment, en betrekking hebben op elk mogelijk aspect van een dossier, waarbij gebruik wordt gemaakt van alle mogelijke gegevens waartoe de sociale inspecteurs van het Fonds toegang hebben. Via de informatie die uit de

elektronische stromen wordt gehaald, probeert het FAO de dossiers te selecteren op hun relevantie met betrekking tot de vooropgestelde engagementen. Op deze wijze worden ongeveer 1.000 tot 1.500 dossiers (in hun geheel) per jaar onderzocht in het kader van de steekproeven. Daarbij moeten nog de dossiers gerekend worden die bekrachtigd zijn door het FAO en waarbij op die manier dan een controle op plaats vindt.

De controle op de beheersaspecten van een dossier moet in combinatie met de quasi willekeurige selectie van die dossiers bij de verzekeraars, een algemeen beeld schetsen van de sector en mogelijke **pijnpunten in de sector blootleggen**. Het Fonds voor Arbeidsongevallen kan immers onmogelijk alle dossier analyseren. De problemen die gedetecteerd worden, zullen ter verbetering worden voorgelegd aan het beheerscomité en uiteindelijk ook aan de verzekeraars zelf.

Het zwakke punt van de controle die het Fonds uitoefent is de beperkte mogelijkheid tot opleggen van sancties. De financiële kenmerken van de arbeidsongevallensector zijn één element die deze **zwakke sanctiemogelijkheden** verklaren. Het Fonds kan bijvoorbeeld niet beslissen de verzekeraars te bestraffen door een deel van hun werkingsmiddelen achter te houden omdat de **financiële stromen buiten het primaire netwerk** te situeren zijn, althans grotendeels. In andere sectoren van de sociale zekerheid kunnen financiële stromen vanuit het primaire naar het secundaire netwerk bijvoorbeeld gebruikt worden om aan de hand van een aantal parameters de kwaliteit van de dienstverlening te bevorderen. De arbeidsongevallenverzekeraars daarentegen zorgen zelf voor de financiering van hun werking. Over de sturing op de **kwaliteit van de dienstverlening** kan gezegd worden dat deze verloopt **via de markt**.

6.2. Conclusie

Al deze elementen leiden tot de vaststelling dat de verzekeringsondernemingen in de markt van de arbeidsongevallen over **complete beheersautonomie** en een **vrij grote beleidsautonomie** beschikken. Ze zijn vrij om de middelen die ze hebben, te besteden volgens de eigen prioriteiten en zijn slechts in beperkte mate onderhevig aan bijsturingen vanwege de overheid ten opzichte van het intern gevoerde beleid. Deze vaststellingen zijn uiteraard rechtstreeks verbonden met het **private karakter** van de actoren binnen het secundaire netwerk van de arbeidsongevallensector. Dit verklaart ook mede de aard van de controles bij de verzekeringsondernemingen zelf.

Wanneer het onderscheid wordt gemaakt tussen primaire controle en secundaire controle dan komen de volgende vaststellingen naar voren:

	Primaire controle		Secundaire controle	
Aanvaarding	Verzekeraar			
Weigering	Verzekeraar	FAO		
Bepaling van de schadeloosstelling	Verzekeraar	FAO		
Uitbetaling	Verzekeraar	FAO	Verzekeraar	<i>FAO (toekomst)</i>
Terugvordering	Verzekeraar	FAO		
Afzien van de terugvordering	Verzekeraar			
Premiestelling	Verzekeraar	<i>CBFA (onrechtstreeks)</i>		
Beheerskosten	Verzekeraar	<i>CBFA (onrechtstreeks)</i>		

Tabel 6 – Overzicht primaire en secundaire controle op de processen bij de verzekeraar

De verzekeraar staat zelf in voor de primaire controle van haar activiteiten. Het FAO voert hierop eenzelfde detaillistische primaire controle. Dit gebeurt in het licht van het bewaken van de kwaliteit van de dienstverlening naar de slachtoffers van een arbeidsongeval toe. Het Fonds staat met andere woorden in voor het bewaken van het algemene belang.

HOOFDSTUK 3 – Analyse van de Marktwerking

De arbeidsongevallenverzekeraars in België opereren in een marktsetting. Concurrentie, een zekere mate van zelfregulering en de overheid als toezichthouder op de markt zijn hiervoor de sleutelwoorden. Deze elementen worden hieronder besproken.

1. Concurrentie en marktwerking

Marktwerking impliceert een vrije afstemming van vraag en aanbod die slechts mogelijk wordt indien er binnen die markt sprake is van voldoende concurrentie tussen de actoren. Deze concurrentie hangt af van de keuzevrijheid van de klant ten aanzien van de aanbieders van de dienst, en de mogelijkheid voor die aanbieder tot het creëren van een meerwaarde ten gevolge van die dienst, met name winst. De keuzevrijheid van de klant is verbonden met het aantal actoren op de markt en de eventuele aanwezigheid van een publieke aanbieder (in het geval van de uitvoering in de sociale zekerheidssector). De mogelijkheid tot het genereren van winsten is dan weer verbonden met de rechtsvorm die de aanbieder kan/moet aannemen. (Verdeyen, 2008: 375)

1.1. Aantal en aard van de arbeidsongevallenverzekeraars

1.1.1. Aantal aanbieders

De markt van de verzekeringsondernemingen die actief zijn in de tak arbeidsongevallen telde op 7 oktober 2008 15 instellingen. Het gaat om Belgische verzekeraars, of verzekeringsondernemingen met een zetel in België. Er zijn op de markt van de arbeidsongevallen in België geen verzekeraars actief via de vrije dienstverrichting.

In verhouding tot de totale markt van de verzekeringen vertegenwoordigt de arbeidsongevallensector slechts een beperkt deel. Wat de incasso's betreft, beslaat de arbeidsongevallensector bijvoorbeeld slechts 3% van de totale markt van de Belgische verzekeringsondernemingen. (Assuralia, 2007: 4).

De aanwezigheid van 10 private verzekeraars en 5 gemeenschappelijke kassen duidt er wel op dat de concurrentie binnen dit relatief kleine marktsegment speelt op vlak van aanbieders, hoewel misschien niet zo sterk in vergelijking met andere verzekeringssectoren. De verdeling van de markt over de verschillende actoren is vrij onevenredig. De grootste verzekeraar bezet ongeveer 35% van de markt, en de drie grootste verzekeraars samen (twee commerciële, één gemeenschappelijke) hebben samen

64% van de totale premies incasso (Vanbreda Risk and Benefits, 2008: 1), terwijl de vijf kleinste verzekeraars nog geen 10% van de markt innemen. Het betreft bovendien een zeer volatiele markt die gekenmerkt wordt door overnames, stopzetting van activiteiten, fusies, enzovoort. Sinds 1986 is het aantal spelers op de markt zo gedaald van 48 naar 15 nu. Bovendien zijn deze verzekeraars actief voor een groter (zij het stabiliserend en zelfs dalend) aantal arbeidsongevallen.

1.1.2. Winstprincipe

De arbeidsongevallenverzekeraars zijn **naamloze vennootschappen**. De gemaakte winsten komen ten goede aan de commerciële verzekeringsonderneming zelf. Een deel daarvan wordt uitgekeerd aan de aandeelhouders van de vennootschap onder de vorm van een dividend. Hiertegenover staan de **gemeenschappelijke kassen**. Het gaat om onderlinge verzekeringskassen met een privaat karakter, waarbij de werkgevers als leden de winsten uitgekeerd krijgen onder de vorm van restorno's. Dit gebeurt in verhouding tot de betaalde premie en de schadestatistieken. De bijdragen van de leden worden zo veel mogelijk beperkt via het ondersteunen van een adequaat preventiebeleid in de ondernemingen.

1.2. Vraag en aanbod

De werkgevers zijn verplicht zich aan te sluiten, maar hebben zelf **binnen de aansluitingsplicht de vrije keuze** tussen de verschillende arbeidsongevallenverzekeraars. In tegenstelling tot andere sectoren van de sociale zekerheid is bij de arbeidsongevallensector **geen publieke kas** voorzien ter aansluiting van de werkgevers. Dit zou, ten eerste, de vrije marktwerking kunnen verstoren. Ten tweede bestaat het alternatief voor de werkgever om zich aan te sluiten bij een gemeenschappelijke kas indien hij zich ideologisch niet wil affiliëren met een van de bestaande privéverzekeraars. (Verdeyen, 2008: 379)

De begunstigden van de verplichte arbeidsongevallenverzekering zijn niet de aangesloten werkgevers zelf, maar wel de werknemers van de onderneming. Deze regeling is vergelijkbaar met bijvoorbeeld die in de sector van de kinderbijslagen voor werknemers.

Opmerking

Belangrijk bij de aansluitingsplicht voor werkgevers zijn de factoren die de keuze bepalen voor een specifieke arbeidsongevallenverzekeraar. Een opmerking hieromtrent is dat de inhoud van de arbeidsongevallenverzekering vastligt. De verzekeringsonderneming dekt alle arbeidsongevallenrisico's en werkzaamheden voor alle werknemers die bij de aangesloten werkgever in dienst zijn. (Art.49, 2° AOW) Het bepalen van de te betalen premie gebeurt in functie van die

werknemers en hun kenmerken, maar is in principe vrij te bepalen voor elke verzekeringsonderneming.

1.3. Concurrentie

Er kan worden aangenomen dat de premie het bepalende element is voor de concurrentie tussen de verzekeringsondernemingen. De hoogte van die premie voor arbeidsongevallen bepaalt immers de keuze van de werkgevers voor een bepaalde verzekeringsonderneming. De premie moet echter wel steeds van dien aard zijn dat ze de verplichtingen die reeds werden aangegaan door de verzekeraars, of die in de toekomst zullen worden aangegaan, voldoende kan dekken. De CBFA houdt hierop controle. Daardoor kan gesteld worden dat de concurrentie rond de prijs van het verzekeringsproduct enigszins beperkt wordt. Toch slagen bepaalde verzekeraars erin **prijsbrekers** te zijn. Belangrijk element hierin is de ondersteuning van **preventie**. Deze laat toe de premie die de verzekeraars dienen te vragen, drastisch te verlagen (<http://www.axa.be>).

Een ander element waarop de concurrentie tussen de verzekeraar speelt, is de **kwaliteit** van de geleverde diensten (gemak voor de werkgever, afhandeling van het dossier ten aanzien van de werknemer) en de prijsbepaling voor extralegale dekkingen. In de AOW zijn immers de omstandigheden waarop de dekking van toepassing is, evenals de wettelijke maximumdrempels voor de bepaling van het basisloon voorzien. De werkgevers kunnen daarbovenop nog een bijkomende verzekering ten aanzien van hun werknemers afsluiten die de wettelijke vergoedingsbasis overstijgt of die het toepassingsgebied van de dekking (arbeidsongevallen of ongevallen van en naar het werk) uitbreidt tot alle soorten ongevallen.

Samengevat kan gesteld worden dat de premie en het daaraan gekoppelde preventiebeleid een optimale prijs-kwaliteitverhouding prikkelt en dat de dienstverlening en aanvullende producten van de verzekeraars een bijkomend element vormen waarop de concurrentie binnen de markt van de arbeidsongevallen plaatsvindt.

1.4. Marktconcentratie

In punt 1.1. werd er reeds op gewezen dat er in de arbeidsongevallensector sprake is van een grote marktconcentratie van actoren en activiteiten. Niet alleen het aantal actoren is de laatste jaren sterk gedaald, ook de verdeling van de markt is zeer onevenredig. De vraag kan hierbij worden gesteld naar de mate waarin de concurrentie in een dergelijk geconcentreerde markt nog gevrijwaard blijft. De Europese Commissie heeft naar aanleiding van de overname van Winterthur door AXA zich akkoord verklaard met deze overname en de correspondentie met de richtlijnen van de eenheidsmarkt en de Europese Economische Ruimte. Dit advies had vooral betrekking op de mogelijke verstoring van de competitie tussen de verschillende actoren in de verzekeringsmarkt voor activiteiten niet-leven in België – en in mindere mate op de arbeidsongevallensector specifiek. De Europese Commissie beargumenteert in haar advies dat het onwaarschijnlijk is dat de overname en de marktconcentratie die daarmee gepaard gaat, de competitie in de tak niet-leven zal beperken. Zij doet dit op basis van drie elementen. (Europese Commissie, 2006: 6-8)

- De aanwezigheid van belangrijke concurrenten in de tak niet-leven, zoals Fortis, Dexia, KBC en Ethias.
- De openheid van de Belgische verzekeringsmarkt ten aanzien van andere (Europese) verzekeringsinstellingen, en met andere woorden, de lage drempels om tot die markt toe te treden.
- Het systeem van makelaars, via dewelke 70% van de Belgische verzekeringsmarkt wordt gecontroleerd. Het is vooral via deze makelaars dat gecoördineerde afspraken tussen de verschillende verzekeraars verhinderd worden en de competitie gevrijwaard blijft.

Er kan evenwel worden aangenomen dat de concurrentie tussen de arbeidsongevallenverzekeraars in de toekomst nog zal toenemen. Deze concurrentie zal zich niet zozeer vertalen in een toename van het aantal concurrenten – hoewel de Europese Commissie aangeeft dat de openheid van de Belgische verzekeringsmarkt voldoende is. De evolutie lijkt eerder te gaan naar een intensifiëring van de strijd om de markt tussen de overgebleven aanbieders. Bovendien is te verwachten dat ook de marktconcentratie hierdoor nog verder zal toenemen, gezien het feit dat de vijf kleinste spelers een aandeel in het totale incasso van de markt hebben, variërend van 1% tot 2%.

2. Toezicht door de overheid

De overheid moet gezien worden als **regisseur** die de marktwerking reguleert, monitort en sanctioneert. Vooreerst bepaalt ze de voorwaarden waaronder de verzekeringsondernemingen tot de markt van de arbeidsongevallen kunnen toetreden, daarnaast bepaalt ze de omstandigheden en spelregels waarbinnen deze verzekeraars opereren en houdt ze toezicht op de naleving van deze spelregels en kan ze straffend optreden indien nodig. Hiervoor zijn twee overheidsorganisaties actief, en worden er twee toezichtslogica's gehanteerd.

De CBFA houdt via het prudentieel toezicht op de financiële voorwaarden voor toegang tot de markt en waakt erover dat deze financiële voorwaarden ook bij het uitvoeren van de activiteiten binnen de arbeidsongevallenmarkt nageleefd blijven. Anderzijds houdt het Fonds voor Arbeidsongevallen een administratief toezicht op de werking van de verzekeringsondernemingen, via de bepaling vooraf van en controle achteraf op de procesmatige en procedurele aspecten van die werking.

De ontkoppeling van dit toezicht kan misschien wel wat artificieel worden genoemd. Het gaat veeleer om een taakverdeling tussen beide toezichthouders die zo goed mogelijk wil inspelen op de realiteit van het systeem van de arbeidsongevallen. Dit systeem wordt gekenmerkt door enerzijds een **private logica** (waarbij het afsluiten van een contract, concurrentie en winstprincipes voorop staan) en anderzijds een **publieke, sociale zekerheidslogica** (waarbij het algemene belang en sociale bescherming de sleutelwoorden zijn).

Het toezicht van het Fonds voor Arbeidsongevallen past perfect binnen de sociale zekerheidslogica. Het Fonds is als Openbare Instelling voor de Sociale Zekerheid belast met het toezicht op het algemene belang en waakt over het principe van het recht op sociale bescherming, terwijl het toezicht van de CBFA binnen de private logica moet geplaatst worden en de uiteindelijke bewaking van het winstprincipe voorop staat.

Er kan geopperd worden dat het prudentiële toezicht vanwege de CBFA op de arbeidsongevallenverzekeraars ertoe leidt dat het algemene belang beschermd wordt, en onrechtstreeks is dat ook zo. Toch moet worden aangegeven dat het toezicht van de CBFA erop gericht is de positie van de verzekeraars zelf te vrijwaren. Er is daarnaast wel een mechanisme voorzien waardoor het toezicht door de ene instelling het toezicht door de andere kan ondersteunen. Het gaat meerbepaald over het protocol tot samenwerking tussen het FAO en de CBFA.

HOOFDSTUK 4 – VASTSTELLINGEN EN AANBEVELINGEN

In dit laatste hoofdstuk worden de vraagstukken uit vorige hoofdstukken opnieuw aangehaald en verder becommentarieerd. Aan de vaststellingen en opmerkingen worden eveneens een aantal aanbevelingen gekoppeld. Deze hebben tot doel de optimalisering van de werking van de sturing en opvolging binnen de tak van de arbeidsongevallen. Alvorens hiertoe te komen echter, wordt samenvattend ingegaan op een aantal dubbele referentiologica die van toepassing zijn binnen de arbeidsongevallensector. Deze verschillende logica hebben hun uitwerking op de concrete relaties tussen de actoren in de tak en op de werking van het secundaire netwerk in het algemeen. Het is dan ook belangrijk deze specifiek te vermelden.

1. Dubbele referentiologica

De relaties binnen het secundaire netwerk van de tak zijn onderhevig aan een aantal dubbele referentiologica.

Vooreerst is er sprake van twee soorten **actoren**.

- Privé-instellingen staan in voor het beheer van de arbeidsongevallensector
- Publieke organisaties (hoofdzakelijk) belast zijn met de controle of het toezicht hierop.

Deze **toezichtsbevoegdheid** zelf is eveneens ontkoppeld.

- Het FAO is belast met het technische, administratieve en sociale toezicht op de toepassing van de wet.
- De CBFA staat in voor het financiële toezicht.

Ook dit **financiële toezicht** zelf werd ontkoppeld.

- De Belgische verzekeringsondernemingen worden gecontroleerd door de CBFA
- Verzekeraars die gebruik (zouden) maken van de vrije dienstverlening worden gecontroleerd door de toezichthoudende instelling uit hun land van herkomst.

Daarnaast kan een dubbele **rechtsverhouding** geïdentificeerd worden.

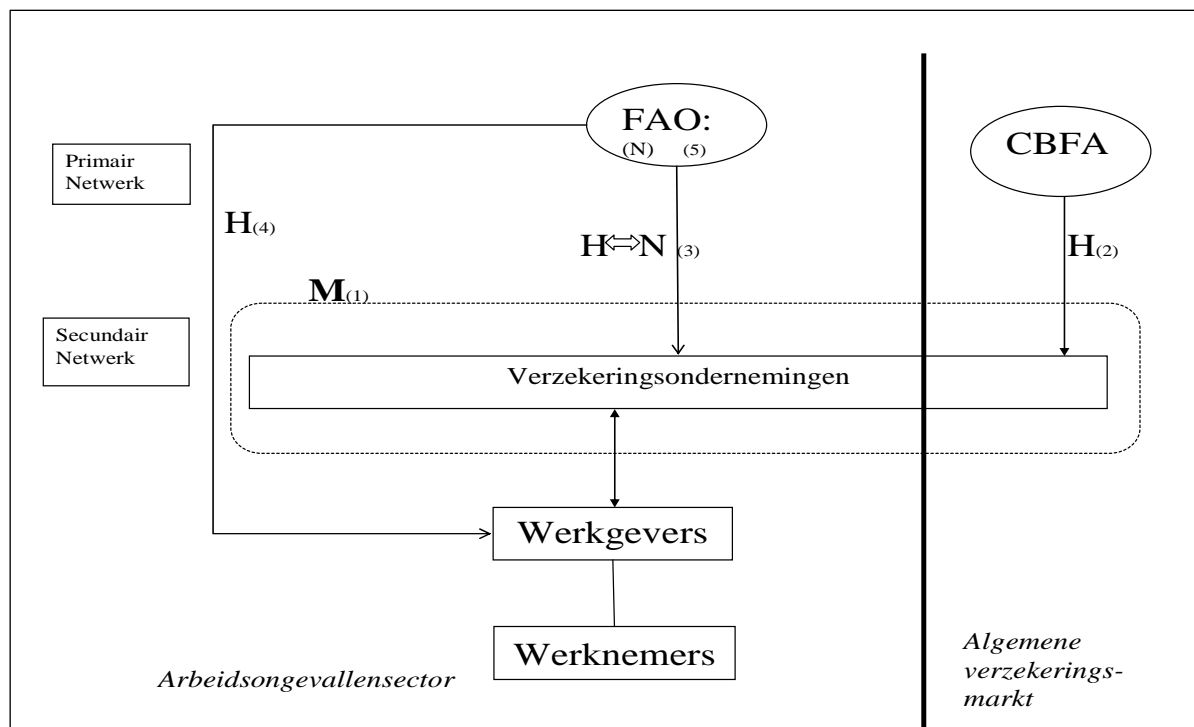
- Enerzijds van private aard, tussen de verzekeraars en de werkgevers die een arbeidsongevallenverzekering afsluiten.
- Anderzijds van publieke aard, tussen de verzekeraars en de slachtoffers van een arbeidsongeval.

De wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst die van toepassing is op de arbeidsongevallenverzekeraars (privé en gemeenschappelijk) is een verzekeringswet en heeft gedeeltelijk zijn uitwerking in de Arbeidsongevallenwet. Daarmee is in deze wet van openbare orde het verzekeringskarakter van het systeem (afsluiten van een overeenkomst die gedekt wordt door een premie berekend in functie van het risico) terug te vinden.

De dubbele rechtsverhouding waarvan sprake wijst erop dat de tak van de arbeidsongevallenverzekering op de scheidingslijn tussen **twee systemen** waarbij

- het private verzekeringsstelsel met het principe van contract, premie en risico geïntegreerd is in
- het sociale zekerheidssysteem met een algemene sociale bescherming waarvan de werknemer kan genieten

2. Analyse van de coördinatie



Figuur 4 – Coördinatiemechanismen in de tak van de arbeidsongevallen

Uit bovenstaande figuur kunnen een aantal vaststellingen gemaakt worden omtrent de wijze waarop de coördinatie in de sector verloopt. Deze worden hieronder besproken volgens de aanduidingen op de figuur.

1. De verzekeringsondernemingen opereren zoals reeds gesteld in een marktsetting. Belangrijk element hierin is dat deze marktsetting niet op zich staat als onderdeel van de sociale

zekerheid, maar eveneens geïntegreerd is in de algemene verzekeringsmarkt die gekenmerkt wordt door een hoge concurrentie, afstemming van vraag en aanbod, en het winstprincipe. Dit verklaart waarom de verzekeringsondernemingen in de arbeidsongevallensector niet alleen aangestuurd worden door een OISZ, maar ook door de publieke instelling die toezicht houdt op de private verzekeringsmarkt, de CBFA gecontroleerd worden.

2. De CBFA stuurt de verzekeringsmarkt, en daarmee ook de arbeidsongevallenverzekeraars op hiërarchische wijze aan. De verzekeringsondernemingen zijn verbonden aan een aantal verplichtingen, die zowel betrekking hebben op het financiële beheer, als op aspecten van governance van de onderneming. Deze verplichtingen dienen strikt te worden nageleefd, zoniet beschikt de Commissie over een hele reeks maatregelen die aangewend kunnen worden naargelang de ernst en het structurele karakter van de overtreding of tekortkoming.
3. De aansturing vanwege het Fonds voor Arbeidsongevallen is dubbel. Enerzijds voert het Fonds detaillistische primaire controles op de kwaliteit van de werking van de verzekeringsondernemingen en wordt een (secundaire) controle op de beheersystemen bij de verzekeraars zeer beperkt toegepast. Deze elementen wijzen op een hiërarchische sturingsrelatie. Anderzijds is het dwingende karakter van de gevolgen voor de verzekeringsondernemingen gering. De controles vanwege het Fonds leiden tot een verbetering van de dienstverlening naar het slachtoffer toe, en kunnen gezien worden als een ondersteunend element voor de kwalitatieve werking van de verzekeraars. De gevolgen van de controles door het Fonds zijn daarom niet eenduidig hiërarchisch van aard, maar eerder netwerkgericht.
4. Ten aanzien van de werkgevers zijn zowel de controles, als de gevolgen en sanctiemogelijkheden die hieraan verbonden kunnen worden hiërarchisch van aard. Toch geeft het FAO aan dat het ten aanzien van deze actoren ook weer belangrijk is om preventief op te treden, eerder dan repressief te bestraffen. De ontwikkeling van elektronische informatiestromen heeft het Fonds een belangrijk middel in handen gegeven om deze taak uit te voeren.
5. In het Fonds komt eveneens naar voren dat de tak arbeidsongevallen niet enkel gestuurd wordt via marktmechanismen, of hiërarchie, maar dat ook netwerkmechanismen werkzaam zijn. De verzekeraars zijn immers impliciet vertegenwoordigd in het beheerscomité van het Fonds. Zij bezetten twee van de zeven stoelen langs de kant van de vertegenwoordigers van werkgevers. Op deze wijze hebben zij mee inspraak in, en geven zij mee vorm aan het beleid dat op hen gericht is en een invloed heeft op hun werking.

3. Vraagstukken

Bovenstaand werden reeds verschillende opmerkingen geformuleerd omtrent de opdrachten en het beheer van toepassing op de uitvoering van de arbeidsongevallensector. Hieruit blijven enkele vraagstukken bestaan omtrent de opvolging en begeleiding van het secundaire netwerk in de tak arbeidsongevallen. Deze worden hieronder behandeld.

3.1. Wat is de rol van het Fonds voor Arbeidsongevallen?

De vraag stelt zich naar de uiteindelijke rol van het FAO. Staat het Fonds voor Arbeidsongevallen in voor de **controle op de verzekeringsondernemingen** (in een hiërarchische context) of zorgt het eerder voor een **ondersteuning van de werking van de verzekeraars** (in een netwerkgerichte context)?

Uit de bespreking van de verschillende processen kunnen immers twee belangrijke vaststellingen worden gemaakt. Enerzijds houdt het FAO een zeer gedetailleerde controle op de uitvoering van de AOW en de naleving van de verplichtingen die hierin omschreven staan voor de verzekeringsondernemingen (maar ook voor de werkgevers). Anderzijds zijn de mogelijkheden van het FAO ten aanzien van die verzekeraars vrij beperkt wanneer het aankomt op het inhoudelijk bijsturen van het beleid.

De aanwezigheid van een sterke primaire controle wijst op een hiërarchische sturing vanwege de OISZ op het secundaire netwerk. Deze vorm van controle veronderstelt normaalgezien ook de aanwezigheid van effectieve sanctiemogelijkheden ten aanzien van het secundaire netwerk. Dat is echter niet het geval. *Het Fonds geeft aan het aanwenden van sanctiemiddelen niet als een prioriteit te beschouwen, omdat dit het vertrouwen binnen de sector tussen de partijen zou kunnen onder druk brengen.* Het kernpunt is dat voor bijsturing van het beleid van de verzekeraars kan worden gezorgd door te beroepen op overredingskracht, meerbepaald de kracht om bepaalde zaken af te dwingen. *De instelling geeft toe dat op dat vlak misschien wel wat meer instrumenten beschikbaar mogen worden gesteld, maar benadrukt dat het in geen geval het interne beleid van de verzekeraars wil bepalen. Ook andere geïnterviewden erkennen de beperkte sanctiemogelijkheden, maar zien zelf niet meteen een oplossing hiervoor – in zoverre het gebrek aan sanctiemogelijkheden op zich al een probleem zou vormen, wat duidelijk niet aldus gepercipieerd wordt.*

Deze opmerkingen betreffende de sanctiemogelijkheden wijzen op een meer netwerkgerichte benadering ten aanzien van het secundaire netwerk. Hieraan is echter geen vorm van secundaire controle gebonden die veelal aan deze sturingsvorm gelinkt kan worden.

De sturing van het FAO is met andere woorden dualistisch van aard. Een hiërarchisch sturingsmechanisme (detailistische controle) wordt gekoppeld aan meer netwerkgerichte gevolgen (overredingskracht). Dit is wat de verzekeraars zelf percipiëren als de opdracht van het Fonds, en wat ook door de andere geïnterviewden wordt erkend. Vanuit de interviews wordt aangegeven dat *de controle van het Fonds erop gericht is erover te waken dat de dienstverlening van de verzekeraar naar het slachtoffer van een arbeidsongeval toe zo optimaal mogelijk verloopt*. Het FAO heeft met andere woorden via haar controles een ondersteunende rol ten aanzien van de verzekeringsondernemingen. Hierdoor zorgt zij als OISZ meteen voor de bewaking van de kwaliteit van de dienstverlening, en daarmee ook van het algemene belang.

Er dient ten tweede te worden gewezen op een **evolutie in het toezicht van het Fonds op de verzekeraars**. Het Fonds geeft aan dat het zich nu reeds dient voor te bereiden op het uitvoeren van secundaire controles in de toekomst. Hierbij zou een (secundaire) controle op de elektronische toezichtsystemen bij de verzekeraars zelf worden voorzien. Zo zou de correctheid van de informatiestromen tussen het netwerk en andere OISZ gegarandeerd moeten worden. Dit moet de rechten van de werknemers ook in andere sectoren van de sociale zekerheid vrijwaren.

3.2. Wat met de hoge beheerskosten bij de verzekeraars?

Vanuit het perspectief van de algemene verzekeringsmarkt lijkt de hoogte van de beheerskosten niet zo opvallend of problematisch. Indien wordt geredeneerd **vanuit een sociale zekerheidsperspectief vallen de hoge beheerskosten sterk op, waardoor de vraag naar efficiëntie van het systeem zich opwerpt**. De verzekeringsondernemingen gaan er prat op dat zij op een efficiënte wijze (met name: niet verlieslatende wijze voor het sociale zekerheidssysteem) hun activiteiten kunnen uitvoeren. Aangezien de hoogte van de beheerskosten voor andere instellingen van de sociale zekerheid heel wat lager ligt, is de basis waarop deze vergelijking plaatsvindt niet gelijk. De meerkosten van het arbeidsongevallensysteem worden via het private marktmechanisme ten laste van de werkgevers gesteld.

De vraag kan worden gesteld in welke mate de hoge beheerskosten in de arbeidsongevallensector effectief een probleem vormen voor de werkgevers enerzijds, maar (veel belangrijker) voor het algemene belang anderzijds. Als er vanuit wordt dat dit problematisch is voor het algemene belang,

ligt een mogelijke oplossing voor handen. Ondanks de financiële sturingscapaciteit van de CBFA lijkt het toezicht dat de Commissie uitvoert niet adequaat om de hoge beheerskosten in de arbeidsongevallensector tegen te gaan. Het toezicht is er immers niet op gericht de hoogte van de beheerskosten *an sich* in vraag te stellen, maar enkel in te grijpen indien dit problematisch wordt voor de rendabiliteit van de onderneming.

Daar het financiële toezicht op de beheerskosten ten laste van de CBFA valt, zou het FAO een inhoudelijke controle op deze beheerskosten kunnen voeren. Een controle die deel uit maakt van de bewaking van de kwaliteit van de dienstverlening door het Fonds. In dit geval de kwaliteit van de dienstverlening naar de werkgever toe, omdat deze de premie dient te betalen.

Er dient echter te worden opgemerkt dat een controle op de prijs-kwaliteit die de verzekeraar aanbiedt aan de werkgever reeds gevoerd wordt via de markt, een meerbepaald door de makelaar in dienst van die werkgever. Er kan dus gesteld worden dat de belangen van de werkgever al behartigd zijn via dit systeem van makelaars en dat het Fonds hierop geen controle meer hoeft te houden. Bovendien behoort de controle op het financiële beheer van de verzekeraar niet tot de bevoegdheid van het FAO.

3.3. Wat met de complexiteit van het systeem?

De complexiteit van het systeem is vooreerst een rechtstreekse oorzaak voor de hoge beheerskosten bij de verzekeringsondernemingen. Zij geven aan dat de complexiteit en het incrementele karakter van de wetgeving een voortdurende aanpassing van de informaticasystemen vraagt. Bovendien bemoeilijkt dit het beheer zelf van een individueel dossier, waardoor de kans op fouten vergroot.

Deze complexiteit zorgt er met andere woorden voor dat, ten eerste, **de noodzaak van primaire controle behouden blijft** door het Fonds op de activiteiten van de verzekeringsondernemingen. Elke wetswijziging dient correct geïmplementeerd te worden. Het Fonds heeft hierbij bovendien een functie van informatieverlening en ondersteuning ten aanzien van de verzekeraars.

Ten tweede leidt de complexiteit van het systeem tot een **hoog aantal gerechtelijke betwistingen**, zowel wat de kleine arbeidsongevallen betreft, als deze met een zwaardere impact op het slachtoffer. De uitkomst van deze betwistingen is in principe nooit zeker, en moet zonder meer als objectief beschouwd worden. *Een van de geïnterviewden merkt toch op dat ruimte voor interpretatie van de wetgeving verschillende uitspraken kan teweeg brengen, en dat deze afhankelijk kunnen zijn van de regio waarin het geschil wordt aangevochten.* Het is aan de wetgever om de bepalingen in de wet, bijvoorbeeld de definitie van een arbeidsongeval, zo duidelijk mogelijk op te stellen. Een groot aantal

betwistingen genereert immers een hoge kost, zowel voor de verzekeringsondernemingen zelf, als voor de maatschappij in het algemeen. Bovendien is de drempel vrij groot om als werknemer de stap te zetten naar de rechtbank. Dit systeem is met andere woorden eerder in het voordeel van de verzekeraars, hoewel de inbreng en ondersteuning van werknemersorganisaties niet onderschat mag worden.

Tot slot kan worden opgemerkt dat deze complexiteit uiteraard niet eigen is aan de arbeidsongevallensector alleen, maar kenmerkend voor het gehele sociale zekerheidsstelsel. Een oplossing hiervoor dient dan ook over de sectoren heen te worden gezocht.

4. Aanbevelingen

1. Uit de opmerkingen die hierboven werden geformuleerd, beveelt het onderzoeksteam in de eerste plaats aan om **de secundaire controle als aanvulling op een aangepaste primaire controle** te beschouwen. De reeds vermelde evolutie naar tweedelijns toezicht hoeft immers niet te betekenen dat er geen primaire controle meer kan worden uitgevoerd op de verzekeringsondernemingen. Het is voor het onderzoeksteam geen ‘of/of’-verhaal, maar een ‘en/en’-situatie.

Ondanks de sturing van de markt, en de primaire controle van de verzekeraar zelf, blijkt de controle door het Fonds voor Arbeidsongevallen immers niet overbodig. Per verzekeraar wordt elk jaar een lijvig verslag met opmerkingen aan het beheerscomité voorgelegd. De belangrijkste reden hiervoor is het vrije karakter van het stelsel. De rechten van de betrokkenen worden hierin vastgesteld volgens het oordeel van de verzekeraar over een bepaalde toestand. In andere sectoren worden rechten toegekend op basis van een toestand waarover geen oordeel kan geveld worden omdat deze toestand ontegensprekelijk is (bvb. ziek/niet ziek, kind/geen kind). De primaire controle vanwege het FAO blijft volgens het onderzoeksteam noodzakelijk voor die elementen die aan dit oordeel gebonden zijn en moet met andere woorden worden behouden in het kader van het verzekeren van een effectieve sociale bescherming en het algemene belang.

De secundaire controles zouden dan kunnen fungeren als aanvulling op de primaire controles, met name voor die elementen die niet afhankelijk zijn van een oordeel, maar die in vastgestelde regels en procedures verwerkt werden. Het zou met andere woorden niet enkel een controle kunnen betreffen op de correctheid van de elektronische informatiestromen die vanuit de verzekeringsondernemingen vertrekken naar de instanties uit andere netwerken in de sociale zekerheid, maar de secundaire controle zou eveneens kunnen ingaan op de interne beheerssystemen van de verzekeraars die bijvoorbeeld de correctheid en tijdigheid van betalingen

moeten garanderen, of die het verzenden van notificaties aan de slachtoffers van een arbeidsongeval regelen. Hierbij wordt de kwaliteit van het interne beheer vooropgesteld, en daarmee onrechtstreeks ook het algemene belang.

Samengevat kunnen beide vormen van controle als complementair worden beschouwd in de bescherming van het algemene belang. Zij doen bovendien geen afbreuk aan het vrije karakter van de sector, maar betekenen eerder een formele erkenning en versterking ervan door de controlevormen hieraan aan te passen.

2. Hieraan gekoppeld beveelt het onderzoeksteam ertoe aan tot een **versterking van de sturingscapaciteit** en dan meerbepaald van de sanctiemogelijkheden van het Fonds voor Arbeidsongevallen te komen.

De aanbeveling voor het versterken van de sanctiemogelijkheden lijkt het onderzoeksteam niet strijdig met het beperken van de primaire controles en initiëren van een tweedelijns toezicht. Het FAO beschikt op dit ogenblik immers niet over sanctiemogelijkheden om de sociale rechten van de betrokkenen effectief te kunnen afdwingen en het algemene belang te beschermen ten gevolge van de primaire controles die het uitvoert. Het arbeidsongevallensysteem wordt niet enkel gekenmerkt door aspecten uit de private verzekeringssector, maar is eerst en vooral een sociale zekerheidssysteem waarin het principe van sociale bescherming van de sociaalverzekerde geldt. Daarom geldt ten eerste en ontegensprekelijk als meest belangrijke reden dat opdat de doelstellingen van sociale bescherming voldoende zouden bereikt worden, effectieve sanctiemogelijkheden nu eenmaal dienen te behoren tot het scala van sturingsinstrumenten bij een OISZ.

Deze sanctiemogelijkheden zijn bovendien te koppelen aan de primaire controles die het Fonds nu reeds bij de verzekeraars houdt. Indien blijkt uit deze controles dat een verzekeringsonderneming op structurele wijze de adviezen van het Fonds over de beoordeling van een dossier negeert – en daarmee de belangen van de sociaalverzekerden schendt – dan moet het Fonds over de mogelijkheid beschikken hiertegen sanctionerend op te treden. Deze sanctie moet volgens het onderzoeksteam verder gaan dan het bekend maken van de ontoereikende werking van de verzekeraar in het Belgische Staatsblad.

Een derde element dat tot deze aanbeveling leidt, is het hoge aantal gerechtelijke betwistingen dat een rechtstreeks gevolg is van de beperkte sanctiemogelijkheden bij het Fonds. De drempel om de stap naar de rechtbank te zetten is voor een werknemer vrij hoog, waarmee het systeem in het voordeel is van de verzekeringsondernemingen, die evenwel de gerechtelijke kosten dienen te

betalen. De gerechtelijke procedure is misschien wel een onnodige stap en kost voor het systeem die de effectiviteit en efficiëntie ervan zou kunnen ondermijnen. In het kader hiervan lijkt de bemiddelingsprocedure door een geneesheer van het Fonds een positieve evolutie. Het is op dit ogenblik nog niet verplicht voor de betrokken partijen om deze stap te zetten, en er werden bovendien nog geen dossiers bemiddeld om een oordeel over het systeem te vellen, maar de procedure lijkt voor het onderzoeksteam wel een mogelijkheid om de efficiëntie en effectiviteit van het systeem te optimaliseren naar de toekomst toe.

Samenvattend kan worden gesteld dat een versteking van de dwingende sturingsmogelijkheden van het Fonds voor Arbeidsongevallen niet hoeft te leiden tot een toename van de sancties ten aanzien van de arbeidsongevallenverzekeraars – en dus een beperking van het vrije karakter van het stelsel in houdt – maar moet gezien worden als een ultieme stok achter de deur vanwege de overheid om het algemene belang te vrijwaren.

3. Het zou, ten slotte, interessant kunnen zijn om met de verschillende partners uit het stelsel na te denken over het opstellen van een aantal formele **criteria op basis waarvan de kwaliteit van de dienstverlening in de sector gegarandeerd zou kunnen worden.**

Deze criteria worden nu reeds gehanteerd in de sector door het Fonds, of bij de verzekeraars intern, maar ze zijn niet formeel verwoord naar buiten toe. Het zou, ten eerste, een verdergaand engagement betekenen vanwege de verzekeringsondernemingen bij de uitvoering van de arbeidsongevallenwet indien zij overgaan tot het officieel communiceren van deze elementen naar de betrokken actoren toe. Bovendien zou dit een geïnformeerde keuze door de werkgever voor de sociale bescherming van zijn werknemers kunnen optimaliseren.

De versterking van de keuze voor de werkgever door informatieverlening is een belangrijke stap om de concurrentie tussen de verschillende verzekeringsondernemingen binnen de sector verder te verzekeren. Daarenboven zouden bijvoorbeeld niet enkel op vlak van de kwaliteit van dienstverlening criteria publiek kunnen worden gemaakt, maar kan ook worden teruggekoppeld naar de kwaliteit van de interne werking van de dienstverlener zelf. Hierop zou, zoals aangegeven, kunnen worden toegezien door het FAO in het kader van de secundaire controles.

Het onderzoeksteam vindt dit laatste element een punt waarover binnen de arbeidsongevallensector zou kunnen worden nagedacht. Een soortgelijke evolutie in het engagement van het secundaire netwerk ten aanzien van de dienstverlening naar de klant toe lijkt zich ook in andere sectoren van de sociale zekerheid door te zetten. Het formaliseren van deze criteria kan gezien worden als een

stap die de transparantie van de werking in de verschillende sectoren ten goede komt – en daarmee ook positief is voor de perceptie van het stelsel door de burger.

Referenties

Wetgeving

Wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging

Wet van 10 april 1971 Arbeidsongevallenwet

Wet van 9 juli 1975 betreffende de controle op de verzekeringsondernemingen

Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde

Wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels

Wet van 2 augustus 2002 betreffende het toezicht op de financiële sector en de financiële diensten

KB van 21 december 1971 houdende de uitvoering van sommige bepalingen van de AOW

KB van 16 december 1987 houdende organisatie en werking van een centrale gegevensbank bij het Fonds voor arbeidsongevallen.

KB van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels

KB van 5 maart 2006 houdende de vaststelling van de procedure van bemiddeling door de geneesheer van het Fonds voor Arbeidsongevallen

KB van 19 juli 2006 tot goedkeuring van de tweede bestuursovereenkomst van het Fonds voor Arbeidsongevallen

KB van 8 mei 2007 betreffende de premiedifferentiatie inzake arbeidsongevallen

Richtlijnen

EUROPESE COMMISSIE, 2006, Case No. COMP/M.4284 AXA/WINTERTHUR, 8p. [pdf.]

Documenten

ASSURALIA, 2007, *Memorandum verkiezingen 2007*, 16p. [pdf.]

ASSURALIA, 2008, "Kerncijfers en voornaamste resultaten van de Belgische verzekeringsmarkt in 2007" in *Assurinfo*, nr.34, 32p.

COMMISSIE VOOR BANK-, FINANCIE- EN ASSURANTIEWEZEN, 2005, *Verslag directiecomité*, 110p. [pdf.]

FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLLEN, 2007(a), *Jaarverslag*, 100p. [pdf.]

- FONDS VOOR ARBEIDSONGEVALLEN, 2007(b), *Statistisch verslag van de arbeidsongevallen in 2006*, 15p. [pdf.]
- HAELEWYN, T., 2006, *De juridische afhandeling van een arbeidsongevallendossier voor werknemers uit de privésector*, 130p. [pdf.]
- VANBREDA RISK & BENEFITS, 2008, “Wijzigingen in arbeidsongevallen” in *News*, 2p. [pdf.]
- VAN LANGENDONCK, J., 2008, “Het Belgische model van de sociale zekerheid: een kritische appreciatie” in *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, pp.43-71
- VAN LANGENDONCK, J. & PUT, J., 2006, *Handboek socialezekerheidsrecht*, Intersentia, Antwerpen, 920p.
- VERDEYEN, V., 2008, *Overheidssturing van de socialezekerheidsinstellingen: mogelijkheid en instrumenten*, Leuven, K.U.Leuven [diss.Doc], 748p.

Websites

- | | |
|---|--|
| http://www.fao.fgov.be | (Fonds voor Arbeidsongevallen) |
| http://www.cbfa.be | (Commissie voor Bank-, Financie- en Assurantiewezen) |
| http://www.prevent.be | (Kennisinstituut ter preventie van beroepsrisico's) |
| http://www.assuralia.be | (Assuralia) |
| http://www.socialsecurity.fgov.be | (Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid) |
| http://www.axa.be | (AXA verzekeringsonderneming) |