COMMISSIE TOT HERVORMING VAN DE BEROEPSZIEKTEN 21STE EEUW. EINDVERSLAG

DOOR | COMMISSIE TOT HERVORMING VAN DE BEROEPSZIEKTEN 21STE EEUW[1]*

WOORD VOORAF

De Commissie is erin geslaagd om twee – op het eerste gezicht tegenstrijdige – principes als uitgangspunten voor haar werkzaamheden te verzoenen. Enerzijds was het de bedoeling om een grondige omslag in het stelsel voor te stellen door zeer consequent preventie steeds en in alle aspecten van de regelgeving te laten voorgaan op schadeloosstelling. Anderzijds wou de commissie de lange en rijke traditie van deze sector van de sociale zekerheid verder zetten. In het licht daarvan pleit de Commissie voor een fundamenteel positieve benadering en legt ze het accent op de gezondheid, het welzijn en de arbeidsgeschiktheid van alle werkenden, ook na het oplopen van een beroepsziekte.

De Commissie is ook uitgegaan van de grote maatschappelijke veranderingen die reeds zijn ingezet: de wijzigingen van de aard van de beroepsziekten, de verschuivingen in en op de arbeidsmarkt, de evoluties in de geneeskunde, de digitalisering, enz.

De Commissie is uiteraard bereid verdere toelichtingen over haar voorstellen te verstrekken aan alle sociale, economische en politieke actoren en hoopt dat deze uitgangspunten vlug in wetgevend werk kunnen worden omgezet.

(1) * Leden van de Commissie: Lutgart Braeckman, Geert De Smet, Elke Geeraerts, Isabelle Hansez, Valérie Libotte, Dominique Lison, Sophie Remouchamps, Geert Van Hootegem, Josse Van Steenberge (voorzitter) en Laurent Vogel.

De voorzitter dankt alle leden voor hun positieve bijdragen in de werkzaamheden van de Commissie. Hij spreekt namens de voltallige Commissie de welgemeende dank uit voor het vertrouwen dat de Minister aan de Commissie heeft geschonken. Een bijzonder woord van dank gaat naar prof. Kelly Reyniers, docente aan de Universiteit Antwerpen, voor haar onmisbare steun bij de redactie van dit rapport (januari 2018).

1. INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN

1.1. OPDRACHT VAN DE COMMISSIE

De Commissie is een adviesorgaan dat wordt belast met het formuleren van multidisciplinaire voorstellen met betrekking tot de verschillende componenten van het stelsel van de beroepsziekten, met inbegrip van voorstellen in het kader van de fusie tussen het Fonds voor de Beroepsziekten en het Fonds voor Arbeidsongevallen. Bedoeling is globale oplossingen voor te stellen, met een tijdschema, een berekening van de financiële gevolgen en voorstellen tot aanpassing van de wetgeving, rekening houdend met de normatieve achtergrond en de tenuitvoerlegging van de voorgestelde hervormingsmaatregelen. In dit opzicht zal de Commissie maatregelen voorstellen die de wetgeving over de beroepsziekten kunnen verduidelijken, vereenvoudigen, actualiseren en hervormen, met als doel: de werknemers een betere dienstverlening aan te bieden (inzonderheid wat betreft preventie en vergoeding); het gebruik van de middelen te optimaliseren en een optimale communicatie tussen de verschillende actoren tot stand te brengen; het aantal geschillen te verminderen dankzij het opmaken van een duidelijke wet en transparante vergoedingscriteria; de acties op het gebied van preventie en het voortgezette gezondheidstoezicht op te voeren.[2]

De voorstellen van de Commissie hebben alleen betrekking op de sector beroepsziekten (hierna vermeld als 'regeling beroepsziekten'). Dit neemt evenwel niet weg dat in het rapport – waar nuttig – ook aandacht zal worden besteed aan de effecten van deze voorstellen op andere sectoren en regelgevingen.

1.2. ONTSTAAN VAN DE WETTELIJKE REGELING INZAKE BEROEPSZIEKTEN EN KRACHTLIJNEN VAN DE VERDERE EVOLUTIE

Hoewel reeds in de 19de eeuw initiatieven werden genomen om slachtoffers van arbeidsongevallen en beroepsziekten bij te staan (veelal in de vorm van private, vrijwillige onderlinge verzekeringskassen[3]), kreeg de bescherming

(2) KB 21 april 2016 tot oprichting van een Commissie tot hervorming van de beroepsziekten 21ste eeuw, *BS* 26 april 2016.

(3) Voorbeelden worden aangehaald in o.m. V. Vervliet, *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*, Antwerpen, Intersentia, p. 21 e.v., 2007.

tegen beide professionele risico's pas aan het begin van de 20ste eeuw vorm als afzonderlijke tak van de sociale zekerheid.

De eerste Arbeidsongevallenwet dateert van 24 december 1903 en was van toepassing op arbeiders.[4] Geïnspireerd door de Bismarckiaanse opvatting over sociale zekerheid, stond het regelen van vergoedingen in individuele gevallen centraal in deze verzekering. Om de economische ontwikkeling niet te verstoren, werd aan preventie weinig tot geen aandacht besteed.[5] Tijdens de parlementaire voorbereidingswerken werden voorstellen[6] en amendementen[7] ingediend om ook beroepsziekten in de wet op te nemen. Hierbij werd o.m. benadrukt dat de (moeilijke) toestand van een werknemer die door een beroepsziekte werd getroffen met een totale arbeidsongeschiktheid tot gevolg, in principe gelijkwaardig is aan deze van het slachtoffer van een arbeidsongeval. De fundamentele verschillen tussen arbeidsongevallen en beroepsziekten (het plotse karakter vs. langdurige blootstelling, vaak op verschillende opeenvolgende arbeidsplaatsen; letsel vs. ziektetoestand, …) en het beperkte inzicht in risico's van langdurige blootstelling aan bepaalde agentia maakten evenwel dat besloten werd nog geen beschermingsregeling voor beroepsziekten in te stellen. Men wou hiervoor wachten op de vooruitgang in de geneeskunde en de wetenschap, zodat meer kennis kon worden vergaard over de etiologie van (beroeps)ziekten bij werknemers.[8]

Pas twee decennia later, op 24 juli 1927, kwam de 'wet betreffende schadeloosstelling inzake beroepsziekten' tot stand.[9] Een cruciale incentive hierbij was de ratificatie van IAO-Verdrag (Internationale Arbeidsorganisatie) nr. 18 van 10 juni 1925 inzake beroepsziekten en de bijhorende Aanbeveling nr. 25. In dit instrument werden drie beroepsziekten (loodintoxicatie, kwikintoxicatie, miltvuur) erkend die voor vergoeding in aanmerking

(4) Sommige bedienden met een laag loon werden met arbeiders gelijkgesteld.

(5) A. Van Regenmortel, *Voedingsstof voor debat*, pp. 1-2, www.fmp-fbz.fgov.be.

(6) Bijv. Wetsvoorstel Janson waarin een verplichte verzekering voor zowel arbeidsongevallen als beroepsziekten werd opgenomen, *Hand.* Kamer 1889-90, 15 juli 1890, 41-47 en *Hand.* Kamer 1902-03, 28 januari 1903, 356.

(7) Van Destrée, Lemonnier en Terwagne. Zie ook P. Denis, L. Hullebroeck en M. Sojcher-Rousselle, Les maladies professionnelles, in *Les Novelles*, *Droit Social*, t.IV, Brussel, Larcier, 673, 1975.

(8) J. Ugeux, De beroepsziekteverzekering, in X., *Wanneer arbeid de gezondheid schaadt* in *50 jaar sociale zekerheid… en daarna?*, deel 5, Brussel, Bruylant, 14, 1995.

(9) Wet 24 juli 1927 betreffende schadeloosstelling inzake beroepsziekten, *BS* 12 augustus 1927.

moesten worden genomen. Vooral om financiële redenen werd ook in de Beroepsziektewet de vergoeding van slachtoffers beperkt tot schade ten gevolge van deze drie aandoeningen.[10] Hiermee werd een 'lijstsysteem' gecreëerd met een dubbele lijst: enerzijds één met de onderworpen industrietakken/beroepen en anderzijds één met de ziekten die in deze industrietakken als beroepsziekten werden erkend. Net als de Arbeidsongevallenwet van 1903 is de eerste Belgische Beroepsziektewet de vrucht van wat men vaak een 'historisch compromis' heeft genoemd.[11] Aangezien een beroepsziekte het gevolg is van bepaalde arbeidsomstandigheden die eigen zijn aan de economische activiteit van de onderneming, wordt de last van de vergoeding van het slachtoffer van een erkende beroepsziekte gelegd bij de werkgever die het risico creëert. De vergoeding is 'automatisch' zodat het slachtoffer niet langer de fout van de werkgever moet bewijzen. De werkgever op zijn beurt wordt beschermd door het forfaitaire (en dus beperkte) karakter van de vergoeding en door het genot van een burgerlijke immuniteit. Laatstgenoemde principe houdt in dat het slachtoffer geen burgerlijke vordering tot schadevergoeding meer kan instellen tegen de werkgever, zelfs al kan hij bewijzen dat de werkgever de beroepsziekte door zijn fout of nalatigheid heeft veroorzaakt, behalve in de uitzonderingssituatie opgenomen in de wet.[12] Deze immuniteit werd op twee wijzen verantwoord. Enerzijds was er de idee dat de verbetering van het lot van het grootste deel van de slachtoffers de inperking van de rechten van bepaalde slachtoffers (nl. zij die de fout van de werkgever en het causale verband tot de schade konden bewijzen) rechtvaardigt. Anderzijds werd ook het behoud van de sociale vrede, door de beperking van het aantal processen tussen werkgevers en werknemers, aangevoerd.[13] Het principe van de burgerlijke immuniteit van de werkgever bleef tot op heden grotendeels behouden, maar wordt steeds meer bekritiseerd.[14] Men kan zich afvragen of het strookt met kaderrichtlijn 89/391 m.b.t. de veiligheid en gezondheid van de werknemers op het werk,

(10) Memorie van toelichting, wetsontwerp betreffende schadeloosstelling inzake beroepsziekten, *Parl. St.* Senaat 1926-27, nr. 68, 6 en 10-11.

(11) Nochtans werd de wet van 1903 aangenomen toen vakbondsvrijheid nog niet erkend was en met een Parlement dat verkozen werd op basis van het censuskiesrecht.

(12) Art. 14 Beroepsziektewet 1927; zie ook huidig art. 51, §1 Beroepsziektewet.

(13) V. Vervliet, *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*, Antwerpen, Intersentia, pp. 102-103, 2007.

(14) Zie hierover bijv. V. Vervliet en K. Reyniers, Grondrechten en de professionele risico's. Burgerlijke aansprakelijkheid en immuniteit in het licht van het gelijkheidsbeginsel, in A. Van Regenmortel en H. Verschueren (eds.), *Grondrechten en sociale zekerheid*, Brugge, die Keure, p. 99 e.v., 2016.

waarvan artikel 5.4 bepaalt dat "deze richtlijn geen belemmering vormt voor de bevoegdheid van de lidstaten tot uitsluiting of vermindering van de verantwoordelijkheid van de werkgevers voor feiten die te wijten zijn aan abnormale en onvoorzienbare omstandigheden buiten de wil van de werkgevers of buitengewone gebeurtenissen, indien de gevolgen van die omstandigheden of gebeurtenissen ondanks alle betrachte zorgvuldigheid niet hadden kunnen worden voorkomen". De vermindering van verantwoordelijkheid in het Belgisch recht lijkt verder te gaan dan deze bepaling.

Voor beroepsziekten die niet op de lijst voorkwamen, moest nog steeds een beroep worden gedaan op het burgerlijk aansprakelijkheidsrecht. Dit betekent dat, overeenkomstig artikel 1382 van het Burgerlijk Wetboek, het slachtoffer van de beroepsziekte het bewijs moest leveren dat de ziekte veroorzaakt werd door de beroepsuitoefening en het gevolg was van een fout van de werkgever.

Anders dan de regeling voor arbeidsongevallen, stelde de Beroepsziektewet een collectief stelsel in. De verzekering van beroepsziekten werd niet toevertrouwd aan private verzekeringsinstellingen, doch wel aan een door de overheid opgericht 'Voorzorgfonds ten behoeve van door beroepsziekten getroffenen'[15], de voorloper van het Fonds voor de Beroepsziekten, sinds januari 2017 geïntegreerd in het Federaal Agentschap voor Beroepsrisico's (Fedris). Redenen hiervoor waren de mogelijkheid van een blootstelling bij meerdere werkgevers en de mogelijk lange latente periode vooraleer de ziekte zich effectief manifesteert, waardoor men meende de verantwoordelijkheid moeilijk aan één bepaalde werkgever (en zijn verzekeringsinstelling) te kunnen toewijzen.[16]

De Beroepsziektewet van 1927 had vooral een schadeloosstellingsfunctie. Preventie gebeurde voornamelijk via premiedifferentiatie. Het bedrag van de bijdrage per blootgestelde werknemer verschilde naargelang de aard van de bedrijfstak of het beroep. Werkgevers werden in eerste instantie gesensibiliseerd d.m.v. de relatief hoge bijdragen in bepaalde sectoren. Daarnaast werden ook premieverminderingen toegestaan voor ondernemingen waar speciale veiligheidsmaatregelen voor werknemers werden getroffen en premievrijstellingen voor werkgevers die konden bewijzen bepaalde giftige stoffen niet te gebruiken of ze toch te gebruiken, maar aantoonden zodanig te

(15) Art. 3 Beroepsziektewet 1927.

(16) V. Vervliet, *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*, Antwerpen, Intersentia, pp. 103-104, 2007.

waren ingericht dat alle gevaar was opgeheven.[17] Deze maatregelen werden na een tijd evenwel afgeschaft, omdat ze weinig efficiënt bleken.[18]

Een kentering op het vlak van preventie van beroepsziekten komt er evenwel met de nieuwe Beroepsziektewet van 24 december 1963.[19] Voor het eerst wordt preventie als taak van de sociale verzekering geëxpliciteerd. Naast schadeloosstelling wordt in tweede orde ook 'voorkoming' in de titel van de nieuwe wet vermeld. Dit neemt evenwel niet weg dat de vergoeding van schade prioritair blijft: de bijdrage aan preventie bestaat er vooral in dat de schadeloosstellingsregeling zo wordt geconcipieerd dat zij de preventie bevordert.[20] Preventieve maatregelen in deze wet waren o.m. de studie van de strijd tegen en de behandeling van beroepsziekten, de mogelijkheid van een tijdelijke of blijvende verwijdering uit het arbeidsmilieu[21], financiële druk op werkgevers met de bedoeling risico's zoveel mogelijk te beperken (bijvoorbeeld: een aanvullende preventiebijdrage[22] voor werkgevers die hun werknemers aan bepaalde risico's blootstelden). De verhoogde aandacht voor preventie in deze periode was te wijten aan uiteenlopende factoren: het recht op gezondheid dat meer en meer doordrong in positieve wetgeving en waartoe preventie kan bijdragen, het toenemende besef dat de sociale verzekering niet alleen gericht moet zijn op herstel van schade, doch ook moet streven naar de uitschakeling van sociale risico's, een Aanbeveling van de Europese Commissie m.b.t. het instellen van een preventiebeleid voor beroepsziekten[23], e.a. Met de Beroepsziektewet van 1963 werd de lijst van beroepsziekten bovendien aanzienlijk uitgebreid (o.m. met stoflong). De lijst met industrietakken/ ondernemingen viel weg. Er werd voorzien in een veralgemening van de schadeloosstelling op voorwaarde dat de werknemer aan het beroepsrisico

(17) Art. 20-21 Beroepsziektewet 1927.

(18) V. Vervliet, *Buitencontractuele aansprakelijkheid bij professionele risico's*, Antwerpen, Intersentia, 2007, pp. 105-106.

(19) Wet 24 december 1963 betreffende de schadeloosstelling voor en de voorkoming van beroepsziekten, *BS* 31 december 1963.

(20) A. Van Regenmortel, *Voorkoming en verzekering. Perspectieven voor de uitbouw van de voorkoming in private en sociale verzekeringen*, Antwerpen, Maklu, p. 374 e.v., 1991; A. Van Regenmortel, *Voedingsstof voor debat*, pp. 2-3, www.fmp-fbz.fgov.be.

(21) Art. 33 Beroepsziektewet 1963.

(22) Art. 53 Beroepsziektewet 1963.

(23) Aanbeveling van de Commissie aan de lidstaten betreffende de vaststelling van een Europese lijst van beroepsziekten van 23 juli 1962, Pb 31 augustus 1962.

van de ziekte waarvan hij het slachtoffer geworden is, blootgesteld is geweest.[24] Andere krachtlijnen van de nieuwe wet waren o.m. de solidarisering van bijdragen door inning via de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ), de instelling van het paritair beheer, en de verhoging van de vergoedingen.[25]

In 1970 werden een aantal bestaande regelgevingen op het vlak van beroepsziekten gecoördineerd tot de thans geldende 'Wetten van 3 juni 1970 betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit de ziekten voortvloeit'.[26] Het gesloten systeem met zogenaamde lijstziekten[27] werd hierin behouden. In 1990[28] werd onder invloed van een aantal Europese aanbevelingen en oproepen van de Internationale Arbeidsconferentie[29] op dit vlak, evenwel ook de mogelijkheid gecreëerd om schadeloosstelling te bekomen voor een ziekte die niet op de lijst is opgenomen, doch op determinerende en rechtstreekse wijze het gevolg is van de beroepsuitoefening.[30] De bewijslast rust dan op het slachtoffer. Het criterium van blootstelling van het slachtoffer aan het beroepsrisico om de ziekte op te lopen, bleef hetzelfde. De Belgische Beroepsziektewetgeving evolueerde hierdoor van een gesloten naar een gemengd systeem. Deze koerswijziging werd mede ingegeven door de overweging dat de industriële ontwikkeling, het verschijnen van nieuwe technieken en nieuwe agentia, die een veelvoud van ziekten met een beroepsoorzaak veroorzaken, als gevolg hadden dat een uitsluitende toepassing van het lijstsysteem niet meer voldoende was.[31] Op te merken valt dat het opschrift van de gecoördineerde wetten sinds de wetswijziging van 2006[32] preventie vóór schadevergoeding

(24) Art. 29 Beroepsziektewet 1963; zie ook MvT bij het ontwerp van wet betreffende de schadeloosstelling voor en de voorkoming van beroepsziekten, *Parl. St.* Senaat 1962-63, pp. 8-9.

(25) Zie hierover bijv. J. Moins, La réforme de régime des maladies professionnelles en Belgique, *RGAR* 1963, 7289.

(26) KB 3 juni 1970, *BS* 27 augustus 1970, err. *BS* 18 september 1970.

(27) KB 28 maart 1969 houdende vaststelling van de lijst van beroepsziekten die aanleiding geven tot schadeloosstelling en tot vaststelling van de criteria waaraan de blootstelling aan het beroepsrisico voor sommige van deze ziekten moet voldoen, *BS* 4 april 1969.

(28) Art. 100 Wet 29 december 1990 houdende sociale bepalingen, *BS* 9 januari 1991.

(29) J. Ugeux, De beroepsziekteverzekering, in X., *Wanneer arbeid de gezondheid schaadt* in *50 jaar sociale zekerheid… en daarna?*, deel 5, Brussel, Bruylant, p. 25 e.v., 1995.

(30) Art. 30*bis* Beroepsziektewet.

(31) MvT bij het Ontwerp van wet houdende sociale bepalingen, *Parl. St.* Senaat 1990-91, nr. 1115/1, 46.

(32) Art. 2 Wet 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, *BS* 1 september 2006.

vermeldt, waardoor minstens de indruk wordt gewekt dat preventie prioritair wordt t.a.v. vergoeding. Of deze ambitie ook (voldoende) wordt waargemaakt, kan worden bediscussieerd. Doch het valt niet te ontkennen dat de invoering van een derde categorie in de wetgeving – nl. de 'arbeidsgerelateerde ziekte' – een nieuwe stap op het vlak van preventie betekent. Het gaat om een ziekte die volgens algemeen aanvaarde medische inzichten mede veroorzaakt kan worden door een blootstelling aan een schadelijke invloed die inherent is aan de beroepsuitoefening en die groter is dan de blootstelling van de bevolking in het algemeen, zonder dat deze blootstelling in groepen van blootgestelde personen de overwegende oorzaak van de ziekte vormt.[33] Dergelijke ziekten moeten door de koning worden aangeduid. In het besluit wordt voor elk van de ziekten tevens bepaald welke – preventieve, re-integrerende of vergoedende – maatregelen het Fonds voor de Beroepsziekten – thans Fedris – kan nemen. De regelgever meende immers dat het Fonds voor de Beroepsziekten iets moest kunnen ondernemen teneinde te vermijden dat dergelijke arbeidsgerelateerde ziekten zouden afglijden tot echte beroepsziekten.[34] Tot op heden werden enkel lage rugaandoeningen bij koninklijk besluit als arbeidsgerelateerde ziekte aangeduid.[35] Minister van Volksgezondheid M. De Block kondigde in november 2016 evenwel aan ook burn-out als arbeidsgerelateerde ziekte te zullen erkennen. Naast de invoering van deze derde categorie werd in 2006 ook de voorwaarde van blootstelling aan het beroepsrisico gewijzigd[36] teneinde een zo duidelijk mogelijk onderscheid te maken tussen de eigenlijke beroepsziekten en de arbeidsgerelateerde ziekten.[37] Uit de parlementaire voorbereidingswerken blijkt niet de wil om de voorwaarden voor de vergoeding van de beroepsziekte strenger te maken. Niettemin gaat de aangepaste tekst blijkbaar die richting

(33) Art. 62*bis* Beroepsziektewet.

(34) MvT bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen, *Parl. St.* Kamer 2003-04, nr. 51K1334/001, p. 5 e.v.

(35) KB 17 mei 2007 tot vaststelling van de inwerkingtreding van artikel 44 van de wet van 13 juli 2006 en tot uitvoering van artikel 62 bis van de wetten betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit die ziekten voortvloeit, gecoördineerd op 3 juni 1970, *BS* 11 juni 2007.

(36) Art. 32 Beroepsziektewet zoals gewijzigd door art. 23 Wet 13 juli 2006 houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen en inzake beroepsherinschakeling, *BS* 1 september 2006.

(37) MvT bij het wetsontwerp houdende diverse bepalingen inzake beroepsziekten en arbeidsongevallen, *Parl. St.* Kamer 2003-04, nr. 51K1334/001, p. 16 e.v.

uit.[38] Na de uiteindelijke evolutie van de wetteksten blijkt dat de vergoedbare beroepsziekte het gevolg moet zijn van een aangetoond verhoogd risico terwijl de regeling van de aansprakelijkheidsbeperking (principe van burgerlijke immuniteit; zie eerder) ongewijzigd is gebleven.

1.3. NOOD AAN HERVORMING VAN HET SYSTEEM EN FUNDAMENTELE PRINCIPES HIERBIJ

De beroepsziekten (BZ) zijn een onderdeel van de tak "professionele risico's" van het socialezekerheidsstelsel voor werknemers.[39] Het andere onderdeel betreft de arbeidsongevallen (AO). Deze tak heeft de preventie en schadeloosstelling tot doel van de aantasting van de fysieke en psychische integriteit van werknemers wegens het werk met gevolgen voor hun economische draagkracht. Het uitgangspunt van de werkzaamheden van de Commissie is het behoud van een afzonderlijke beroepsziekteregeling. De arbeidsongevallenregeling behoort niet tot de werkzaamheden van de Commissie. Niettemin lijkt het afschaffen van de ene met het behouden van de andere regeling ondenkbaar[40] en zou de afschaffing van de specifieke vergoeding voor slachtoffers van een beroepsrisico (onder andere vergoeding voor blijvende schade) het grondwettelijke

(38) De wet van 13 juli 2006 herziet immers een van de criteria ter bepaling van het begrip blootstelling aan het beroepsrisico, met name het verband tussen de blootstelling aan een schadelijke factor en de oorzaak van de ziekte. Enerzijds wordt thans verwezen naar "groepen van blootgestelde personen", terwijl de rechtspraak vroeger voor een geïndividualiseerde aanpak koos. Anderzijds moest de blootstelling aan de schadelijke invloed vóór de wijziging de ziekte (alleen maar) kunnen veroorzaken, terwijl de blootstelling thans de overwegende oorzaak van de ziekte moet zijn.

(39) Voor overheidspersoneel bestaat een enkel stelsel voor arbeidsongevallen en beroepsziekten; zie Wet 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector.

(40) Cf. meer bepaald IAO-Verdrag nr. 18, dat de Staten die partij zijn bij het Verdrag, ertoe verplicht, de slachtoffers van beroepsziekten een schadeloosstelling te verzekeren die gebaseerd is op de algemene beginselen van hun nationale wetgeving betreffende de schadeloosstelling van arbeidsongevallen, en bepaalt dat het tarief van die schadeloosstelling niet lager mag zijn dan het tarief voor schade die het gevolg is van arbeidsongevallen. Er wordt naar deze norm verwezen door het Grondwettelijk Hof, nr. 17/2012 van 9 februari 2012.

standstill-beginsel[41] schenden. Overigens blijkt uit de meeste onderzoeken[42] in verschillende landen dat een erkenning van de beroepsziekten doorgaans bijdraagt tot een betere preventie. Naast de individuele dimensie van de vergoeding is er een collectieve dimensie: het wijzen op welbepaalde risico's en de invloed ervan op de gezondheid.

Vastgesteld kan worden dat de huidige beroepsziektewetgeving nog in grote mate gebaseerd is op het oude paradigma van beroepsziekten veroorzaakt door een causaal agens dat specifiek is voor het beroepsmilieu (bijvoorbeeld: silicose door de inademing van stof van kristallijn silica bij de arbeiders in steengroeven). De aldus omschreven beroepsziekten worden thans zeldzaam, onder andere ten gevolge van een betere hygiëne op het werk, het georganiseerde arbeidsgeneeskundige toezicht dat zijn vruchten heeft afgeworpen, maar vooral wegens het verdwijnen van de activiteiten van de primaire/industriële sector (bijvoorbeeld: het verdwijnen van de steenkoolmijnen). Uit de huidige kennis van de geneeskunde blijkt bovendien dat ziekten vaak veroorzaakt zijn door de interactie van verschillende al dan niet beroepsgebonden factoren (begrippen multicausaliteit, etiopathogenetisch complex); dat talrijke aandoeningen eerder verergerd worden dan dat ze veroorzaakt zijn door het werk (bijvoorbeeld: chronische bronchitis) en er voor bepaalde aandoeningen meerdere professionele blootstellingen – gelijktijdig of gespreid in de tijd – op een gezamenlijke manier kunnen bijdragen tot het ontstaan, de ontwikkeling of de verergering van gezondheidsproblemen. De aard van beroepsziektes is aldus grondig gewijzigd. Van specifieke en unicausale ziekten die toegeschreven konden worden aan één duidelijke oorzaak, staan we vandaag voor een waaier van minder specifieke en multicausale ziekten die het gevolg zijn van talloze factoren, zowel uit de professionele als uit de privésfeer. Daarnaast is ook de arbeids- en arbeidsmarktsituatie de laatste decennia grondig gewijzigd: complexer geworden loopbanen, een snel evoluerende arbeidsmarkt met nieuwe arbeidsvormen, verzelfstandiging van de arbeid e.a.

(41) Beginsel dat voortvloeit uit artikel 23 van de Grondwet, dat een verplichting tot een niet-achteruitgang inhoudt (verplichting om geen afbreuk te doen aan de reeds verworven economische, sociale en culturele rechten). Cf. D. Dumont, *Le 'droit à la sécurité sociale' consacré par l'article 23 de la Constitution : quelle signification et quelle justiciabilité ?, Questions transversales en matière de sécurité sociale* (coörd. D. Dumont), Larcier, coll. UB³, p. 68 e.v., 2017.

(42) Zie de activiteiten van de conferentie van de Internationale Arbeidsorganisatie (Dusseldorf, 6 en 7 november 2013) over het thema "Make it visible: Occupational Diseases – Recognition, compensation and prevention".

De kwestie van discriminatie op grond van geslacht heeft ook geleid tot debatten die zich niet beperken tot de situatie in België. De Raad van de gelijke kansen voor mannen en vrouwen[43] heeft twee keer een zeer kritisch advies over deze kwestie uitgebracht. Uit de beschikbare statistieken blijkt dat het percentage vrouwen dat een vergoeding voor een beroepsziekte geniet, relatief laag blijft, en dat dit verschil niet verklaard wordt door objectieve verschillen in arbeidsomstandigheden en de invloed ervan op de gezondheidstoestand. De factoren die tot deze situatie bijdragen zijn veelvoudig en situeren zich niet uitsluitend in de wetgeving inzake beroepsziekten en de toepassing ervan. Zo kan het bij minder regelmatige loopbanen moeilijker zijn blootstellingen op te sporen. Niettemin lijkt de huidige lijst van beroepsziekten vaker overeen te komen met situaties waarin de activiteiten grotendeels door mannen uitgevoerd worden.

Al deze factoren maken dat de Beroepsziektewet geëvalueerd en waar nodig hervormd moet worden, rekening houdend met de maatschappelijke, sociaal-economische evoluties, de huidige medische kennis, het gelijkheidsperspectief[44] alsook met de vooruitgang in de wetenschappelijke kennis en methoden[45]. Hierbij moet volgens de Commissie als absoluut uitgangspunt de prioritaire aandacht voor preventie worden gehanteerd. Het voorkomen van beroepsziekten is beter dan het herstel of de vergoeding en moet dan ook de prioriteit hebben. Het is een gelegenheid om gezondheid meer positief te benaderen en niet enkel te spreken over ziekte en schade. Dit impliceert op het vlak van re-integratie ook het vertrekken van de idee "wat kunnen de betrokken personen nog wel" in plaats van "wat kunnen ze niet (meer)". De opbouw van een hervormd systeem moet volgens de Commissie dan ook gebeuren rond drie pijlers in een welbepaalde volgorde: eerst preventie, dan re-integratie (wat in feite een aspect van tertiaire preventie is) en ten slotte vergoeding. Dit is innovatief omdat de beroepsziekteregeling van oudsher het regelen van

(43) Advies nr. 45 van 21 juni 2001 en advies nr. 134 van 16 april 2013 van het Bureau van de Raad van de gelijke kansen voor mannen en vrouwen.

(44) De evolutie van de lijst, wijzigingen in de wetgeving en administratieve praktijken moeten ook vanuit het oogpunt van gendergelijkheid beoordeeld worden. Er moet rekening gehouden worden met andere factoren van ongelijkheid, met name wat betreft het verband tussen het bedrag van de vergoeding en deeltijds werk.

(45) De relevante wetenschappelijke kennis is afkomstig van verschillende disciplines die over het algemeen aanvullende gegevens aanreiken: epidemiologie, toxicologie, ergonomie, arbeidspsychologie, arbeids- en gezondheidssociologie, ... Het is belangrijk dat Fedris via zijn wetenschappelijke organen in staat is al deze disciplines te integreren.

vergoedingen in individuele gevallen centraal stelt. Sinds de Beroepsziektewet van 1963 en later voornamelijk de wetswijzigingen van 2006 (cf. titelwijziging; invoering arbeidsgerelateerde ziekten) werden meer inspanningen op het vlak van preventie gedaan. Het is dan ook op deze trend dat de Commissie wenst verder te bouwen. Mede gelet op de preventieve prikkels die kunnen uitgaan van een aansprakelijkheidsregeling, heeft de Commissie ook het 'historische compromis' en het principe van de burgerlijke immuniteit van de werkgever dat er een voornaam aspect van uitmaakt, onderzocht.

De Commissie beoogt in dit rapport voorstellen te formuleren tot hervorming van de beroepsziektewetgeving naar de toekomst toe, zonder het verleden te loochenen en zonder krampachtig vast te houden aan het heden. Administratieve vereenvoudiging betreft een permanent aandachtspunt. Met een vernieuwd, meer op preventie gericht kader kan België een voortrekkersrol vervullen in Europa, waarbij de internationale en Europese wetgeving in acht wordt genomen en verder wordt gegaan dan de regels en minimumaanbevelingen.

2. TITEL EN TOEPASSINGSGEBIED

2.1. TITEL

2.1.1. Voorstel

De huidige titel van de Beroepsziektewet luidt "Wetten van 3 juni 1970 betreffende de preventie van beroepsziekten en de vergoeding van de schade die uit de ziekten voortvloeit". Zoals aangegeven in het historisch overzicht wordt preventie sinds de wetswijziging van 2006 vóór vergoeding vermeld.

Om de door de Commissie voorgestelde volgorde (preventie < re-integratie (herstel) < vergoeding) beter te laten weerspiegelen in de titel, wordt voorgesteld om "vergoeding" te vervangen door "schadeloosstelling" in de Nederlandstalige tekst.

Ook dient verduidelijkt te worden dat preventie betrekking heeft op zowel beroepsziekten als andere arbeidsgerelateerde ziekten en dat (enkel) beroepsziekten voor een vergoeding in aanmerking komen.

De nieuwe titel zou dan luiden: "Wet van … betreffende de preventie van arbeidsgerelateerde ziekten en de schadeloosstelling van beroepsziekten".

2.2. MATERIEEL TOEPASSINGSGEBIED

2.2.1. Arbeidsgerelateerde ziekten

a. Vaststellingen

De categorie arbeidsgerelateerde ziekten werd in 2006 ingevoerd om preventieve acties mogelijk te maken voor ziekten die wel in verband staan met risicodragende beroepsactiviteiten, doch waarbij dit verband onvoldoende sterk is om over een 'echte beroepsziekte' te kunnen spreken. Het begrip arbeidsgerelateerde ziekte werd in de Beroepsziektewet op een zodanige wijze gedefinieerd[46] dat het een aparte categorie zou zijn, duidelijk te onderscheiden van de vergoedbare lijstziekten en beroepsziekten in het open systeem.

In een periode van ruim 10 jaar is enkel lage rugpijn (onder voorwaarden) erkend geworden als een arbeidsgerelateerde ziekte waarvoor een preventieprogramma werd opgezet. De Minister heeft wel het voornemen geuit om in de toekomst ook burn-out als dusdanig te erkennen.

b. Discussie en aanbevelingen

Het uitgangspunt van de absolute prioriteit van preventie vereist volgens de Commissie dat Fedris een algemene, ruime preventiebevoegdheid wordt toegekend (zie *infra* deel 4). In die optiek lijkt het logisch en pertinent om het begrip 'arbeidsgerelateerde ziekten' te herdefiniëren zodat dit voortaan een koepelterm wordt voor alle ziekten die in (een sterk of zwak) verband staan met risicodragende beroepsactiviteiten. Fedris moet voor deze ziekten (op basis van vast te leggen prioriteiten) preventieve acties kunnen ondernemen. De lijstziekten en erkende ziekten in het open systeem dienen opgevat te worden als een subcategorie van de arbeidsgerelateerde ziekten waarvoor naast bepaalde preventieve acties ook vergoedingen worden toegekend.

De Commissie stelt volgende definitie van arbeidsgerelateerde ziekte voor: "een ziekte waarvan de oorzaak (oorzaken) (volgens sommige leden nauw) verband houdt (houden) met de arbeidsomstandigheden, en dit geheel of gedeeltelijk".

2.2.2. Beroepsziekten in het lijstsysteem en in het open systeem

a. Vaststellingen en knelpunten

De regeling van beroepsziekten beoogt naast preventie het schadeloos stellen van schadegevallen die het gevolg zijn van een "beroepsziekte". Een algemeen aanvaarde en eenduidige definitie van wat een beroepsziekte is, bestaat echter

(46) Art. 62*bis* Beroepsziektewet.

niet. Dat is logisch: niet de aard van de ziekte bepaalt of het een beroepsziekte is, wel de relatie tussen de ziekte en de arbeidsvoorwaarden. De huidige wetgeving hanteert – zoals reeds aangegeven – een drieledige typologie. De twee oudste types – nl. lijstziekten en ziekten erkend in het open systeem – worden beschouwd als 'echte beroepsziekten' en zijn individueel vergoedbaar. Opdat het slachtoffer (of zijn rechthebbende) schadeloos gesteld kan worden, volstaat het bestaan van een bepaalde ziekte niet. Er is eveneens een 'blootstelling aan het beroepsrisico' vereist, waarvan de ziekte het gevolg moet zijn. Enkel voor lijstziekten voorziet de regeling in een juridisch vermoeden van het causale verband.

De Commissie stelt vast dat de voorwaarden[47] die toegang tot de regeling verschaffen, thans zeer onduidelijk en bijzonder complex zijn. Dit leidt vaak tot verwarring en werkt dan ook rechtsonzekerheid in de hand.

De Belgische lijst van beroepsziekten, die overigens sterk geënt is op de Europese lijst, is weinig transparant. Het betreft geen lijst van pathologieën, maar is hybride: nu eens wordt de causale agens vermeld, dan weer enkel de ziekte, en sporadisch de ziekte en de agens. De ziekten die wel met hun wetenschappelijke benaming in de lijst worden vermeld, zijn thans vrij zeldzaam geworden.

In het open systeem kan een ziekte als beroepsziekte worden erkend indien deze op 'een determinerende en rechtstreekse wijze het gevolg is van de beroepsuitoefening'. De vereisten inzake het causale verband zijn aldus verschillend al naargelang van het type beroepsziekte. De pathologie moet de ene keer aan een agens of een substantie (bij lijstziekte) worden toegeschreven en de andere keer aan de 'beroepsuitoefening' (bij ziekte die niet op de lijst voorkomt). Het Hof van Cassatie[48] heeft in een arrest van 2 februari 1998 de bewijslast in het open systeem wel aanzienlijk verlicht: de uitoefening van het beroep moet niet de enige of de overwegende oorzaak van de ziekte zijn.

Op te merken valt dat de ziekten/agentia die in de beroepsziektelijst worden vermeld, nooit van psychosociale aard zijn. Ook in het open systeem

(47) Voor een analyse, zie bijv. S. Remouchamps, La preuve en accident du travail et en maladie professionnelle, *TSR*, p. 456 e.v., 2013.

(48) Cass. 2 februari 1998, *JTT*, 409, 1998.

worden psychosociale aandoeningen maar weinig erkend, bijvoorbeeld: het posttraumatische stresssyndroom.

De voorwaarde van blootstelling aan het beroepsrisico is een aanvullende voorwaarde. Men moet met verschillende elementen rekening houden: de blootstelling aan de schadelijke invloed moet inherent zijn aan de beroepsuitoefening en beduidend hoger zijn dan de blootstelling van de bevolking in het algemeen; deze blootstelling moet volgens algemeen aanvaarde inzichten in groepen van blootgestelde personen de overwegende oorzaak van de ziekte vormen.[49] Opnieuw wordt dus een vereiste m.b.t. het oorzakelijk verband geformuleerd (de "overwegende" oorzaak van een ziekte). De regelgever hanteert voor het bepalen van het begrip beroepsrisico een aantal niet gedefinieerde criteria (zoals "blootstelling van de bevolking in het algemeen", "de algemeen aanvaarde medische inzichten", "groepen van blootgestelde personen") die ingewikkeld en moeilijk te combineren zijn. Voor de slachtoffers brengt dit met zich mee dat zij het bewijs moeten leveren van elementen die voor hen niet toegankelijk zijn. Voor bepaalde lijstziekten geldt een weerlegbaar vermoeden van blootstelling aan het risico bij tewerkstelling in bepaalde bedrijfstakken, beroepen of categorieën van ondernemingen waardoor de bewijslast voor het slachtoffer wegvalt.[50] Aangezien de in dit koninklijk besluit vervatte werkzaamheden bijna uitsluitend van industriële aard zijn en in de praktijk meer en meer verdwijnen of verminderen, geldt dit vermoeden in werkelijkheid slechts voor een beperkte groep personen.

b. Discussie en aanbevelingen

1. Begrip beroepsziekte

Het begrip 'beroepsziekte' omvat twee aspecten: de ziekte en het causale verband ervan met de arbeidsvoorwaarden.

De ziekte

Elke ziekte zou aanvaard moeten kunnen worden, ongeacht of het een nieuwe dan wel een verergering van een bestaande ziekte is. Vele aandoeningen zijn eerder verergerd dan veroorzaakt door de arbeidsvoorwaarden (bijvoorbeeld: chronische bronchitis).

(49) Art. 32, tweede lid Beroepsziektewet.

(50) Art. 32, vierde lid Beroepsziektewet; KB 6 februari 2007, *BS* 27 februari 2007.

Het "werk" dat in aanmerking genomen wordt

Er is geen reden om zich te beperken tot enkel de beroepsbezigheid zelf (in de zin van bewegingen, handelingen, posities, gebruikte stoffen of fabricageprocedures). De ontwikkeling van de welzijns- en preventiewetgeving leert ons dat er aanzienlijk meer risicobronnen zijn. Risico's kunnen ook voortvloeien uit alle organisatorische aspecten van het werk. Er moet volgens de Commissie rekening worden gehouden met arbeidsomstandigheden in de ruime zin: niet enkel de beroepsbezigheid zelf, maar ook alle materiële en immateriële aspecten van het werk (natuurlijk, technisch en menselijk arbeidsmilieu).

De aard van het verband dat de samenhang tussen de ziekte en de arbeidsomstandigheden bepaalt

Enkele leden van de Commissie bepleiten de toepassing van de *equivalentietheorie* (theorie van gelijkwaardige voorwaarden) in de regeling van beroepsziekten. Volgens deze theorie is er sprake van een oorzakelijk verband wanneer de pathologie zonder de factor (hier de arbeidsomstandigheden) niet zou bestaan zoals ze is vastgesteld. De equivalentietheorie wordt in België in diverse rechtstakken toegepast. Ze wordt ook toegepast in de regeling m.b.t. arbeidsongevallen. Ingevolge deze wetgeving worden niet de arbeidsomstandigheden in de ruime zin onderzocht, maar enkel de plotse gebeurtenis (iets dat gebeurd is op het werk, een in tijd en ruimte lokaliseerbare gebeurtenis, een inspanning die van voldoende korte duur is). Deze plotse gebeurtenis hoeft niet abnormaal of specifiek voor het werk te zijn. Zodra bewezen is dat de schade (het letsel) zonder de plotse gebeurtenis niet op dezelfde wijze tot uiting gekomen zou zijn, is er een oorzakelijk verband. Dit verband kan dus gedeeltelijk of zelfs miniem zijn. Bovendien is er een (weerlegbaar) vermoeden van oorzakelijk verband, zodat de bewijslast voor het slachtoffer wegvalt. Voorstanders van de toepassing van de equivalentietheorie menen dat de verschillen tussen arbeidsongevallen en beroepsziekten geen aanleiding mogen geven tot een verschil in de notie oorzakelijk verband. De toepassing van dezelfde theorie waarborgt de samenhang binnen het beroepsrisico.

Dit standpunt kan echter door de meerderheid van de leden van de Commissie niet worden bijgetreden. De zuivere toepassing van de equivalentieleer waarbij elke factor even belangrijk is, leidt in een risicoverzekering tot zeer onrechtvaardige gevolgen. Voor de vergoeding van arbeidsongevallen is dit nog min of meer aanvaardbaar, gezien de aanwezigheid van een plotse gebeurtenis die de band met het werk (tijdens en door het feit van de uitvoering van

de arbeidsovereenkomst) markeert. Inzake beroepsziekten – waar men ver in het verleden kan teruggaan en waar men thans vooral te maken heeft met aspecifieke ziekten – is dit echter de doos van Pandora. De verschillen in beide regelingen rechtvaardigen m.a.w. dat voor arbeidsongevallen de equivalentietheorie wordt toegepast en voor beroepsziekten niet. Opdat de professionele oorsprong weerhouden zou worden, mag evenwel niet vereist worden dat de arbeidsomstandigheden de enige of de overwegende oorzaak van de ziekte zijn, doch dat ze een van de belangrijke oorzaken zijn.

2. Een bijzonder probleem: psychische aandoeningen zoals burn-out

Zoals reeds aangegeven, worden psychische aandoeningen momenteel zelden aangemerkt als vergoedbare beroepsziekte. De laatste jaren wordt het debat vooral gevoerd omtrent het al dan niet erkennen van 'burn-out' in de beroepsziekteregeling.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad (september 2017)[51] definieert burn-out als een multifactorieel proces dat voortvloeit uit een langdurige blootstelling (meer dan 6 maanden) aan voortdurende stress in een arbeidssituatie, een gebrek aan reciprociteit tussen de investering (eis) en wat daartegenover staat (hulpmiddelen) of een gebrek aan evenwicht tussen de verwachtingen en de reële werksituatie, die professionele uitputting (zowel emotioneel, fysiek als psychisch) veroorzaakt: extreme vermoeidheid waarbij de normale rusttijd niet volstaat om te recupereren en die chronisch wordt, het gevoel zijn hulpmiddelen volledig uitgeput te hebben. Deze uitputting kan ook een impact hebben op de controle van de emoties (prikkelbaarheid, woede, huilbuien, enz.) en het cognitieve vermogen (aandacht, geheugen, concentratie), wat dan weer kan leiden tot veranderingen in het gedrag en de attitudes.[52]

(51) https://www.health.belgium.be/nl/advies-9339-burn-out-en-werk.

(52) (a) Mentaal afstand nemen: de persoon distantieert zich en wordt cynisch. Dit is in feite een (ondoeltreffende) coping-methode ten opzichte van de eisen waaraan de persoon niet meer kan voldoen: langzaamaan raakt hij minder betrokken bij zijn werk, investeert hij zich minder en houdt zijn omgeving op afstand of krijgt hij een slecht beeld van de personen met wie hij werkt; deze afstand wordt op zich een probleem. (b) Dat leidt tot een gevoel van professionele onbekwaamheid: verminderde persoonlijke bekwaamheid op het werk, verminderde eigenwaarde, de persoon heeft het gevoel dat hij niet meer efficiënt werkt. Die gemoedstoestand kan voor de werkende bovendien vaak lange tijd onopgemerkt blijven.

De symptomen van burn-out kunnen zowel lichamelijk[53] of cognitief/affectief[54] zijn, als gedragsstoornissen door een veranderde houding tegenover de anderen[55], of een neiging om zich te isoleren, afwezig te zijn wegens ziekte of een vermindering van de prestaties en agressiviteit inhouden.

De oorzaken liggen hoofdzakelijk bij het werk, maar ook individuele kenmerken, zoals demografische variabelen (geslacht, leeftijd, opleidingsniveau), persoonlijke of familiale problemen, dan wel bepaalde persoonlijkheidskenmerken (neuroticisme, 'over-commitment') spelen een rol. Een van de risicofactoren om een burn-out te ontwikkelen is wanneer het werk in het leven van het individu op de eerste plaats staat. Met andere woorden, de betekenis die men aan het werk en de waarde van het werk toekent. Bij de patiënt kunnen er hoge, onvervulde verwachtingen met betrekking tot zijn prestaties en de aard van zijn werk zijn, presenteïsme (ondanks gezondheidsproblemen toch fysiek aanwezig zijn op het werk), constant aan het werk denken, zelfs bij het wakker worden en/of het slapen gaan, terwijl de patiënt door zijn familieleden wordt verweten te veel op te offeren voor zijn werk.

De diagnose is gebaseerd op een klinisch interview gericht op het levensverhaal van de persoon, de beoordeling van zijn of haar professionele carrière, de symptomen en emoties veroorzaakt door de problematische situatie die het proces van lijden op het werk veroorzaakte, de kloof tussen de positie van de persoon vóór de situatie in kwestie en daarna.

De erkenning van burn-out als een vergoedbare beroepsziekte wordt dan ook problematisch geacht omwille van o.m. de invloed van persoonlijkheidskenmerken en van extraprofessionele omgevingsfactoren (zoals de psychosociale belasting in het privéleven). Ook het objectief kunnen vaststellen van de blootstelling aan het beroepsrisico (nl. de psychosociale belasting op het werk), lijkt geen sinecure. Kan de blootstelling bijvoorbeeld betrouwbaar worden gemeten? Vanaf wanneer is er een schadelijke blootstelling

(53) Slaapstoornissen, verminderd energieniveau, neurovegetatieve/functionele klachten, extreme vermoeidheid.

(54) Verminderde motivatie, frustratie, prikkelbaarheid, neerslachtigheid, besluiteloosheid, angstgevoelens, verminderd zelfvertrouwen, concentratieproblemen, gevoelens van verminderde bekwaamheid en controleverlies, geheugenproblemen en verminderd idealisme.

(55) Cynisme, onverschilligheid, afstandelijkheid, onthechting.

e.d.? De Commissie meent dan ook dat voor dergelijke aandoeningen in eerste instantie op preventie – individueel en collectief – moet worden ingezet.

We denken hierbij bijvoorbeeld aan preventiemaatregelen en een tussenkomst in de daarmee verbonden kosten: de kosten voor diagnose en begeleiding en voor individuele ondersteuning van de betrokkene (voor consultaties bij een erkende zorgvertrekker), de kosten van een multidisciplinair overleg over de werkhervatting.[56] Het is dus belangrijk om ook wetgeving over secundaire preventie op te stellen voor de opvang van werknemers die een burn-out dreigen te krijgen. Hierbij betreft het met name het erkennen van burn-out als arbeidsgerelateerde ziekte, het voorstellen van een standaard opvangtraject dat meer bepaald Fedris zal kunnen aanraden en toepassen, en tot slot het vaststellen van het verwachte standaardprofiel van 'burn-outinterveniënten' inzake kwalificaties en ervaring. Deze wetgeving zou idealiter een aanvulling moeten zijn op de welzijnswet, die voornamelijk past in de primaire preventie.

Naast gerichte maatregelen op individueel niveau moeten we op collectief niveau werken door middel van acties van primaire preventie. Deze zijn al in de bestaande wetgeving opgenomen, maar er wordt te weinig gedaan. Dit aspect vereist coördinatie met de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg (FOD WASO), die daarvoor verantwoordelijk is. Een thema als burn-out zou voor veel opleidingen relevant kunnen zijn, onder meer voor de opleiding van de zogenaamde nabijheidsmanagers en 'waakzaam' personeel in het bedrijf (managers en personeelsleden die een soort antennefunctie hebben, die snel signalen oppikken wanneer iets op mentaal en/of fysiek vlak verkeerd gaat en dat doorgeven aan de bevoegde personen) als onderdeel van het invoeren van waakzaamheidsnetwerken (zie ook deel 4.1. Preventie). Daarnaast zou men ook meer gewicht moeten geven aan de aanbevelingen van de arbeidsartsen, aanbevelingen die voortvloeien uit de onderzoeken betreffende het gezondheidstoezicht om de arbeidsomstandigheden aan te passen (secundaire preventie) en een collectieve denkoefening over arbeidsomstandigheden op gang te brengen (primaire preventie). Samengevat moet aangedrongen worden op de toepassing van de reeds bestaande wetgeving, onder meer door de middelen van het toezicht op

(56) In dit kader ontwikkelt Fedris thans in samenwerking met de ULg (Prof. I. Hansez) en de UGent (Prof. L. Braeckman) een pilootproject omtrent een zorgtraject voor werknemers die in een vroeg stadium bedreigd of getroffen worden door een syndroom van professionele uitputting ten gevolge van een psychosociaal risico op het werk. Het traject moet helpen werknemers met burn-out in een vroeg stadium aan het werk te houden of snel opnieuw aan het werk te krijgen.

het welzijn op het werk te versterken om de bedrijven beter te begeleiden bij hun primaire aanpak.

Tot slot meent de Commissie dat de erkenning van burn-out als beroepsziekte in het open systeem niet per definitie kan worden uitgesloten.

3. Aanbevelingen

Behoud van een gemengd systeem

De beroepsziekteregeling moet een lijstsysteem en een open systeem bevatten. In het open systeem zijn bijvoorbeeld aanvragen m.b.t. tendinopathie succesvol geweest. Ze hebben ertoe geleid dat deze aandoening opgenomen werd in de lijst met beroepsziekten. Het open systeem moet volgens de Commissie behouden blijven, op voorwaarde dat het voor alle aandoeningen mogelijk blijft (ook voor aandoeningen van psychosociale aard). Wanneer een ziekte geregeld in het kader van het open systeem erkend wordt, moet men zich afvragen of deze eventueel in de lijst opgenomen kan worden.

Hervorming van de lijst van de beroepsziekten

Om meer transparantie en duidelijkheid in het lijstsysteem te creëren, stelt de Commissie voor om de lijst met beroepsziekten te vervangen door tabellen waarin naast de ziekten ook de activiteiten/taken worden opgenomen die de ziekte kunnen veroorzaken. Wanneer wordt voldaan aan de voorwaarden vervat in de tabel, heeft het slachtoffer het bewijs van de beroepsziekte geleverd. Zodoende zou de aanvullende voorwaarde van blootstelling aan het beroepsrisico[57] verdwijnen (aangezien het verband met het werk in de tabel wordt gelegd). De tabellen zullen op regelmatige tijdstippen moeten worden geactualiseerd. Inspiratie voor deze hervorming kan worden geput uit het Franse stelsel van beroepsziekten.[58] In het algemeen stelsel zijn er op dit ogenblik 114 tabellen[59], die elk het resultaat zijn van uitgebreid wetenschappelijk onderzoek waarin de band tussen bepaalde ziektes en de arbeid werd vastgesteld, alsook van sociale dialoog en onderhandelingen. Elke tabel bestaat uit 3 kolommen. In de eerste wordt de wetenschappelijke benaming van de ziekte vermeld (vaak vergezeld van bepaalde specifieke voorwaarden zoals bepaalde klinische vereisten, preciseringen m.b.t. de wetenschappelijke methode). In de tweede kolom wordt de vereiste blootstellingsduur/tijdsbestek opgenomen. In de

(57) Art. 32 Beroepsziektewet.

(58) Zie o.m. INRS, *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale*, december 2015, www.inrs.fr/mp.

(59) De tabellen zijn opgenomen in Annexe II Code de Sécurité Sociale (CSS).

derde kolom worden de verschillende werkzaamheden/activiteiten opgelijst die de ziekte kunnen veroorzaken. In iets meer dan de helft van de tabellen gaat het om limitatieve lijsten van werkzaamheden. In de andere tabellen gaat het om indicatieve lijsten. Wanneer de voorwaarden van de tabellen vervuld zijn, wordt de ziekte vermoed van professionele oorsprong te zijn[60]. Het betreft een weerlegbaar vermoeden. In de praktijk valt het tegenbewijs echter moeilijk te leveren aangezien dit betekent dat bewezen moet worden dat de ziekte een exclusieve niet-professionele oorsprong heeft. Het Franse systeem heeft tot voordeel dat de beroepsziekten veel preciezer omschreven worden, wat meer rechtszekerheid biedt.

Een nieuw kader voor beroepsziekten buiten de lijst (art. 30bis – open systeem)
De Commissie stelt met name als doel:

- een kader vast te stellen dat rekening kan houden met toekomstige wijzigingen van de arbeidsomstandigheden en de daaruit voortvloeiende ziekten;
- de aangifte van beroepsziekten aan te moedigen;
- te zorgen voor een evenwichtige bewijslast (d.w.z. regels die aangeven wie wat moet bewijzen).

Om deze doelstellingen te bereiken, moeten de huidige regels grondig gewijzigd worden. In het bestaande systeem moet het slachtoffer alles bewijzen, ook de meest complexe aspecten van het beroepsgebonden oorzakelijke verband. Deze worden nog steeds bekeken vanuit een medisch en wetenschappelijk oogpunt, niet vanuit een juridisch oogpunt.

In het voorgestelde kader zouden de erkennings- en vergoedingsvoorwaarden alleen nog in artikel 30*bis* Beroepsziektewet opgenomen zijn. Artikel 32 (blootstelling aan het beroepsrisico)[61] zou bijgevolg opgeheven worden.

Gezien zijn formulering heeft artikel 32 overigens weinig zin voor ziekten die niet op de lijst staan. Het is "op maat gesneden" voor de ziekten op de lijst[62], d.w.z. goed onderzochte ziekten waarvan het beroepsgebonden oorzakelijk

(60) Art. L461-1 CSS.

(61) Telt niet meer mee voor de ziekten op de lijst, gezien de aanbeveling om de lijst om te vormen tot tabellen. Zou ook verdwijnen voor ziekten die niet op de lijst voorkomen, waarvoor het criterium van beroepsgebonden oorzakelijk verband in artikel 30*bis* opgenomen zou worden.

(62) Wat trouwens bevestigd wordt door de voorbereidende werkzaamheden voor de wet van 2006, die enkel de ziekten op de lijst vermeldt.

verband reeds vaststaat (of waarvoor in ieder geval gegevens beschikbaar zijn) (cf. criteria van "algemeen aanvaarde medische inzichten" waarvoor een uitspraak gedaan werd over de "overwegende" oorzaak van de ziekte in de "groepen van blootgestelde personen"). Bovendien maakt de bestaande voorwaarde van blootstelling aan het risico het niet mogelijk meervoudige blootstellingen te bepalen. Tot slot houdt zij geen rekening met de individuele aspecten (de realiteit van het werk van het individu, de persoonlijke invloeden) ("individualisering").

In het voorgestelde kader zou er een ziekte buiten de lijst moeten zijn wanneer schadelijke factoren waaraan de persoon in zijn werkomgeving is blootgesteld, een van de bepalende oorzaken is van (de verergering van) de ziekte.

De nieuwe regeling (begrip en bewijslast) zou er als volgt uitzien:

A. Het slachtoffer moet twee elementen aantonen:
1. de ziekte waarvoor het een schadevergoeding vraagt;
   - net als in de huidige regeling kan elke aandoening (pathologie) ingeroepen worden;
2. de blootstelling aan een of meer schadelijke factoren als gevolg van de arbeidsomstandigheden;
   - het begrip "arbeidsomstandigheden" drukt een zo breed mogelijk onderzoekskader uit, dat niet alleen de eigenlijke beroepstaken en -activiteiten omvat, maar ook alle organisatorische, relationele en andere aspecten van het werk. Het gekozen kader is dus vergelijkbaar met het preventiekader (cf. de bepalingen inzake psychosociale risico's, die alle – materiële en immateriële – aspecten van het werk bestrijken). Het kader zou dus ook vergelijkbaar zijn met dat van de subtak arbeidsongevallen ("het feit van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst", een begrip dat ruim en duidelijk geïnterpreteerd wordt);
   - schadelijke factoren zijn alle agentia en situaties die het gevolg zijn van de arbeidsomstandigheden (zoals hierboven gedefinieerd) die van invloed kunnen zijn op de gezondheid en de ontwikkeling of verergering van de ziekte die de werknemer specifiek inroept;
     - er hoeft niet aangetoond te worden dat de arbeidsomstandigheden de oorzaak van (de verergering van) de ziekte zijn. Enkel de mogelijkheid moet aangetoond worden;

- het begrip schadelijkheid wijst op een mogelijkheid, een gevaar. De factoren moeten beschouwd kunnen worden als factoren die (de verergering van) de ziekte kunnen beïnvloeden.

B. Zodra dit aangetoond is, moet de ziekte erkend en vergoed worden, tenzij Fedris het tegendeel bewijst. Op die manier wordt een mechanisme van weerlegbaar vermoeden ingevoerd van de oorzaak van (de verergering van) de ziekte.
C. Fedris zou het vermoeden kunnen weerleggen (vereiste om de vergoeding te weigeren) door aan te tonen dat de arbeidsomstandigheden (de schadelijke factor(en) (of een combinatie ervan)) geen bepalende oorzaak van (de verergering van) de ziekte is. Het zou dus niet volstaan te bewijzen dat de ziekte door iets anders veroorzaakt wordt. Zodoende wordt het uitgangspunt in de tak van het beroepsrisico gerespecteerd: uitsluiting van één oorzakelijk verband.

Het systeem moet aangevuld worden op het vlak van de aanvraag en behandeling. De formulieren voor aangifte van beroepsziekten moeten aangepast worden. Om een verband te leggen met de preventie-instrumenten zou ook voorzien moeten worden in een mechanisme waarmee de werknemer de werkgever(s) (d.w.z. bij wie de genoemde schadelijke factoren bestonden) om de risicoanalyses en preventieplannen kan vragen waarvan gebruik gemaakt werd tijdens zijn tewerkstelling.

2.3. PERSONEEL TOEPASSINGSGEBIED

2.3.1. Vaststellingen en knelpunten

De beroepsziektewet heeft slechts betrekking op een deel van de arbeidsbevolking, nl. op werknemers en een beperkte categorie van hiermee gelijkgestelde personen.[63] De zelfstandigen vallen bijvoorbeeld niet onder het toepassingsgebied. In een context van toegenomen en nog steeds toenemende zelfstandige arbeid (vaak in sectoren met een hoog risico) en tal van nieuwe arbeidsvormen leidt dit tot een "afkalvende sociale bescherming".

De Commissie stelt immers vast dat er op de hedendaagse arbeidsmarkt een tewerkstellingssegment bestaat waarin arbeid wordt gepresteerd in opdracht/

(63) Zie art. 2 Beroepsziektewet.

in een op ondergeschiktheid gelijkend verband zonder dat er een "klassieke arbeidsovereenkomst" ondertekend is tussen de contractspartijen.

Het betreft onder meer (nieuwe) vormen van zelfstandige arbeid, vaak onder de noemer van "freelancer" geklasseerd. Deze ontstaan onder andere door zogenaamde disruptieve technologische toepassingen en/of door recente economische ontwikkelingen. Gezien het recent karakter is het nog te vroeg om te bepalen of het om conjuncturele (uitgelokt door de economische crisis) dan wel structurele ontwikkelingen gaat.

Het kan gaan om heel verschillende opdrachten en soorten werk, toegepast in heel verschillende sectoren. Er kan een onderscheid gemaakt worden tussen vraag- en aanbodgestuurde freelancing of verzelfstandiging. In het ene geval wordt tewerkstelling die traditioneel via een arbeidsovereenkomst uitgevoerd werd – al dan niet terecht – verzelfstandigd op initiatief van de werkgever. In het andere geval is het de aanbieder van arbeid die zelf verkiest om zijn of haar arbeid niet meer via een arbeidsovereenkomst aan te bieden. Dat kan uiteraard een dynamisch proces zijn. Enkele voorbeelden zijn: samenwerkingsverbanden tussen meerdere zelfstandigen in de bouwsector, groeperingen van zelfstandige thuisverpleegkundigen, zelfstandige slachters in slachthuizen, …

Het recent karakter en het ontbreken van een specifiek juridisch statuut maakt het moeilijk om het reële effect van deze statuten in te schatten. Tussen 2008 en 2016 steeg het aantal zelfstandigen (20-64 jaar) zonder personeel van 376.300 naar 427.600. Dat is een toename met 13,63%.[64]

2.3.2. Aanbeveling

De Commissie meent dat preventie van arbeidsgerelateerde ziekten zou moeten gelden voor iedereen die werkt, ongeacht zijn statuut of type contract. Vertrekkende vanuit de eerder aangehaalde "preventie eerst"-gedachte is dit ook vanzelfsprekend. Het personele toepassingsgebied van de beroepsziektewet moet aldus worden herdacht.

Vooreerst kan een uitbreiding naar (bepaalde) zelfstandigen worden bepleit, hetzij op vrijwillige basis, hetzij op verplichte basis. Omwille van de financiële haalbaarheid zou gewerkt kunnen worden in etappes waarbij eerst de meest

(64) G. Valenduc, *Les travailleurs indépendant économiquement dépendant*, 14, juli 2017.

beschermingsbehoeftigen aan bod komen (bijvoorbeeld: economisch afhankelijke zelfstandigen) en in eerste instantie slechts voor bepaalde prestaties (bijvoorbeeld: enkel preventieve).[65]

Omwille van administratieve vereenvoudiging bepleit de Commissie ook een harmonisatie tussen de beroepsziekteregeling in de private en publieke sector.

Ook illegale arbeid moet van de beschermingsregeling genieten: het dient te volstaan dat de betrokkene het feitelijke bewijs van zijn tewerkstelling levert.

3. AANSPRAKELIJKHEID

3.1. VASTSTELLINGEN EN KNELPUNTEN

3.1.1. Het principe van de burgerlijke immuniteit bij professionele risico's

Het "historische compromis" van de Arbeidsongevallenwet van 1903 – overgenomen in de Beroepsziektewet van 1927 – omvat een uitzondering op de regels van de burgerlijke aansprakelijkheid. Het steunt op 3 pijlers:

- de objectieve aansprakelijkheid van de werkgever voor het veroorzaakte professionele risico;
- de forfaitaire (aanvankelijk halve) vergoeding voor de slachtoffers, gebaseerd op het begrip economisch verlies;
- de burgerlijke immuniteit van de werkgever.

Concreet betekent dit dat het slachtoffer (of zijn rechthebbende) in ruil voor een zekere, maar beperkte vergoeding en een lichtere bewijslast in principe geen burgerlijke vordering meer kan instellen tegen de werkgever, zijn lasthebbers en zijn aangestelden, zelfs al kan hij bewijzen dat zij het arbeidsongeval of de beroepsziekte door hun fout of nalatigheid hebben veroorzaakt.[66]

Over een periode van ruim 100 jaar zijn de uitgangspunten van het historisch compromis grondig aangepast. De forfaitaire vergoeding werd opgetrokken; er werden (meer) uitzonderingen op de immuniteit ingeschreven.

(65) Zie in deze zin bijv. A. Van Regenmortel, Voedingsstof voor debat, p. 2, www.fmp-fbz.fgov.be.

(66) Art. 46, §1 Arbeidsongevallenwet, art. 51, §1 Beroepsziektewet en art. 14, §1 Arbeidsongevallenwet Overheidspersoneel.

In de beroepsziekteregeling blijft de rechtsvordering inzake burgerlijke aansprakelijkheid mogelijk tegen het ondernemingshoofd wanneer hij de beroepsziekte opzettelijk heeft veroorzaakt. Sinds 1963 wordt met opzettelijke fout gelijkgesteld het geval waarin de werkgever de werknemers aan het beroepsziekterisico heeft blijven blootstellen nadat de inspectie hem schriftelijk had gewezen op het gevaar waaraan hij zijn werknemers blootstelt door zich niet te schikken naar "de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake arbeidsveiligheid en -hygiëne"[67]. Het vorderingsrecht blijft eveneens mogelijk tegen de werklieden of aangestelden van de werkgever die de beroepsziekte opzettelijk hebben veroorzaakt. Deze uitzonderingen worden in de praktijk bijna nooit ingeroepen.[68] De immuniteit van de werkgever, zijn werklieden of aangestelden is aldus *quasi* absoluut. Verklaringen hiervoor worden onder meer gezocht in het feit dat de beroepsziektewetgeving over het algemeen maar weinig gekend is alsook in het gebrek aan een schriftelijke ingebrekestelling vanwege de inspectie. Bovendien mag niet uit het oog worden verloren dat het slachtoffer die de fout kan bewijzen, ook het oorzakelijk verband met de schade moet aantonen. Voor de erkenning als beroepsziekte (lijstsysteem) is dat niet nodig.

3.1.2. Kritiek op de immuniteitsregels

De Commissie stelt vast dat de immuniteitsregels bij professionele risico's de laatste jaren meer en meer in vraag worden gesteld. De argumenten hebben voornamelijk betrekking op bepaalde discriminaties die het systeem in het leven zou roepen alsook op het negatieve effect dat de immuniteit zou hebben op preventie van beroepsziekten (en arbeidsongevallen).

a. Gelijke behandeling

In de huidige maatschappelijke en juridische context waarin slachtoffers op vele vlakken een steeds betere bescherming krijgen[69], wordt vaak betoogd dat het onaanvaardbaar is dat slachtoffers van beroepsziekten (en arbeidsongevallen) van de mogelijkheid op een integrale schadevergoeding verstoken blijven zelfs indien zij de fout van de werkgever kunnen bewijzen. De benadering vanuit

(67) Art. 51, §1, 1° Beroepsziektewet.

(68) Zie hierover bijv. A. Van Regenmortel en V. Vervliet, Aansprakelijkheid van de werkgever, zijn lasthebbers en/of aangestelden voor ongevallen en ziekten binnen het bedrijf, in R. Janvier, A. Van Regenmortel en V. Vervliet, *Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht 8,* Brugge, die Keure, 166-167, 2003.

(69) Bijv. de automatische vergoeding van de schade van zwakke weggebruikers en het Asbestfonds.

het gelijkheidsperspectief heeft ertoe geleid dat reeds verschillende prejudiciële vragen over artikel 46 Arbeidsongevallenwet en artikel 14 Arbeidsongevallenwet Overheidspersoneel werden gesteld aan het Grondwettelijk Hof (voorheen Arbitragehof). Over artikel 51 Beroepsziektewet zijn er geen uitspraken. Hoewel m.b.t. bepaalde deelaspecten van de immuniteitsregeling tot een schending van het gelijkheidsbeginsel werd besloten (zie verder), moet worden vastgesteld dat het principe van de burgerlijke immuniteit zelf door het Grondwettelijk Hof nooit ongrondwettig werd bevonden. Ter fundering van de immuniteit verwijst het Hof steevast naar twee grondslagen die aan de basis zouden liggen van het systeem en als rechtvaardiging gelden:

- de wil van de wetgever om de sociale vrede en de arbeidsverhoudingen binnen de bedrijven niet te verstoren door het voeren van processen tussen werknemer en werkgever, diens aangestelden of lasthebbers, over hun mogelijke aansprakelijkheid voor een arbeidsongeval of beroepsziekte (argument van de sociale vrede);
- de wil van de wetgever om de financiële last niet te verzwaren die de werkgever draagt voor de (verzekeringspremies voor de) vergoedingen die automatisch verschuldigd zijn bij arbeidsongeval of beroepsziekte (financieringsargument).[70]

In bepaalde rechtsleer[71] wordt evenwel gewezen op situaties waarin de immuniteit van de werkgever niet speelt en waarin de sociale vrede eveneens in het gedrang komt en de financiële last op de schouders van de werkgever blijft rusten (o.a. bij de burgerrechtelijke vordering van een werknemer die slachtoffer is van een arbeidswegongeval of van een verkeersongeval).

Zoals aangegeven, kan de immuniteit van de werkgever worden doorbroken in geval van een tekortkoming aan de welzijnswetgeving. Deze uitzondering wordt zowel bij beroepsziekten als bij arbeidsongevallen voorzien, doch op een verschillende wijze geformuleerd. In de arbeidsongevallenwetgeving zijn de voorwaarden nog strikter en meer in detail omschreven.[72] Zo moet het gaan om een 'zwaarwichtige' overtreding van de welzijnswetgeving en is er

(70) V. Vervliet en K. Reyniers, Grondrechten en de professionele risico's. Burgerlijke aansprakelijkheid en immuniteit in het licht van het gelijkheidsbeginsel, in A. Van Regenmortel en H. Verschueren, *Grondrechten en sociale zekerheid*, Brugge, die Keure, 2016.

(71) E. De Simone en M. Pétré, De burgerrechtelijke sanctionering: immuun aan verandering?, *Soc. Kron.*, 521-522, 2011.

(72) Art. 46, §1, 7° Arbeidsongevallenwet.

een schriftelijke ingebrekestelling vanwege de inspectie[73] vereist waarvan de inhoud nauwkeurig wordt bepaald. De inspectie moet de werkgever namelijk (1) hebben gewezen op het gevaar waaraan hij de werknemers blootstelt, (2) hebben medegedeeld welke overtredingen werden vastgesteld, (3) passende maatregelen hebben voorgeschreven, en diende tot voor kort ook (4) te hebben meegedeeld, dat indien hij nalaat deze maatregelen te treffen, de getroffene of diens rechthebbende, bij gebeurlijk ongeval, over de mogelijkheid beschikt een burgerlijke aansprakelijkheidsvordering in te stellen. Bovendien behoudt de werkgever zijn burgerlijke immuniteit als hij bewijst "dat het ongeval *mede* is toe te schrijven aan de niet-naleving door de getroffen werknemer van de hem voorafgaandelijk door de werkgever schriftelijk ter kennis gebrachte veiligheidsinstructies terwijl de nodige veiligheidsmiddelen hem ter beschikking werden gesteld".[74]

De strikte voorwaarden aangaande de ingebrekestelling werden recent in twee zaken voor het Grondwettelijk Hof aangekaart. In de eerste zaak[75] was de werkgever weliswaar schriftelijk in gebreke gesteld door de inspectie, maar werd in het schrijven niet geattendeerd op de mogelijkheid van een burgerlijke aansprakelijkheidsvordering indien de werkgever zou nalaten de opgelegde maatregelen te nemen. Aan het Grondwettelijk Hof werd gevraagd of het (al dan) niet strijdig is met het gelijkheidsbeginsel dat in die situatie het slachtoffer van de mogelijkheid om een burgerlijke aansprakelijkheidsvordering in te stellen tegen de werkgever verstoken blijft, doch dat wel kon doen indien de ingebrekestelling door de inspectie wel had beantwoord aan de vereisten van de Arbeidsongevallenwet. Volgens het Hof kan de wetgever het weliswaar aan de administratie overlaten om te bepalen in welke gevallen de werkgever in gebreke moet worden gesteld en welke maatregelen hij moet nemen om daaraan te verhelpen, maar getuigt het van een verregaand formalisme om te eisen dat in de ingebrekestelling expliciet moet worden vermeld dat het niet uitvoeren van de opgelegde maatregelen zou kunnen leiden tot de opheffing van de burgerlijke immuniteit. Dit voorschrift zou bovendien het risico meebrengen dat de burgerlijke aansprakelijkheidsvordering van het slachtoffer afhankelijk zou worden gemaakt van de beslissing of zelfs de vergetelheid van

(73) Het kan gaan om een proces-verbaal, een pro justitia met vaststelling van overtreding of een schriftelijke ingebrekestelling met verlenen van termijn om zich in regel te stellen.

(74) Art. 46, §1, 7° *in fine* Arbeidsongevallenwet.

(75) GwH 21 mei 2015, nr. 62/2015.

de inspectie om de bewuste vermelding expliciet in de ingebrekestelling op te nemen. Het Hof besluit dan ook dat artikel 46, §1, 7°, d) Arbeidsongevallenwet het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel schendt. Met de Wet van 16 mei 2016 houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken werd de bepaling onder d) dan ook opgeheven. In een arrest van 24 november 2016 bevestigde het Grondwettelijk Hof[76] opnieuw dat voornoemde bepaling zoals van toepassing vóór de opheffing ervan het gelijkheidsbeginsel schendt. Het Hof diende het beroep te onderzoeken aangezien de opheffing van de bepaling slechts voor de toekomst geldt en geen rechtsgevolgen heeft teweeg gebracht voor wat de toepassing van de bepaling in het verleden betreft.

b. Effect op preventie

Van aansprakelijkheidsregelingen wordt aangenomen dat zij onder bepaalde voorwaarden een preventief effect hebben. De dreiging om aansprakelijk te kunnen worden gesteld en daardoor gehouden te zijn tot schadeloosstelling, schrikt de betrokkene vaak af om een schadeveroorzakend gedrag te stellen of zet aan tot het beperken van de risico's. Vanuit die optiek wordt dan ook betoogd dat het afschaffen van de immuniteit of het kunnen doorbreken ervan (d.m.v. uitzonderingen), de werkgever zal aansporen tot (meer) preventie.

3.2. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN

3.2.1. Beperken van de immuniteit of afschaffen?

De meerderheid van de Commissieleden meent dat het principe van de burgerlijke immuniteit behouden kan blijven omwille van de sociale vrede. Wijzigingen in de immuniteitsregels zijn echter noodzakelijk omwille van de gevolgen van de immuniteit voor de preventie. De uitzonderingen dienen dan ook te worden uitgebreid, meer flexibel en minder formalistisch te worden gemaakt.

Enkele leden van de Commissie zijn van oordeel dat de burgerlijke immuniteit bij professionele risico's in de toekomst beter afgeschaft zou worden. In verschillende Europese landen is men hiertoe reeds overgegaan. De grondslagen die het principe van de immuniteit volgens het Grondwettelijk Hof schragen, overtuigen té weinig. Zo moet worden vastgesteld dat thans in bedrijven meer en meer een beroep wordt gedaan op zelfstandige medewerkers

(76) GwH 24 november 2016, nr. 149/2016.

alsook op uitzendkrachten. In tegenstelling tot de eigen werknemers van het bedrijf, kunnen zij wel een burgerlijke vordering instellen. De sociale vrede in de onderneming kan hierdoor eveneens bedreigd worden.

3.2.2. Invoering van de onverschoonbare fout?

Een eerste piste die de Commissie heeft onderzocht, betreft de invoering van het concept van de onverschoonbare fout naar Frans voorbeeld.

In Frankrijk heeft het slachtoffer van een arbeidsongeval of beroepsziekte recht op een bijkomende vergoeding wanneer het ongeval of de ziekte veroorzaakt is door een 'faute inexcusable' van de werkgever of diegene die hem vervangt bij het leiding geven. Het concept laat aldus geen integrale, doch een betere schadevergoeding toe waarbij enerzijds de rente kan worden verhoogd en anderzijds een vergoeding kan worden bekomen voor schadeposten die niet worden vergoed door het wettelijke forfait (zoals bijvoorbeeld morele schade, esthetische schade). De invulling van het concept werd overgelaten aan de rechtspraak. Waar het Franse Hof van Cassatie aanvankelijk strenge voorwaarden oplegde, waardoor het in de praktijk maar weinig toepassing vond, werd de erkenning van een onverschoonbare fout sinds 2002 aanzienlijk eenvoudiger doordat in hoofde van de werkgever een veiligheidsverplichting met het karakter van een resultaatsverbintenis werd vastgesteld.[77] Concreet betekent dit dat de onverschoonbare fout van de werkgever kan worden aanvaard indien het slachtoffer van een arbeidsongeval of beroepsziekte kan bewijzen dat de werkgever kennis had of moest hebben gehad van het gevaar waaraan hij de werknemer heeft blootgesteld, en hij niet de nodige maatregelen heeft genomen om de werknemer tegen dit gevaar te beschermen. De fout hoeft niet meer de determinerende oorzaak te zijn. Het volstaat dat zij heeft bijgedragen tot de schade. Sinds 2015[78] lijkt het Hof deze verregaande veiligheidsverplichting enigszins te milderen. Aangenomen wordt dat de werkgever niet tekortgeschoten is aan zijn veiligheidsplicht als hij kan aantonen dat hij alle nodige maatregelen heeft genomen op het vlak van veiligheid en gezondheid van werknemers.

(77) Bijv. Cass. fr. 28 februari 2002, *Droit Social* 2002, 447, noot A. Lyon-Caen (inzake beroepsziekten) en Cass. fr. (ch.soc.), 11 april 2002, *Le Dalloz* 2002, 2215, noot Y. Saint-Jours (inzake arbeidsongevallen).

(78) Cass. fr. (ch.soc.), 25 november 2015, nr. 14-24444 (Air France).

De Commissie meent dat het concept weliswaar interessant is omwille van de prikkel tot preventie die ervan uitgaat, doch stelt vast dat het niet zonder meer naar de Belgische context getransponeerd kan worden. De onverschoonbare fout is een notie die immers niet bestaat in het Belgische recht. De enige Belgische wet waarin sprake is geweest van onverschoonbare fouten is de Wet van 21 februari 2001 inzake diverse bepalingen betreffende de regeling inzake automatische vergoeding van de schade, geleden door zwakke weggebruikers en passagiers van motorrijtuigen. Die uitzondering hield in dat een voetganger geen vergoeding kreeg van de verplichte autoverzekering wanneer hij door zijn eigen onverschoonbare fout aan de basis lag van een verkeersongeval. In de praktijk leidde deze uitzondering tot heel wat discussie en onzekerheid. Om die reden is de onverschoonbare fout in 2009-2010 in het kader van de Wet op de verplichte autoverzekering, de WAM-wet, opgeheven. De (her)invoering van de onverschoonbare fout zou dan ook aanleiding geven tot onduidelijkheden op juridisch vlak, o.m. wat de begripsinvulling betreft en de gevolgen voor de schadevergoeding. Zo is een vergoedingsregeling met verschillende modaliteiten (al naargelang een onverschoonbare fout wordt erkend of niet) complex en strookt het moeilijk met het uitgangspunt van administratieve vereenvoudiging. Sinds 2003 werden verschillende wetsvoorstellen ingediend die de onverschoonbare fout beoogden in te voeren, evenwel zonder succes.[79] De Commissie is dan ook van oordeel dat de beperking van de immuniteit van een werkgever die zijn veiligheidsverplichtingen niet nakomt, beter d.m.v. een uitzondering wordt gerealiseerd dan via de invoering van de onverschoonbare fout.

3.2.3. Overtreding van de welzijnswetgeving als uitzondering op het principe van immuniteit

Zoals reeds aangegeven, kan overeenkomstig de huidige Beroepsziektewet de immuniteit van een werkgever die de werknemers aan het beroepsziekterisico heeft blijven blootstellen nadat de inspectie hem schriftelijk had gewezen op het gevaar waaraan hij zijn werknemers blootstelt door zich niet te schikken naar de wettelijke en reglementaire bepalingen inzake arbeidsveiligheid en

(79) Bijv. Wetsvoorstel Lizin, 31 maart 2003 tot wijziging van artikel 51 van de gecoördineerde wetten van 3 juni 1970 betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten om de niet-verschoonbare fout erin op te nemen voor gevallen waarin werknemers worden blootgesteld aan asbest, *Parl. St.* Senaat 2002-03, nr. 2-1575; na de ontbinding van de Kamers opnieuw ingediend als Wetsvoorstel Lizin 3 juli 2003 met dezelfde titel, *Parl. St.* Senaat BZ 2003, nr. 3-22; Wetsvoorstel Gerkens, 19 juli 2004 tot wijziging van artikel 51 van de op 3 juni 1970 gecoördineerde wetten betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten, teneinde er het begrip 'onverschoonbare fout' in op te nemen, *Parl. St.* Kamer 2003-04, nr. 1292/001.

-hygiëne, worden doorbroken. Hoewel de voorwaarden voor het inroepen van deze uitzondering soepeler zijn dan bij een gelijkaardige uitzondering die voor arbeidsongevallen geldt, is deze in de praktijk zo goed als dode letter gebleven. De Commissie wijst erop dat het wetsontwerp dat uiteindelijk leidde tot de huidige Beroepsziektewet oorspronkelijk niet voorzag in een voorafgaande waarschuwing vanwege de arbeidsinspectie. Om de immuniteit op te heffen, volstond het dat de werkgever een werknemer aan het beroepsziekterisico blootstelde, terwijl hij tegelijkertijd een zware fout op het terrein van arbeidsveiligheid en -hygiëne beging. Het is pas in de loop van de parlementaire bespreking dat de voorafgaande waarschuwing door de inspectie werd toegevoegd. Op die manier wilde men meer rechtszekerheid aan de werkgevers bieden. Voor de slachtoffers heeft de vereiste van de schriftelijke ingebrekestelling echter tot gevolg dat hun mogelijkheid tot het bekomen van een integrale vergoeding afhankelijk wordt gemaakt van het effectief optreden van de inspectie. De Nationale Arbeidsraad[80] merkte hierover reeds op dat de inspectiediensten klagen over een gebrek aan middelen en weinig gebruik lijken te maken van de procedure die de wetgeving hun biedt. Het kunnen aansprakelijk stellen van een werkgever hangt daardoor eerder af van toeval, wat voor de Commissie onaanvaardbaar is. Er wordt dan ook voorgesteld om dit formele criterium uit de uitzondering te halen. Op het vlak van de terminologie verdient het aanbeveling om de verwijzing naar 'wettelijke en reglementaire bepalingen inzake arbeidsveiligheid en hygiëne' te vervangen door 'wettelijke en reglementaire bepalingen inzake welzijn op het werk'. De huidige terminologie is immers nog gebaseerd op het Algemeen reglement voor de arbeidsbescherming (ARAB) dat decennia lang de voornaamste rechtsbron in deze materie was, maar thans meer en meer is en wordt uitgehold. De Welzijnswet van 4 augustus 1996 en de in juni 2017 verschenen Codex over het Welzijn op het Werk hebben een ruimere draagwijdte, nl. welzijn (m.i.v. psychosociale aspecten) i.p.v. arbeidsveiligheid en -hygiëne. In de Arbeidsongevallenwet wordt hiermee wel reeds rekening gehouden.

3.2.4. Aanbevelingen

Gelet op bovenstaande overwegingen stelt de Commissie voor om de uitzondering op de immuniteit van de werkgever bij beroepsziekten te herformuleren: "de rechtsvordering blijft mogelijk tegen de werkgever die de beroepsziekte heeft veroorzaakt, hetzij opzettelijk, hetzij door zwaarwichtig

(80) NAR Advies nr. 1518, pp. 10-11.

de hem door wettelijke en reglementaire bepalingen inzake welzijn op het werk opgelegde verplichtingen te verwaarlozen".[81] Zodoende wordt in de Beroepsziektewet – net als in de Arbeidsongevallenwet – een inhoudelijk criterium toegevoegd. Een lichte overtreding is niet voldoende, ze moet zwaarwichtig zijn. De uitzondering wordt bovendien niet langer gelijkgesteld met opzet doch – eveneens naar analogie met de Arbeidsongevallenwet – er *naast* geplaatst. Dit is duidelijker.

4. OPBOUW VAN HET SYSTEEM ROND DRIE PIJLERS: PREVENTIE, RE-INTEGRATIE EN VERGOEDING

4.1. PREVENTIE

4.1.1. Begrip

Het begrip preventie wordt al naargelang de discipline en context soms anders ingevuld. Het is daarom van belang om duidelijk aan te geven in welke zin de Commissie het begrip 'preventie' en meer bepaald de onderverdeling in 'primaire, secundaire en tertiaire preventie' gebruikt.

De primaire preventie wordt vaak beschouwd als 'de échte' preventie aangezien ze gericht is op het vermijden van de schade. Het gaat dus *in casu* om maatregelen die tot doel hebben het ontstaan van de arbeidsgerelateerde ziekte te voorkomen.

De secundaire en tertiaire preventie hebben eerder schadebeperking op het oog. Van secundaire preventie is o.m. sprake bij het vroegtijdig opsporen van een ziekte om zo verergering tegen te gaan. Tertiaire preventie heeft betrekking op maatregelen die de negatieve impact trachten te verminderen door o.m. herstel. Re-integratie wordt beschouwd als een vorm van tertiaire preventie. Op te merken valt dat het niet altijd mogelijk is om een duidelijk onderscheid te maken tussen secundaire en tertiaire preventie (bijvoorbeeld bij burn-out). Alle maatregelen hebben invloed op elkaar. De maatregelen op het tweede en derde niveau zullen bovendien maar goed lopen wanneer ook het eerste niveau in de praktijk goed verloopt.

(81) Inspiratie voor deze formulering werd geput uit een (oud) voorstel van de Raad van State. Advies Raad van State bij het wetsontwerp betreffende de schadeloosstelling voor en de voorkoming van beroepsziekten, *Parl. St.* Senaat 1962-63, nr. 237, 62. 'Grovelijk' werd evenwel vervangen door 'zwaarwichtig'.

4.1.2. Vaststellingen en knelpunten

Zoals aangegeven, wordt in de titel van de Beroepsziektewet preventie vóór vergoeding vermeld. Fedris kan op grond van de huidige wet reeds een breed preventiebeleid ontwikkelen.[82] De preventiemaatregelen worden echter nog vaak aan de schadeloosstellingsfunctie gekoppeld. Zo biedt artikel 62 Beroepsziektewet het Beheerscomité de mogelijkheid om kosten van acties ter voorkoming van beroepsziekten ten laste te nemen, op voorwaarde evenwel dat deze geheel of gedeeltelijk door een vermindering van uitgaven van schadevergoeding kunnen worden gecompenseerd.

Om gezondheidsschade te voorkomen en te beperken, is primaire preventie de meest aangewezen manier, vervolgens de secundaire preventie (vroege detectie van gezondheidsschade) en tertiaire (re-integratie). Momenteel wordt niet alleen in de Beroepsziektewet maar ook in de praktijk te weinig aandacht besteed aan primaire preventie. De focus ligt meer op secundaire en tertiaire preventie. Eén en ander heeft te maken met de opvatting dat primaire preventie in eerste instantie behoort tot de bevoegdheid van andere actoren, nl. de werkgever daarin ondersteund door de preventiediensten (cf. welzijnswetgeving). De FOD WASO heeft controle- en inspectiebevoegdheden. Dit neemt echter niet weg dat Fedris zelf ook bepaalde maatregelen van primaire preventie neemt.[83]

Behalve de werkgever, de interne en externe preventiediensten, de FOD WASO en Fedris, spelen ook andere actoren een rol op het vlak van preventie: de sectororganisaties, beroepsfederaties; de syndicale organisaties, de huisartsen, specialisten en andere gezondheidswerkers; de FOD Volksgezondheid; het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en de mutualiteiten; de verzekeraars; het onderwijs, e.a. Het is volgens de Commissie belangrijk dat deze actoren bij hun preventieve acties maximaal ondersteund worden door de beroepsziekteverzekering. Er bestaat dus een grote nood aan coördinatie tussen de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van alle actoren op het vlak van preventie. De Commissie wijst ook op de eigen verantwoordelijkheid van de werknemer om in zijn doen en laten op de arbeidsplaats naar best vermogen zorg te dragen voor zijn eigen veiligheid

(82) Voor een overzicht en analyse, zie bijv. O. Langlet, *La prévention des maladies professionnelles*, Waterloo, Kluwer, pp. 9-64, 2010.

(83) Bijvoorbeeld de maatregelen m.b.t. de inentingen of het verwijderen van bedreigde werknemers uit het schadelijke arbeidsmilieu.

en gezondheid en deze van de andere betrokken personen. Dit werd juridisch verankerd in de Welzijnswet[84] en de Arbeidsovereenkomstenwet[85].

De huidige bijdragen van ondernemingen aan de sector beroepsziekten houden geen rekening met de sectoren die aansprakelijk zijn voor het veroorzaken van deze aandoeningen. Dit leidt tot een uniforme bijdrageregeling, die sinds jaren ongewijzigd is. Uit deze bijdragen volgt dan ook geen enkele motivatie om aan preventie te doen, des te meer omdat, of men nu aan preventie doet of niet, de bijdrage toch dezelfde blijft. Het feit dat de uniforme bijdrage bovendien deel uitmaakt van de globale socialezekerheidsbijdrage maakt tevens dat zeer weinig ondernemingen zich er zelfs maar van bewust zijn dat ze bijdragen aan het verzekeringsstelsel van de beroepsziekten.

4.1.3. Discussie en aanbevelingen

a. Primaire preventie

1. Collectieve risicopreventie en sensibilisering tijdens de initiële opleiding

Elke werkgever moet in zijn onderneming of instelling een beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk uitbouwen (Wet Welzijn 4 augustus 1996). Dit beleid heeft tot doel arbeidsongevallen en beroepsziekten te voorkomen en bij te dragen tot een betere afstemming van de mens op zijn taak enerzijds en de aanpassing van het werk aan de mens anderzijds. Hiertoe zal elke werkgever de preventiemaatregelen die in zijn onderneming of instelling van toepassing moeten zijn, moeten bepalen via een dynamisch risicobeheersingssysteem, gebaseerd op het principe van de risicoanalyse. De eerste doelstelling van de risicoanalyse is de identificatie van de gevaren en van de personen die eraan worden blootgesteld. De risicoanalyse moet betrekking hebben op alle domeinen van het welzijn op het werk: gezondheid, veiligheid, ergonomie, arbeidshygiëne, psychosociale aspecten, … Hoewel er talloze methodes bestaan om de risicoanalyse uit te voeren, is er geen enkele verplichting om een methode boven een andere te gebruiken, maar inspraak en participatief overleg zijn belangrijk, alsook een multidisciplinaire en globale aanpak. De risicoanalyse blijkt ingewikkeld en moeilijk voor de actoren in de ondernemingen die niet over de nodige informatie of opleiding beschikken.

(84) Art. 6, eerste lid Welzijnswet.

(85) Art. 17, 4° Arbeidsovereenkomstenwet.

De wetgeving over welzijn op het werk legt de nadruk op collectieve preventie, waarbij de primaire aanpak de voorkeur geniet. Zij bestaat uit een reeks acties die zijn gepland en ontwikkeld om de oorzaken van arbeidsongevallen/beroepsziekten/arbeidsgerelateerde ziekten weg te nemen of aan te pakken, en gericht zijn op relatief grote groepen werknemers binnen de organisatie en op een vrij uniforme manier. Om psychosociale risico's op primair niveau te voorkomen, omvatten deze acties onder meer een rechtvaardigere verdeling van de werklast[86], veranderingen in werkprocedures[87], een duidelijke omschrijving van de doelstellingen voor iedereen[88], uitbreiding van de professionele middelen zoals autonomie, sociale steun voor leidinggevenden en collega's en deelname aan de besluitvorming[89] of de verbetering van het beleid ter bevordering van het evenwicht tussen werk en privéleven[90].

Om dit niveau van preventie te bereiken, dient tussen de werkgever en de werknemer een doeltreffende communicatie plaats te vinden over de risico's en de te nemen maatregelen. Preventieadviseurs kunnen helpen bij de analyse, beoordeling en preventie van bedrijfsspecifieke risico's en ervoor zorgen dat iedereen op de werkplek wordt opgeleid en geïnformeerd. Andere factoren die preventie bevorderen en een risicobeperkend effect hebben zijn: de betrokkenheid van de werkgever en de participatie van werknemers in het beleid inzake welzijn op het werk, sociale steun tussen collega's en vanwege de leidinggevende, maar ook de managementstijl en de werkorganisatie in de ruimste zin van het woord.

Voorafgaand aan dit alles zijn bewustwording en kennis van risico's op het werk belangrijk voor een effectief preventiebeleid. Onderwijs en opleiding dragen in een langetermijnperspectief bij aan de verbetering van de kennis: zij kunnen reeds in het basisonderwijs beginnen en worden voortgezet, met name in het beroepsonderwijs, zodat (toekomstige) werknemers zich vanaf het begin bewust zijn van beroepsrisico's en bewust worden gemaakt van de manier waarop zij gezondheidsschade kunnen voorkomen[91]. Speelse sessies rond werk (respect op het werk en welzijn op het werk), zoals wat er

(86) Quintard, 2006.

(87) Awa et al., 2010.

(88) Bonnet en Dureuil, 2011; Truchot, 2004.

(89) Awa et al., 2010.

(90) Carod-Artal en Vazquez-Cabrera, 2013.

(91) Onderwijs is een bevoegdheid van de gemeenschappen.

wordt gedaan voor alcoholpreventie of seksuele opvoeding, kunnen worden ontwikkeld en aangeboden in basisscholen en verdiept in middelbare scholen. Samenwerking met de schoolgezondheidszorg kan toegevoegde waarde opleveren. Bewustmaking over welzijn op het werk en specifieke opleiding in soft skills (bijvoorbeeld: communicatie, collectief teammanagement, onderhandeling) kunnen in het hoger onderwijs worden voortgezet, met name voor toekomstige leidinggevenden. Ten slotte kunnen pedagogische tools ook op de werkplek worden aangeboden in het kader van permanente bijscholing voor leidinggevenden. In dit opzicht bieden praktijkgemeenschappen van leidinggevenden een forum om goede praktijken uit te wisselen en kunnen deze in een longitudinaal proces worden geïmplementeerd binnen bedrijven of tussen bedrijven onderling. Het gaat om een vorm van co-constructie, gebaseerd op een analyse van probleemsituaties en moeilijkheden binnen de organisatie, om te komen tot een globale reflectie over het werk en de realiteit van de managementfunctie.[92]

2. Premiedifferentiatie

De werkgeversbijdrage dient van het bestaan van risico's en preventiemaatregelen af te hangen. Voor een risicosector zou de bijdrage (tijdelijk) moeten worden verhoogd en zouden preventiemaatregelen moeten worden ondersteund door de overheid. Als na enkele jaren het aantal arbeidsgerelateerde ziekten daalt, dan zou ook de bijdrage dalen. Een vergelijkbare aanpak zou kunnen worden gevolgd voor de eliminatie van bepaalde blootstellingen die ten gronde liggen aan ziekten met een relatief lange latentieperiode, zoals kankerverwekkende stoffen.

De differentiatie dient per sector te gebeuren (en niet per individuele werkgever aangezien arbeidsgerelateerde ziekten onder andere door de vaak lange latentietijd vaak niet aan één specifieke werkgever toe te wijzen zijn). De collectieve aanpak wordt hierdoor belangrijker en ook de sociale partners kunnen worden betrokken. Het is van groot belang dat de toeslag die de risicosector betaalt, aangewend wordt voor ondersteunende preventiemaatregelen in die sector.

(92) http://www.emploi.belgique.be/moduleDefault.aspx?id=45073.

De Commissie merkt op dat er reeds good practices bestaan van sectorinitiatieven op het vlak van preventie (bv. guide de qualité voor de sector van de kapsalons).

3. Ondersteuning

Fedris moet op het vlak van primaire preventie een belangrijke stimulerende en ondersteunende rol spelen.

Concreet kan dit bijvoorbeeld door kosten-batenanalyses te (laten) doen om de opbrengst van preventie aan te tonen en de boodschap te verspreiden; verzamelen, verwerken en analyseren van gegevens m.b.t. arbeidsgerelateerde en beroepsziekten om hieruit problemen en tendensen te detecteren waarvoor gerichte campagnes, studieprojecten e.d. kunnen worden opgezet.

Een interessant voorbeeld op het vlak van detectie van nieuwe beroepsrisico's is volgens de Commissie het project SIGNAAL o.l.v. prof. Lode Godderis.[93] Bedoeling van dit project is om na te gaan of een gestructureerdere opsporing van mogelijke nieuwe risico's via meldingen door arbeidsartsen meer inzicht geeft voor de preventie.

Ten einde werkgevers en werknemers te kunnen ondersteunen in hun inspanningen omtrent primaire preventie, wil de Commissie benadrukken dat het belangrijk is om te investeren in de ontwikkeling en uitbouw van een kennisinfrastructuur ter zake. Het preventief uitschakelen van risico's vereist naast de "klassieke" competenties, in de context van een veranderende arbeidswereld, ook specifieke kennis omtrent de relatie tussen arbeidsorganisatorische opties enerzijds en risico's anderzijds. Competenties inzake redesign van de arbeidsorganisatie en het ontwikkelen van een bijhorend veranderingsproces zijn daartoe essentieel. Om deze noodzakelijke voorwaarde te kunnen garanderen, moeten opleidingsprogramma's ter zake opgezet worden. Deze programma's kunnen zowel bedoeld zijn voor werkgevers, werknemers als voor zogenaamde intermediairen. Om de kwaliteit van deze opleiding(en) te kunnen borgen, is de Commissie van oordeel dat de uitbouw van dergelijke opleidingsprogramma's gepaard moet gaan met het opzetten van een certificeringsstructuur of het inbedden van deze programma's in bestaande certificeringsstructuren.

(93) https://www.signaal.info/content/over-ons.

b. Secundaire preventie

1. Vroege detectie van gezondheidsschade

Vroegtijdige detectie van arbeidsgerelateerde ziekten is niet alleen essentieel voor de schadeloosstelling (vergoeding) maar ook voor het voeren van een preventief beleid (generiek door overheid en lokaal door werkgever).

Het gaat in de eerste plaats om de rol van de preventieactoren van interne en externe diensten voor preventie en bescherming op het werk: preventieadviseurs, arbeidsartsen, arbeidshygiënisten, ergonomen. Ook andere actoren zoals behandelende geneesheren en specialisten dienen aandacht te hebben voor de toekomstige professionele activiteiten.

Daartoe is meer opleiding nodig over de relatie tussen arbeid, ziekte en gezondheid in het medisch basiscurriculum en in de verdere professionele bijscholing.[94] Een betere communicatie is ook nodig tussen de verschillende artsen, gezondheidswerkers en instellingen i.v.m. beroepsrisico's, diagnose, behandeling.

2. Rol van Fedris in secundaire preventieprogramma's

De rol van Fedris hierbij zou zijn om meer secundaire preventieprogramma's op te stellen, zoals voor de preventie van lagerugpijn en burn-out. Fedris zou met name kunnen bijdragen aan sectorale initiatieven in takken waar preventie momenteel weinig systematisch is. In samenwerking met andere instellingen (met name de paritaire comités) zou Fedris kunnen helpen de problemen te identificeren en preventieve oplossingen in welbepaalde sectoren te verspreiden (bijvoorbeeld door preventieprogramma's uit te werken).

Enerzijds maakt de verhoogde en nog steeds gemutualiseerde bijdrage het mogelijk om de nodige middelen voor dit doel te verstrekken en anderzijds worden door deze aanpak de oplossingen beschikbaar gemaakt voor alle bedrijven in de sector.

(94) Onderwijs betreft een gemeenschapsbevoegdheid.

3. Het voortgezet gezondheidstoezicht

De verlenging van het voortgezet gezondheidstoezicht na afloop van de blootstellingsperiode maakt deel uit van het preventiebeleid. Het koninklijk besluit van 28 mei 2003 (thans Boek I, Titel 4 Codex over het welzijn op het werk) bepaalt dat dit gezondheidstoezicht kan worden verzekerd door Fedris voor werknemers die de onderneming hebben verlaten waar de blootstelling zich heeft voorgedaan. Dit voortgezet gezondheidstoezicht is ook vereist op grond van de nieuwe communautaire richtlijn tot herziening van Richtlijn 2004/37/EG betreffende de bescherming van werknemers tegen carcinogene agentia, die in de loop van 2018 moet worden omgezet.

Voortgezet gezondheidstoezicht kan van belang zijn voor beroepsgebonden blootstellingen met gezondheidseffecten die gekenmerkt worden door relatief lange latentieperioden, zoals bij de meeste beroepskankers het geval is. Voor zover het gaat om mensen die aan een bepaald risico zijn blootgesteld, is het duidelijk doelgerichter dan een algemeen beleid van vroegtijdige opsporing in de volksgezondheid. Vanuit individueel oogpunt kan vroegtijdige opsporing voor bepaalde ziekten de prognose van de ziekte verbeteren. In andere gevallen kan de vroegtijdige opsporing, ook al heeft ze geen aantoonbaar effect, bijdragen aan de autonomie van patiënten bij het nemen van beslissingen over hun levenskeuzes.

Wanneer de vroegtijdige opsporing leidt tot de herkenning van een beroepsziekte, helpt zij ook om middelen beschikbaar te stellen voor patiënten en hun rechthebbenden (ook wanneer geen screening gebeurt). Vanuit collectief perspectief kan voortgezet gezondheidstoezicht bijdragen aan de zichtbaarheid van gezondheidsproblemen op het werk. Wanneer de resulterende gegevens systematisch worden geanalyseerd (in het bijzonder door de individuele medische gegevens te combineren met informatie over activiteiten en blootstellingsniveaus), levert het nuttige kennis op voor een beter preventiebeleid.

Tot op heden heeft het Fonds voor Beroepsziekten (thans Fedris) een programma van voortgezet gezondheidstoezicht uitgevoerd voor werknemers die aan houtstof blootgesteld worden (KB van 11 september 2013). Dit programma is bedoeld om vroegtijdige detectie van neusholtekanker mogelijk te maken. In andere Europese landen zijn vergelijkbare programma's opgezet voor werknemers die zijn blootgesteld aan andere carcinogene agentia (met inbegrip van asbest). De Commissie beveelt Fedris aan te overwegen deze programma's voor voortgezet gezondheidstoezicht te ontwikkelen.

c. Tertiaire preventie

Re-integratie wordt beschouwd als een vorm van tertiaire preventie. Het wordt onder 2) afzonderlijk belicht.

d. Coördinatie en samenwerking

De Commissie meent dat Fedris als expertisecentrum voor preventie op basis van de gegevens en informatie waarover ze (kunnen) beschikken (zie ook deel V), "alarmsignalen" m.b.t. gezondheidsrisico's die verband houden met het werk, zou moeten doorgeven aan het niveau dat bevoegd is om ter zake beslissingen te nemen.

4.2. RE-INTEGRATIE

Recent werd een nieuwe regeling uitgewerkt inzake re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers ten gevolge van ziekte of ongeval van gemeen recht. Hierbij wordt niet alleen ingezet op de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers in de onderneming[95], doch wordt ook voorzien in een traject van re-integratie op de arbeidsmarkt in het algemeen[96]. Het nieuwe artikel 34 Arbeidsovereenkomstenwet voorziet daarnaast in de mogelijkheid van beëindiging van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht nadat het re-integratietraject van de werknemer die het overeengekomen werk in de betrokken onderneming definitief niet kan uitoefenen, is beëindigd.

Aangezien deze regeling pas eind 2016 tot stand kwam en dus nog maar een korte periode wordt toegepast, meent de Commissie voorzichtig te moeten zijn in het evalueren en trekken van conclusies. Ze stelt niettemin toch enkele algemene principes voor m.b.t. personen getroffen of bedreigd door beroepsziekten.

(95) KB 28 oktober 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 mei 2003 betreffende het gezondheidstoezicht op de werknemers wat de re-integratie van arbeidsongeschikte werknemers betreft, *BS* 24 november 2016.

(96) KB 8 november 2016 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de sociaalprofessionele re-integratie betreft, *BS* 24 november 2016.

De Commissie is van oordeel dat voor de re-integratie na een beroepsziekte bij voorkeur eenzelfde/gelijkaardig systeem moet worden voorzien. Het is immers onlogisch om voor de beroepsziektesector een afzonderlijk stelsel te ontwikkelen. De toegang tot het re-integratietraject zou moeten worden uitgebreid tot werknemers bij wie de ziekte nog niet werd vastgesteld, maar die erdoor bedreigd zijn.

Enkele leden van de Commissie achten het niet wenselijk om de beëindiging van de arbeidsovereenkomst door medische overmacht mogelijk te maken omwille van het negatieve effect dat het heeft op preventie. In de wetgeving wordt er immers van uitgegaan dat, in geval van definitieve ongeschiktheid, de arbeidsovereenkomst onmiddellijk zou kunnen worden beëindigd en dit zonder vergoeding omdat deze ongeschiktheid een geval van overmacht zou zijn.[97] Dergelijke oplossing lijkt in strijd met de wetgeving inzake discriminatie op het gebied van gezondheid en handicap en met de rechtspraak van het Europees Hof van Justitie ter zake.[98] Vanuit medisch oogpunt kan blijkbaar moeilijk worden beweerd dat een persoon getroffen door een aandoening als definitief arbeidsongeschikt zou worden beschouwd, behalve in geval van onomkeerbare ziekten in een terminale fase.

De Commissie is daarnaast van oordeel dat de re-integratie niet mag leiden tot loonverlies. Desgevallend zou dit door Fedris gecompenseerd moeten worden.

Om alle betrokken partijen te kunnen ondersteunen bij de re-integratie-inspanningen is ook de uitbouw van het onder primaire preventie beschreven opleidings- en certificeringsprogramma, van essentieel belang.

(97) Volgens de eerste statistieken opgemaakt door de externe preventiediensten zou ongeveer 70% van de re-integratieprocedures aanleiding geven tot de verklaring van een definitieve ongeschiktheid. Hierbij dient echter opgemerkt te worden dat een groot deel van de verklaring hiervoor te vinden is in het feit dat ongeveer 60% van de aanvragen van een re-integratietraject uitgaat van werknemers zelf, die in vele gevallen het hervatten van hun job niet meer zien zitten.

(98) Cf. met name C.J.U.E., 11 april 2013, HK Danmark (C-335/11 en C-337/11) en 1 december 2016, C-395/15 (DAOUIDI c/BOOTES PLUS SL E.A).

4.3. VERGOEDING

4.3.1. Vaststellingen en knelpunten

Het uitgangspunt van de Beroepsziektewet van 1927 (en ook van de Arbeidsongevallenwet van 1903) was duidelijk. Er werd een risicoaansprakelijkheid ingesteld waarbij een fout in principe geen rol meer speelt. Het slachtoffer krijgt, in ruil voor een lichtere bewijsvoering met verschillende vermoedens van causaliteit, in elk geval (oorspronkelijk de helft van) de theoretische loonschade vergoed. Door de invoering van de burgerlijke immuniteit van de werkgever was een eventuele volledige schadevergoeding niet meer mogelijk.

Daarbij werd uitdrukkelijk gesteld dat enkel en alleen de aantasting aan het verdienvermogen in aanmerking kwam voor vergoeding. De schadevergoeding was forfaitair, nl. een percentage van het basisloon. Het onderscheid tussen tijdelijke en blijvende arbeidsongeschiktheid uit de arbeidsongevallenwet werd in de beroepsziektewet behouden maar versoepeld.

Dit was een compromis dat tegemoet kwam aan de toenmalige verwachtingen van de sociale partners en in principe kan worden behouden. Anderzijds moet ook rekening worden gehouden met een sterk gewijzigde situatie. Niet alleen het landschap van de beroepsziekten is grondig gewijzigd, maar ook het profiel van de beschermde doelgroep en niet in het minst de arbeidsmarkt en het inkomen uit arbeid zelf.

Alle beroepsziekten zijn zeer sterk evoluerende ziekten geworden, niet alleen door de aard van de ziekten zelf, maar ook door de evolutie in de geneeskunde. Daarbij komt dat de meeste slachtoffers door meerdere ziekten/c.q. functiestoornissen – al dan niet bij meerdere organen en lichaamsfuncties – getroffen worden. Bovendien zijn bijna alle beroepsziekten multicausaal en is er een explosie van psychosociale aandoeningen. Ten slotte komen de slachtoffers terecht op een steeds sneller evoluerende en moeilijk te voorspellen arbeidsmarkt.

Het resultaat is dat – in tegenstelling tot een eeuw geleden – niemand nog in staat is om het te verwachten loonverlies van een slachtoffer te voorspellen. Het is dan ook begrijpelijk dat men in de praktijk bijna steeds is afgegleden naar een vergoeding van fysieke letsels i.p.v. economische schade. Daarbij komt dat vele vergoedingen worden uitbetaald na de normale pensioenleeftijd waar nog moeilijk van “arbeidsongeschiktheid” kan worden gesproken.

Het resultaat is ontegensprekelijk dat sommige slachtoffers te veel en andere te weinig ontvangen en dat er geen relatie meer is met het concrete loonverlies. De vergoedingen voor arbeidsongeschiktheid zijn niet alleen forfaitair, ze staan zelfs helemaal los van de realiteit.

De Commissie is van oordeel dat met deze evoluties hoe dan ook rekening moet worden gehouden.

4.3.2. Aanbevelingen

De Commissie is er vast van overtuigd dat, wanneer consequent en efficiënt wordt ingezet op de preventie van arbeidsgerelateerde ziekten, het aantal vergoedbare beroepsziekten aanzienlijk moet en zal verminderen. Natuurlijk zal een ideale situatie zonder schadegevallen nooit worden bereikt en zal ook niet elk slachtoffer (geheel of gedeeltelijk) geïntegreerd kunnen worden in een nieuwe arbeidssituatie. Vergoedingen zullen dus steeds nodig blijven, ook al beschouwt de Commissie deze laatste vorm van schadeloosstelling eigenlijk een beetje als een mislukking van een totaalbeleid. Schade die niet kan worden hersteld moet echter sowieso financieel worden gecompenseerd. Bij het bepalen van het type van vergoeding(en) dient volgens de Commissie een evenwicht te worden gezocht tussen een compensatie die enerzijds hoog genoeg is om de echte schade te dekken en anderzijds niet zodanig aantrekkelijk is dat preventie wordt tegengewerkt en in het bijzonder dat de kans op re-integratie zou worden verminderd.

In het kader van een administratieve vereenvoudiging en transparantie pleit de Commissie er voor om de vergoedingen voor het loonverlies van het slachtoffer (de arbeidsongeschiktheid) te aligneren op het algemene stelsel van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en deze te laten uitbetalen door de mutualiteiten en het RIZIV. In de visie van de Commissie is Fedris immers geen uitbetalingsorgaan maar op de eerste plaats een expertisecentrum voor preventie.

Gezien de professionele oorzakelijkheid zou de vergoeding voor arbeidsongeschiktheid bij erkende beroepsziekten bv. 10 of 20% hoger moeten zijn dan voor de “klassieke” arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Op die manier komt men niet alleen tegemoet aan een algemeen rechtsgevoel, maar behoudt men de historische optiek van een hogere vergoeding in geval van professioneel risico.

De Commissie maakt van de gelegenheid gebruik om – zeker in het geval van het professionele risico – te pleiten voor een modernere definitie van het begrip arbeidsongeschiktheid in onze wetgeving. De huidige, bijna 150 jaar oude Bismarck-definitie, is gebaseerd op een (theoretische) loonvergelijking en is volledig voorbijgestreefd wanneer men vertrekt vanuit de primauteit van de preventie. Vandaag is arbeidsongeschikt degene die om zijn of haar (of andermans) ernstig bedreigde gezondheid te beschermen of te herstellen, geheel of gedeeltelijk niet in staat is om een passende arbeid op zich te nemen.

Vele leden pleiten voor een grondige wijziging van het huidige systeem van de blijvende arbeidsongeschiktheid om tegemoet te kunnen komen aan de hoger vermelde maatschappelijke en sociaal-economische evoluties. Ze pleiten ervoor om boven/c.q. naast de (verhoogde) arbeidsongeschiktheidsuitkering die het verlies aan beroepsinkomen compenseert, een vergoeding toe te kennen voor de gezondheidsschade die door de beroepsziekte wordt veroorzaakt. Een dergelijke (wijzigbare) morele schadevergoeding voor het verlies aan levenskwaliteit zou de huidige blijvende arbeidsongeschiktheidsvergoeding moeten vervangen en dus ook uitbetaald worden tot het levenseinde. Voor het vaststellen van deze forfaitaire morele schadevergoeding zou kunnen teruggegrepen worden naar barema's of klassen zoals dit het geval is voor de vergoedingen voor personen met een handicap. Er zal moeten gekeken worden naar analoge stelsels in eigen land en in het buitenland om een systeem in te voeren voor een adequate schatting van het verlies aan levenskwaliteit.

Het huidige onderscheid tussen tijdelijke en blijvende enerzijds en tussen volledige en gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid anderzijds zou in deze optiek een heel andere juridische dimensie krijgen. In de plaats komt een uitkering voor het geleden loonverlies en een morele schadevergoeding voor de aantasting aan de gezondheid en het welzijn van de werknemer. Personen die pas op latere leeftijd een beroepsziekte ontwikkelen hebben in principe geen loonverlies meer. Vanuit het oogpunt van non-discriminatie van deeltijdse werknemers en werknemers met een gedeeltelijke loopbaan (in de praktijk vooral vrouwen) stelt de Commissie voor om deze categorieën gelijk te stellen met voltijdse werknemers. De aard van de morele schadevergoeding is immers van een totaal andere orde dan het loonverlies. Ze heeft tot doel de aantasting van de levenskwaliteit en de verschillende gevolgen van schade aan de gezondheid te vergoeden.

Andere leden van de Commissie zijn van oordeel dat een dergelijke ingreep te veel onzekerheden bevat en geen financiële waarborgen geeft aan de

slachtoffers van beroepsziekten. Ze betwijfelen of een dergelijk voorstel strookt met de internationale overeenkomsten inzake professioneel risico waartoe België gebonden is en vragen dan ook grondiger overleg en studie ter zake. Ze pleiten dan ook voor het voorlopig behouden van het huidige stelsel van vergoedingen.

Ook betreffende de kosten voor gezondheidszorgen pleit de Commissie voor vereenvoudiging. Terugbetalingen (of voorschotten) zouden best gebeuren door de organen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. Slachtoffers van erkende beroepsziekten moeten wel automatisch in het hoogste terugbetalingssysteem terechtkomen. Ook kosten voor revalidatie moeten worden vergoed. Het is immers de bedoeling dat aandacht wordt besteed aan het zo spoedig mogelijk herstellen van de gezondheid om een economische re-integratie mogelijk te maken.

De Commissie ziet geen redenen om de vergoedingen aan nabestaanden te wijzigen.

5. ADMINISTRATIEVE EN ORGANISATORISCHE ASPECTEN

5.1. ROL VAN FEDRIS

Binnen de Commissie is er een consensus over het feit dat Fedris inzake beroepsziekten een cruciale en prioritaire rol moet spelen op het vlak van preventie en geen uitbetalingsorgaan meer hoeft te zijn. De administratie moet in haar structuur de reflectie zijn van de te volgen beleidslijn inzake beroepsziekten: eerst preventie, dan re-integratie en vervolgens de vergoedingen. De Commissie is ook van oordeel dat van de voorgestelde hervorming gebruik moet worden gemaakt om zoveel mogelijk te streven naar een administratieve vereenvoudiging en een transparante verhouding met de bedrijven en alle personen die onder het toepassingsgebied van de wetgeving vallen. Dit betekent dat Fedris op de eerste plaats een multidisciplinair expertisecentrum en een onderzoeksinstituut moet worden inzake preventie van gezondheidsrisico's op het werk. Daarbij moeten studies, acties en projecten worden opgezet in samenwerking met het werkveld. Een uitbreiding van de huidige "arbeidsgerelateerde ziekten" tot andere risico's en andere sectoren kan daarbij een goede invalshoek zijn. Zo zou in beheersovereenkomsten of preventieplannen kunnen worden vastgelegd aan welke sector(en) Fedris in een vastgelegde periode (bijvoorbeeld: 5 jaar) prioritaire aandacht zal besteden op het vlak van preventie. Samenwerkingen met andere onderzoeksinstellingen in

binnen- en buitenland zijn daarbij vanzelfsprekend. Een belangrijke taak van Fedris blijft uiteraard te beslissen wie en in welke mate slachtoffer is van een beroepsziekte en daarbij onmiddellijk mee te werken aan programma's van re-integratie. Ondanks de mogelijke onvolkomenheden van de recente procedures van re-integratie pleit de Commissie ervoor om geen nieuwe programma's uit te werken maar aan te sluiten bij de bestaande procedures. Wel kan Fedris bijzondere steun en begeleiding geven voor de slachtoffers die binnen haar doelgroep vallen. Voor de toepassing van de derde stap in de schadeloosstelling van slachtoffers is de Commissie van oordeel dat de uitbetaling aan de rechthebbende best gebeurt door de organen van de ziekteverzekering, teneinde op die manier een vereenvoudiging in de administratie te bewerkstelligen.

5.2. VERZAMELING EN VERWERKING VAN GEGEVENS

Bij de start van de Commissie werd "een databank met de blootstelling van de werknemers tijdens heel hun loopbaan" vooropgesteld als een van de te bespreken aspecten. De Commissie herdoopte dit onderwerp tot "verzameling en verwerking van gegevens", enerzijds omdat dit een ruimere omschrijving is, anderzijds omdat de benaming "database" reeds te bepalend en te beperkend was als doelstelling.

Het uitgangspunt is dat Fedris een rol kan en moet spelen in de preventie van beroepsziekten door het verzamelen, verwerken en analyseren van gegevens met betrekking tot arbeidsgerelateerde ziekten, waaronder ook de beroepsziekten (en ook arbeidsongevallen). De evolutie van de arbeidsrisico's in België zal waarschijnlijk niet veel verschillen van deze in andere landen met hetzelfde niveau van sociale en economische ontwikkeling. Netwerking zou belangrijke samenwerkingsverbanden tot stand kunnen brengen met soortgelijke instellingen in andere Europese landen.

Het verzamelen en verwerken van gegevens is dus geen doel op zich, maar heeft een duidelijk achterliggend doel: bijdragen tot de preventie van arbeidsgerelateerde ziekten. Cijfermateriaal en gegevens moeten dus meer gevaloriseerd worden, in plaats van enkel in administratieve rapporten gegoten te worden. Dit kan onder andere door:

- het zo snel mogelijk detecteren en signaleren van tendensen aan het netwerk van multiplicatoren die op het terrein actief zijn (interne en externe diensten voor preventie en bescherming op het werk, inspectiediensten, sectorfederaties, sociale partners, …);

- informatie (zoals in welke sectoren komen bepaalde risico's en/of beroepsziekten het meest voor, enz.) te gebruiken om (preventie)campagnes en studieprojecten die gevoerd worden vanuit Fedris te plannen, op te starten en aan te sturen. Op die manier kan gericht actie gevoerd worden op vlakken waar het meest te winnen valt.

5.2.1. Vaststellingen en knelpunten

Vandaag levert Fedris jaarlijks een statistisch verslag af met heel wat gegevens over de aanvragen, aangiftes en vergoeding van beroepsziekten. Alhoewel het nuttig is om dit soort informatie op te volgen, en deze ook bepaalde evoluties zichtbaar kan maken, gaat het hier grotendeels over "lagging" informatie, dus informatie die maar beschikbaar komt als de beroepsziekte zich reeds gemanifesteerd heeft. Rekening houdend met de vaak lange tijd tussen blootstelling en beroepsziekte zijn deze gegevens ook wel bruikbaar vanuit preventief oogpunt, maar dit is niet optimaal. Immers, op basis van deze gegevens preventieve acties opstarten, zal dan maar na langere tijd effect hebben en zichtbaar worden in de cijfers. Het verdient dan ook de aanbeveling te bekijken of, en op welke manier, ook deze bestaande gegevens optimaler geëxploiteerd kunnen worden en kunnen bijdragen aan de preventie en/of sensibilisatie rond arbeidsgerelateerde ziekten. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan meer uitgebreide rapportering naar sectoren toe.

Verder is er in essentie dus nood aan het verzamelen van "leading" informatie en gegevens die toelaten zo snel mogelijk preventieve acties te nemen en zo arbeidsgerelateerde ziekten te voorkomen.

Ten slotte is ook het kunnen bekomen van gestructureerde en objectieve informatie over de loopbaan van een individu en de risico's waaraan hij/zij blootgesteld werd een te ontwikkelen aspect. Deze gegevens zijn immers nuttig/noodzakelijk bij de beoordeling van een aanvraag tot erkenning van een arbeidsgerelateerde ziekte en dit wordt in toenemende mate complexer omdat loopbanen ook complexer worden.

Dit laatste type gegevens wordt vaak "blootstellingsgegevens" genoemd en er wordt van uitgegaan dat deze informatie beschikbaar is in de databanken van departementen en afdelingen medisch toezicht van de interne en externe diensten voor preventie en bescherming.

De Commissie stelt echter vast dat de vlag hier niet de lading dekt: de gegevens per werknemer waarover de preventiediensten beschikken zijn zelden

"echte" blootstellingsgegevens (in de zin van: gekende duur en niveau van de blootstelling), maar risicocodes toegekend om het gezondheidstoezicht aan te sturen. In zeldzame gevallen is het mogelijk dat meetresultaten van omgevingsmetingen gekoppeld zijn aan individuele werknemers, en resultaten van biomonitoring zijn wellicht in hogere mate beschikbaar. De beschikbaarheid van deze informatie zal echter afhangen van (interne/externe) dienst tot dienst, en het is belangrijk om te beseffen dat vandaag de dag deze informatie (nog) niet beschikbaar is voor historische gegevens (2-3-4 decennia terug in de tijd). Dit zal uiteraard in positieve zin evolueren naar de toekomst toe. Ten slotte dient vastgesteld te worden dat er eigenlijk geen uniforme standaardcodering in gebruik is.

5.2.2. Aanbevelingen

Zoals reeds aangegeven blijft het verzamelen van gegevens op nationaal niveau nodig en nuttig om tendensen op te volgen en (snel) nieuwe en/of opkomende risico's te detecteren. Deze informatie kan dan gebruikt worden om preventieve acties en studies uit te voeren, om het systeem aan te passen, te verfijnen en actueel te houden en om te rapporteren.

De Commissie denkt hiervoor niet aan een enorme database van gegevens van individuele werknemers die permanent bijgewerkt moet worden, met alle bijhorende complexiteit, maar eerder aan een database van een op regelmatige tijdstippen (bijvoorbeeld: jaarlijks) verzamelde set gestructureerde gegevens. Het longitudinaal vergelijken van dergelijke sets moet perfect toelaten tendensen en evoluties te detecteren. Welke gegevens verzameld kunnen worden, met welke periodiciteit, hoe deze geanalyseerd kunnen worden, enz. dient verder bekeken te worden. Het verdient aanbeveling dit van bij de start te doen in nauw overleg met de authentieke bronnen, zijnde de preventiediensten. In deze context is het wellicht niet noodzakelijk dat dit nominatieve gegevens dienen te zijn, maar kan wellicht een set gegevens gedefinieerd worden waarbij noch het bedrijf noch de werknemer nominatief gekend moeten zijn.

De Commissie adviseert ook om, in overleg met alle betrokken partijen, zo snel mogelijk werk te maken van een standaardisatie van de registratie van de gewenste gegevens.

Het tweede luik van gegevensverzameling betreft het verzamelen van gegevens over de loopbaan van 1 individu, om het individuele dossier van deze werknemer te kunnen beoordelen of om het voortgezette gezondheidstoezicht te kunnen organiseren.

Ondanks de mogelijkheden van de hedendaagse informatie- en communicatietechnologie (ICT), zoals datawarehousing, statistische analysetechnieken voor "big data", enz. zijn er toch een aantal redenen die maken dat het opstarten van een datawarehouse met gegevens van individuele werknemers niet de meest aangewezen optie lijkt.

Als redenen achter deze visie kunnen aangehaald worden: de massa gegevens die verzameld zou worden ten opzichte van het relatief beperkte aantal arbeidsgerelateerde ziekten (dus voor "als ze ooit nodig is"), het feit dat de werknemerspopulatie hyperdynamisch, het feit dat dergelijke database niet noodzakelijk is om evoluties en tendensen op langere termijn te detecteren (zie hoger) en het feit dat de brondatabases ook geen, of slechts in beperkte mate, echte blootstellingsgegevens bevatten (zie hoger).

Toch stelt de Commissie voor om verder na te denken over het ontwikkelen van een systeem dat toelaat, op het moment dat het nodig is, op een eenvoudige, gestructureerde en snelle manier gegevens over de loopbaan van een individuele werknemer te verzamelen uit alle relevante bronnen, zodat op dat ogenblik een zo volledig mogelijk beeld op de loopbaan van de werknemer kan gevormd worden. Of dit al dan niet noodzakelijk zal zijn kan echter afhangen van hoe het volledige toekomstige systeem van aangifte, aanvraag en vergoeding van arbeidsgerelateerde ziekten en beroepsziekten vorm gegeven wordt.

De set gegevens die zo opgevraagd zou kunnen worden dient, uiteraard eveneens in overleg met alle betrokken partijen, vastgelegd te worden en ook hier is standaardisatie van de registratie van gegevens aan de orde. Het past tevens om een reeds eerder gemaakte bemerking hier te herhalen: deze informatie is meestal niet beschikbaar voor historische gegevens, in die zin dat informatie van 2-3-4 decennia geleden momenteel (nog) niet digitaal beschikbaar is.

In dit kader kan ten slotte verwezen worden naar een project waar de externe diensten sinds 2014 samen aan werken onder de werknaam "SEED". Dit project heeft als doelstelling de databases van de externe diensten te ontsluiten. Het systeem is in essentie een "vraag-antwoord"-systeem, en zal het mogelijk maken dat externe partijen via het platform een op voorhand afgesproken vraag kunnen stellen aan alle externe diensten samen. Vervolgens worden dan alle beschikbare en nodige gegevens verzameld en krijgt de vraagsteller een gestructureerd antwoord.

5.2.3. Nevenaspecten

Zoals toegelicht werd, zijn er op individueel werknemersniveau vandaag niet echt blootstellingsgegevens beschikbaar. Er zijn wel heel wat afgeleide blootstellingsgegevens beschikbaar (biomonitoring) en ook heel wat resultaten van luchtmetingen.

Het is de moeite waard te bestuderen wat er nodig is om het mogelijk te maken gegevens van omgevingsmetingen en van biomonitoring centraal te verzamelen en te analyseren, zodat deze informatie ook geëxploiteerd kan worden (op sectorniveau bijvoorbeeld, of op functie, werkpost, enz.). Dergelijke gegevensset kan dan ook preventieve toepassingen mogelijk maken, zoals, op basis van een aantal parameters van het werk, voorspellen wat de blootstelling ongeveer zal zijn. Er zijn voorbeelden van dergelijke "expertsystemen" in het buitenland (Colchic, EASE, trillingsdatabase, enz.).

Ook het verder ontwikkelen van en werken met "job exposure matrices" kan een hulpmiddel zijn om blootstelling in te schatten. Het draagt bij tot standaardisatie van de blootstellingsgegevens.

Ten slotte wordt geadviseerd te bestuderen of er mogelijkheden bestaan tot het opstarten en/of verbeteren van integratie en communicatie met andere bestaande systemen en kanalen. Als voorbeeld: het kankerregister. Bij registratie in dit systeem zou de behandelende arts een vragenlijst gestuurd kunnen worden met werkgerelateerde vragen, info over beroepsziekten, enz. om op die manier de behandelende arts te stimuleren om te onderzoeken of er al dan niet een link is met de werkomstandigheden of de beroepsloopbaan van zijn patiënt. Ook andere artsengroepen zouden op vergelijkbare manier pro-actief benaderd kunnen worden, bijvoorbeeld vanuit de mutualiteiten en gebaseerd op een nauwere samenwerking tussen Fedris en de mutualiteiten.

5.3. PROCEDURE

5.3.1. Aanbevelingen

a. Consolidatie van het principe van aangifte van de beroepsziekten of van ziekten waarvan het beroep als oorzaak wordt vermoed

Iedere preventieadviseur-arbeidsgeneeskunde die een aandoening vaststelt waarvan hij denkt dat ze aan arbeidsomstandigheden kan worden toegeschreven, moet thans daarvan aangifte doen. In de praktijk blijft het jaarlijks aantal aangiften zeer laag en de aangegeven ziekten zijn vaak enkel degene die op de lijst voorkomen. Het is blijkbaar belangrijk dit alarmsysteem

door middel van een aangifte veel doeltreffender te maken door zowel de arbeidsartsen als de andere gezondheidsactoren (algemene geneeskundigen, artsen-specialisten, adviserend geneesheren van de ziekenfondsen, enz.) ertoe aan te zetten daarop een beroep te doen. Fedris zou een belangrijke rol kunnen spelen door informatie te verspreiden over een aantal "signaalziekten" en over de arbeidsomstandigheden waarmee rekening moet worden gehouden, om uit te maken of ze kunnen worden toegeschreven aan het werk. Uit de ervaring in verschillende Europese landen blijkt dat een ruimere samenwerking tussen arbeidsartsen en andere artsen bijdraagt tot betere preventie en tot een vermindering van het aantal niet-aangegeven beroepsziekten.

b. Elektronische aangiftes/aanvragen

Via de website van Fedris moet de mogelijkheid worden geboden tot het elektronisch indienen van aangiftes/aanvragen. Het systeem zou zodanig moeten worden opgezet dat indieners onmiddellijk worden verwittigd wanneer bepaalde delen ontbreken. Hierdoor kan vermeden worden dat aanvragen moeten worden teruggestuurd omdat er gegevens ontbreken. Het betreft dus ook een aspect van administratieve vereenvoudiging.

5.3.2. Andere mogelijke aandachtspunten

a. De formulieren voor de aangifte van beroepsziekten moeten worden herzien. Voor de huidige ziekten uit de lijst, om de nuttige elementen te kunnen aangeven voor de beoordeling van de voorwaarden van de toekomstige tabellen. Voor de ziekten buiten de lijst, om inzicht te kunnen geven in de elementen die van de werknemer worden gevraagd (met vermelding van diegene die Fedris nodig heeft om het vermoeden om te keren).
b. Het administratief onderzoek moet volledig zijn en, overeenkomstig de verplichtingen van het Handvest van de sociaal verzekerde en de beginselen van behoorlijk bestuur, moet de nodige informatie voor de correcte toepassing van de wet worden ingezameld. Het feit dat de werknemer (een deel van) de bewijslast draagt, heeft geen invloed op het zorgvuldig onderzoek van de aanvragen.

   Er zou nog kunnen nagedacht worden over een actieve onderzoeksprocedure door de goede praktijken in de andere landen te bestuderen (cf. de Eurogip-studies).
c. De werknemer moet van zijn werkgever(s) de gegevens m.b.t. de preventiemiddelen van de onderneming (risicoanalyse, preventieplannen) kunnen bekomen.

d. De verplichting voor Fedris om zijn beslissingen correct te motiveren – inzonderheid voor de weigeringsbeslissingen. Het is belangrijk dat alle elementen waarmee rekening werd gehouden in de beslissing, voldoende duidelijk worden vermeld. De betrokken werknemer moet ook op aanvraag toegang kunnen hebben tot het administratieve dossier.

SLOTBESCHOUWINGEN

Bij het beëindigen van haar werkzaamheden spreekt de Commissie uitdrukkelijk de hoop uit dat haar aanbevelingen op korte termijn zullen leiden naar een wetgevend initiatief. Ze is zich er daarbij van bewust dat sommige punten nog verder moeten worden verduidelijkt en ook worden getoetst bij verschillende actoren in het werkveld. De Commissie vond het ook spijtig dat er te weinig tijd beschikbaar was voor een grondigere evaluatie van enkele buitenlandse voorbeelden.

Niet in het minst moeten daarbij de financiële gevolgen van haar voorstellen van dichtbij worden bekeken. Op dit laatste punt was er binnen de Commissie te weinig expertise aanwezig en bleef er spijtig genoeg geen tijd beschikbaar voor externe bevraging.

De Commissie is ervan overtuigd dat de sector van de beroepsziekten, net zoals in het verleden dikwijls het geval is geweest, een innovatieve rol kan spelen binnen het geheel van de sociale zekerheid.

INHOUDSTAFEL

COMMISSIE TOT HERVORMING VAN DE BEROEPSZIEKTEN 21STE EEUW. EINDVERSLAG

WOORD VOORAF 303

1. INLEIDING EN UITGANGSPUNTEN 304
1.1. OPDRACHT VAN DE COMMISSIE . . . 304
1.2. ONTSTAAN VAN DE WETTELIJKE REGELING INZAKE BEROEPSZIEKTEN EN KRACHTLIJNEN VAN DE VERDERE EVOLUTIE . . . 304
1.3. NOOD AAN HERVORMING VAN HET SYSTEEM EN FUNDAMENTELE PRINCIPES HIERBIJ . . . 311

2. TITEL EN TOEPASSINGSGEBIED 314
2.1. TITEL . . . 314
2.2. MATERIEEL TOEPASSINGSGEBIED . . . 315
2.3. PERSONEEL TOEPASSINGSGEBIED . . . 325

3. AANSPRAKELIJKHEID 327
3.1. VASTSTELLINGEN EN KNELPUNTEN . . . 327
3.2. DISCUSSIE EN AANBEVELINGEN . . . 331

4. OPBOUW VAN HET SYSTEEM ROND DRIE PIJLERS: PREVENTIE, RE-INTEGRATIE EN VERGOEDING 335
4.1. PREVENTIE . . . 335
4.2. RE-INTEGRATIE . . . 343
4.3. VERGOEDING . . . 345

5. ADMINISTRATIEVE EN ORGANISATORISCHE ASPECTEN 348
5.1. ROL VAN FEDRIS . . . 348
5.2. VERZAMELING EN VERWERKING VAN GEGEVENS . . . 349
5.3. PROCEDURE . . . 353

SLOTBESCHOUWINGEN 355