

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
WERKGELEGENHEID, ARBEID EN
SOCIAAL OVERLEG

Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het werk

Aanvullend advies over het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van verschillende koninklijke besluiten vastgesteld in uitvoering van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, wat de frequentie van het gezondheidstoezicht betreft (D191ter).

I. CONTEXT

Bij brief van 6 juli 2016 van de Minister van Werk, Kris Peeters, werd de Hoge Raad uitgenodigd zijn advies te formuleren binnen de twee maanden betreffende het ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van verschillende koninklijke besluiten vastgesteld in uitvoering van de wet van 4 augustus 1996 betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk, wat de frequentie van het gezondheidstoezicht betreft (hierna OKB frequentie genoemd).

Op 21 oktober 2016 heeft de Hoge Raad een unaniem negatief advies over dit OKB frequentie gegeven.

In zijn advies nr.198 van 21 oktober 2016 heeft de Hoge Raad zich geëngageerd om op zeer korte termijn over te gaan tot een verdere reflectie over de rol van arbeidsgeneesheren en andere preventiedeskundigen in het kader van het “gezondheidstoezicht” in de ruime zin en bij deze oefening deskundigen van sectoren en de verschillende preventiedisciplines te betrekken.

In dit advies nam de Hoge Raad zich voor om tegen uiterlijk eind februari 2017 een advies te formuleren over een alternatief voorstel die de tussenkomst van diverse preventiedisciplines en diverse preventie-acties naargelang het soort risico omschrijft.

In het aanvullend advies nr. 204 van 14 maart 2017 kwam de Hoge Raad tot de conclusie dat het (op dit moment) weinig zin heeft dat de Hoge Raad een uitgewerkt alternatief voorstelt voor wat betreft de frequentie van de periodieke onderzoeken.

De Hoge Raad heeft daarop een proces opgestart om goede praktijken en werkwijzen te identificeren voor bepaalde risico's, werksituaties of risicogroepen. Daarbij werd gezocht naar breed gedragen voorstellen vanuit de arbeidsgeneeskunde zelf, in samenwerking met de beroeps- en wetenschappelijke verenigingen.

De bedoeling was dat de voorstellen naast concrete richtlijnen i.v.m. gezondheidstoezicht, frequentie, aard van de tussentijdse prestaties, kwalificatieniveau, toegang tot de arbeidsgeneesheer, ook de elementen van monitoring, opvolging en evaluatie zouden omvatten. Dit moest de Hoge Raad in staat stellen om op termijn de impact van deze voorstellen te evalueren ten opzichte van een scenario ‘care as usual’.

Vervolgens zouden deze voorstellen besproken worden in de schoot van de Hoge Raad waarbij naast de praktische haalbaarheid en de (geschatte) meerwaarde voor preventie ook gekeken zou worden naar de samenhang met andere preventiedisciplines, handhaving, sensibilisering, enz.

Na twee adviezen en na in een reeks hoorzittingen de vaststellingen, visies en voorstellen gehoord te hebben van de ‘actoren van de arbeidsgeneeskunde’ en na een daaropvolgende discussie in het bureau van de Hoge Raad verschillen de sociale partners van mening.

Ingevolge de vergaderingen van 10 mei 2017, 6 juni 2017 en 23 juni 2017 hebben de leden van het Uitvoerend Bureau vastgesteld dat de bijdragen van de verschillende tussenkomende partijen niet toelaten om in een advies een breed gedragen alternatief voorstel voor de bestaande regelgeving te formuleren.

Op 23 juni 2017 hebben de leden van het Uitvoerend bureau beslist om een ontwerpadvies voor te leggen aan de voltallige vergadering van de Hoge Raad, via elektronische procedure.

Deze schriftelijke elektronische procedure werd op 7 juli 2017 gestart en op 24 juli 2017 afgesloten.

II. ADVIES VAN 24 JULI 2017

A. Unaniem advies van de meest representatieve werknemersorganisaties.

1. Vaststellingen van werknemerszijde uit de hoorzittingen van de Hoge Raad voor preventie en bescherming op het werk.

- Nagenoeg 50% van de Belgische werknemers staan op lijst van het periodiek gezondheidstoezicht.
- Er zijn in België momenteel te weinig arbeidsgeneesheren om die taken uit te voeren:
 - zeer geringe instroom van arbeidsgeneesheren;
 - grote uitstroom van arbeidsgeneesheren;
 - bijkomende opdrachten wegens de re-integratie-onderzoeken.
- Het volgt uit de hoorzittingen in de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk in voorbereiding van dit advies dat geen enkele externe preventiedienst nog het jaarlijkse periodieke onderzoeken organiseert, uitgevoerd door een arbeidsgeneesheer voor alle werknemers waarvoor de wetgeving een dergelijk onderzoek voorschrijft.
- Uit de enquête van het kennisdirectie van de AD TWW zoals voorgesteld op 27 juni j.l. in een vergadering van de Vaste Commissie Tarieven en Prestaties van EDPB blijkt dat de tussenkomst van externe preventiediensten in KMO's voor het merendeel van de gevallen tekortschiet met betrekking tot het belangrijkste risico voor welzijn dat in die KMO's voorkomt.
- De huidige wijze van inspectie, mankracht en middelen, volstaan niet om een bevredigend niveau van handhaving van de welzijnswetgeving ter zake te bereiken.
- De wijze waarop externe diensten dit tekort aan arbeidsgeneesheren aanpakken en wat ze voorzien als tussentijds en alternatief aanbod als er geen verplicht jaarlijks medisch onderzoek wordt uitgevoerd is sterk verschillend naargelang de dienst.
- Wetenschappelijke evidentie voor jaarlijkse onderzoeken van de werknemers die daarvoor in de wetgeving zijn aangeduid is er niet. Stellingen van wetenschappers over minimale frequentie zijn ook internationaal sterk uiteenlopend. Sommigen zijn voor, anderen tegen.
- Over de volgende elementen bestaat een wetenschappelijke consensus:
 - Zorg voor gemakkelijke toegang van (alle) werknemers tot preventie-expertise;
 - Noodzaak voor regelmatig contact;

- Periodiciteit varieert best naargelang leeftijd, soort werk, doelstelling en resultaat van het preventief (gezondheids)toezicht;
- Toezicht is een belangrijk hulpmiddel in het voorkomen van beroepsgerelateerde aandoeningen;
- Periodiciteit ook best laten variëren naargelang de kenmerken van de onderneming of de afwezigheid van controle op risico's (vb. interim, micro-ondernemingen, ondernemingen zonder risico-evaluatie of uitgebouwd preventiebeleid, werkplaatsen waar risico's niet gemeten worden);
- Periodiciteit best hoger leggen voor kwetsbare categorieën van werknemers: jongeren, zwangere werknemers, ouderen, uitzendkrachten.

1. Syndicaal standpunt.

- Er gaat weinig aandacht uit naar de analyse van de risicofactoren voor de « gezondheid » in de onderneming. De oorzaken van gezondheidsschade voor werknemers worden daardoor te weinig of helemaal niet geobjectiveerd waardoor ook de gevolgen voor de werknemers niet kunnen worden gemeten. Het oorzakelijk verband nagaan heeft een preventief karakter: sensibiliseren, informeren en preventieplannen opstellen die tegemoetkomen aan de realiteit in de ondernemingen, zowel op individueel als op collectief niveau.
- Het zou wenselijk zijn dat de arbeidsgeneesheren niet enkel tijdens de individuele consultatie de gevolgen van de arbeidsomstandigheden in de onderneming zouden beoordelen, maar ook een collectieve analyse zouden doen en collectieve maatregelen zouden voorschrijven voor problemen/dosissen/dossiers op collectief niveau in het kader van de jaarlijkse en vijfjaarlijkse plannen ter preventie van gezondheidsrisico's.
- Het is van belang om een coördinatie te voorzien tussen preventiecoördinatoren met een specialisatie die verschilt per onderneming: daarbij zou best een preventiecoördinator/dispatcher per onderneming worden aangeduid, die deskundigheid bezit op vlak van analyse van het werk en van de gevolgen ervan voor de gezondheid in de betrokken activiteitensector.
- Het zou wenselijk zijn om met een gemeenschappelijke IT-toepassing tussen de IDPB, de EDPB en de FOD WASO, ondernemings- en individuele dossiergegevens uit te wisselen en te systematiseren inzake blootstelling van individuen aan risico's zodat collectieve en sectorale gegevens en benchmarks kunnen worden uitgewerkt. Ook moeten vergelijkende analyses van de actieplannen inzake preventie mogelijk worden gemaakt.

De werknemersorganisaties zijn van oordeel dat het schuldig verzuim zou zijn om de praktijken verder te laten bestaan waarbij de wetgeving inzake het gezondheidstoezicht op grote schaal wordt genegeerd, en waarbij er naargelang de externe dienst verschillende praktijken ontstaan die afwijken van de wetgeving. Dit leidt nu al tot een normvervaging inzake medische onderzoeken en inzake de vereiste tegenprestaties van externe preventiediensten in ruil voor de verplichte aansluiting tegen een minimumtarief. Vooral werknemers in KMO's vallen op deze wijze steeds meer buiten de toepassing van een kwaliteitsvol gezondheidstoezicht. Zij stellen daarom voor dat op korte termijn de wetgeving wordt aangepast en de toepassing ervan wordt verzekerd in volgende zin:

1. De werknemersvertegenwoordigers in de Hoge Raad voor Preventie en Bescherming op het Werk wijzen voorstellen af waarbij eenvoudigweg zou gesleuteld worden aan minimale frequenties van medische onderzoeken, of aan de definities van risicofuncties, of door het schrappen van bepaalde

risico's, zoals psychosociale belasting wat tegen de wet zou ingaan en het verband tussen de psychosociale belasting en de gezondheidstoestand van de werknemer in twijfel trekt.

De werknemersorganisaties wensen geen wijziging in de definitie van veiligheidsfuncties, geen afschaffing van verhoogde psychosociale risico's als reden voor jaarlijks gezondheidstoezicht, of wijzigingen m.b.t. het besturen van voertuigen die grote lacunes zouden teweegbrengen in het gezondheidstoezicht.

Ze wensen tevens het behoud voor werknemers van de mogelijkheid tot zelfinschrijving voor het jaarlijks gezondheidstoezicht.

Ook wijziging in leeftijdsgrenzen of in de normen voor bepaalde risico's (temperatuur, geluid, enz.) worden afgewezen bij gebrek aan ernstige onderbouwing.

De werknemersorganisaties wensen daarentegen een aantal groepen toe te voegen aan de groep van werknemers waarvoor een jaarlijks medisch onderzoek nodig is :

- a. Werknemers die beroepsmatig andere personen vervoeren. Basisfrequentie : jaarlijks;
- b. Werknemers die in kader van HACCP onderzoek (voeding) een medisch attest moeten voorleggen: cfr. periodiciteit HACCP;
- c. Werknemers die in functie van beroepsmatig vereist rijbewijs een medisch attest nodig hebben ingevolge de wegcode : cfr. periodiciteit verkeersreglementering.

2. Mits het volgen van een specifieke procedure en onder bepaalde voorwaarden en voor bepaalde risico's kan het jaarlijks verplicht medisch onderzoek worden vervangen door een vast tweejaarlijks contact met de arbeidsgeneesheer waarbij in het alternerende jaar het contact met een paramedisch team en met de preventieadviseur als volgt verloopt:

Jaar 1: onveranderlijk persoonlijk individueel contact met de arbeidsgeneesheer.

- Praktijk: een arbeidsgeneesheer en verpleger zijn aanwezig :
 - Verpleger-preventieadviseur doet naargelang het risico de intake, metingen, testen, staalnames, de vragenlijsten, eerste anamnese.
 - Opvolging door nabespreking met arbeidsgeneesheer tijdens een persoonlijk contact.

Alternerend jaar:

- Individueel contact met verpleger-preventieadviseur met een niveau II- opleiding die een module inzake gezondheid op het werk bevat (een aanpassing van de opleidingen is op termijn nodig);
- Naargelang het risico: bepaalde metingen, testen, staalnames, biomonitoring en gerichte vragenlijst;
- Naargelang het resultaat van de vragenlijst en de testen: toch contact met arbeidsgeneesheer in functie van resultaten en bepaalde uitkomst van de vragenlijst;
- Ook steeds persoonlijk contact met arbeidsgeneesheer op eenvoudig verzoek van de werknemer: er wordt telkens expliciet gevraagd aan de werknemer of hij/zij dit wenst;
- De arbeidsgeneesheer blijft beschikbaar voor werkgever en werknemers met vragen en/of werkgerelateerde gezondheidsproblemen;
- Uitgewerkte draaiboeken voor de inhoud van de vragenlijsten, metingen, testen, staalnames, vragenlijsten naargelang de sector en risico;
- Collectieve rapportering aan CPBW en werkgevers van de resultaten van de gezondheidsdiagnoses, bevindingen, de meest voorkomende beroepsgerelateerde problemen en vaststellingen voor het bedrijf en de sector en de verhouding tot benchmarks.

3. Mogelijkheid regelen **om in ondernemingen** over te gaan van jaarlijkse medische onderzoeken naar tweejaarlijkse onderzoeken volgens bovenvermeld schema, maar uitsluitend op voorstel van de arbeidsgeneesheer mits gunstig advies van de werkgever en van het comité PBW of vakbondsafvaardiging.

Het is enkel mogelijk om tweejaarlijkse onderzoeken te organiseren na vaststelling door de arbeidsgeneesheer dat de betrokken werkgever beschikt over een risicoanalyse voor het betrokken risico dat van voldoende kwaliteit is, en nadat een preventieadviseur van de externe dienst heeft geverifieerd dat het bedrijf met betrekking tot het betrokken risico de wettelijk voorgeschreven maatregelen neemt inzake risicobeheersing.

Deze optie is in geen geval mogelijk voor werknemers blootgesteld aan carcinogene of mutagene agentia, reprotoxische stoffen, nanomaterialen, enz.

Deze optie is in geen geval mogelijk voor bijzondere werknemerscategorieën zoals voorzien in boek X van de codex over het welzijn op het werk: moederschapsbescherming (zwangerschap, lactatie), jongeren, stagiairs, uitzendkrachten, evenals voor werknemers tewerkgesteld in werkplaatsen waar de maatregelen inzake welzijn op het werk onder het beheer vallen van een andere werkgever of van klanten.

4. Voor ondernemingen met preventie-eenheden worden de alternatieve prestaties (alternerend jaar zonder systematisch persoonlijk contact met arbeidsgeneesheer) omgerekend in preventie-eenheden. Daardoor blijft het saldo beschikbaar onder de vorm van preventie-eenheden die later kunnen worden benut voor andere preventiedisciplines.
5. Ondernemingen die buiten het stelsel van preventie-eenheden vallen, ontvangen voor elk medische onderzoek dat wordt vervangen door een contact met een paramedisch team gratis preventie-eenheden. Deze onderneming kan deze gratis eenheden besteden aan bijkomende diensten van een andere preventiediscipline.
6. De spontane raadpleging moet worden bevorderd, ook los van de assertiviteit van werknemers, door het ter beschikking stellen van jaarlijkse info aan alle werknemers. Het moet mogelijk zijn een onderzoek vast te leggen bij de externe preventiedienst via één centraal mailadres en telefoonnummer; het hoort toe aan de arbeidsgeneesheer om elke vijf jaar een vrijblijvende persoonlijke uitnodiging te bezorgen aan alle werknemers die niet betrokken zijn bij periodieke onderzoeken. De werknemer die vermoedt dat zijn arbeidsomstandigheden een invloed hebben op zijn gezondheid heeft het recht om contact op te nemen met de arbeidsgeneesheer.
7. Men dient de preventiediensten te verplichten tot het opmaken van een gemeenschappelijke sokkel van vragenlijsten naargelang het risico en tot het bijeenbrengen op elektronische wijze van ingezamelde data per sector zodat zowel voor ondernemingen als voor sectoren sectorale profielen van gezondheidsdiagnoses en benchmarks beschikbaar worden. Men moet de diensten verplichten om een bepaald percentage van hun omzet te reserveren voor het hiertoe vereiste werk van data-inzameling en standaardisering van vragenlijsten en databanken.
8. Men moet de arbeidsgeneesheren verbieden bepaalde activiteiten uit te voeren: het uitvoeren van check-ups en medische onderzoeken in het kader van het rijbewijs, behalve indien het om beroepsgerelateerde situaties gaat. Dergelijke prestaties dienen verplicht uitbesteed te worden aan niet-arbeidsgeneesheren.
9. Men dient de impact van de preventie te versterken door de wetgeving als volgt aan te vullen:
 - a. Een sectoraal preventieprofiel verplicht maken (risicofactoren en preventiemaatregelen); dit profiel wordt opgesteld door de externe diensten eventueel in samenwerking met de IDPB (in functie van de sector); het wordt voorgelegd aan het paritair comité en aan het Comité PBW;
 - a. Preventiediagnose in de onderneming (voor alle ondernemingen); Comité PBW;
 - c. Naar aanleiding van het onderzoek na de aanwerving: de preventiecoördinator licht de werknemer in over de risicofactoren en de preventiemiddelen; rol van de preventiecoördinator;

- d. Jaarlijkse infovergadering van de preventiecoördinatoren over de rol van de IDPB en de EDPB, de rol van de verschillende actoren, het risicoprofiel van de sector en de onderneming, individuele en collectieve preventiemaatregelen met verspreiding van doelgroepfiches: nieuwe werknemers;
- e. Standaardisering en centralisering van geïnformatiseerde gezondheidsdossiers en uitwerking van een individuele fiche over de blootstelling;
- e. Jaarlijks bericht aan elke werknemer over de mogelijkheid om spontaan op consultatie te komen.

A. Unaniem advies van de meest representatieve werkgeversorganisaties.

1. Standpunt werkgeversorganisaties i.v.m. arbeidsgeneeskunde/ frequentie/...

Uit alle verzamelde informatie, inclusief tijdens de hoorzittingen is duidelijk gebleken dat er geen kant-en klare oplossingen of voorstellen uit te distilleren zijn. Wat de werkgeversorganisaties er wel uit geleerd hebben is dat:

- de eerder gedane vaststellingen in de adviezen worden bevestigd;
- er nauwelijks wetenschappelijk onderzoek is, en dus ook geen wetenschappelijke onderbouw om een bepaalde frequentie of een alternatieve frequentie al dan niet te rechtvaardigen;
- het duidelijk is dat het initieel voorgelegde ontwerp geen oplossing biedt voor de problemen die zich vandaag reeds stellen op het terrein;
- er de wil en de bereidheid is van alle betrokkenen om te werken aan een beter systeem en een betere aanpak.

Ondanks het eerder engagement van de werkgeversorganisaties om op korte termijn met voorstellen te komen, blijkt dus dat meer tijd nodig is om een goede en duurzame oplossing voor de toekomst uit te werken. Dit is geen kwestie van uitstelgedrag of op de lange baan schuiven.

Zoals vastgesteld, is er bij alle partijen een grote wil en bereidheid om vooruit te gaan. Het is echter duidelijk dat er geen wetenschappelijke onderbouwing is van (eerdere) voorstellen tot wijziging van de frequentie.

De werkgeversorganisaties menen dat elk overhaast voorstel met grote waarschijnlijkheid geen toepassing zal kennen op het terrein of minstens zal leiden tot verschillende interpretaties en toepassingen. Een voorstel van de kant van de Hoge Raad zonder bijkomende studie en overleg met de betrokkenen zal ook niet 'geloofwaardiger' zijn.

Toch willen ze als werkgeversorganisaties hierna niettemin preciseren hoe ze de prioriteiten zien in het kader van een toekomstige aanpassing van het regelgevend kader.

De werkgeversorganisaties menen inderdaad dat er te weinig wetenschappelijke onderbouw is om snel fundamentele hervormingen door te voeren, maar hebben ook oor voor de signalen die ze ontvangen vanuit het werkveld. Deze zijn: een gebrek aan kwaliteitsvolle dienstverlening door sommige externe diensten, dit o.a. door een gebrek aan gekwalificeerd personeel, of zelfs geen of onvoldoende dienstverlening voornamelijk tegenover de KMO's; een gebrek aan transparantie in de facturatie door de externe diensten; en een te beperkte proactieve benadering in het bepalen van de veiligheids- en welzijnsrisico's.

De werkgevers vragen daarom een omslag in aanpak van deze thematiek, waarbij de focus op administratieve en formele verplichtingen wordt verlaten, en waarbij de effectieve bescherming van de werknemers in de praktijk centraal komt te staan.

Het doel moet zijn om te streven naar een optimale inzet van de ‘arbeidsgeneeskunde’ voor preventie. Dit houdt o.a. in het optimaal benutten van de deskundigheid van de arbeidsgeneesheer en andere verwante preventiedeskundigen voor het realiseren van de juiste preventie-aanpak en van gezondheidswinst. Om dat doel te bereiken, is een methodologische aanpak nodig. O.a. de wetenschappelijke verenigingen voor arbeidsgeneeskunde dringen hier ook sterk op aan.

Een methodologische aanpak betekent grondig in kaart brengen hoeveel arbeidsgeneesheren beschikbaar zijn en zullen zijn in de nabije toekomst, voor welke doeleinden deze capaciteit best benut wordt, enz. Een methodologische aanpak dient ook het werk op het terrein centraal te stellen.

De uitgangspunten van de werkgeversorganisaties zijn:

- **Overgaan naar een systeem waar de dienstverlening aansluit bij de noden en vragen van de aangesloten onderneming.**
De sleutels voor het maatwerk dienen daarbij in handen van de werkgever te liggen. Het huidige systeem dat vertrekt vanuit een verplicht aanbod schiet op een aantal vlakken te kort. Zeker bij KMO's is de nood aan externe expertise bijzonder hoog. In het huidige regelgevend kader is het vaak moeilijk om tot maatwerk en juiste oplossingen te komen.
Ook de verplichting om met één enkele dienst te werken, betekent in heel wat gevallen een belemmering om tot maatwerk en de juiste oplossingen te komen.
- **Evoluëren naar een flexibele aanpak,** waarbij de werkgever een passende relatie heeft met de dienstverlener(s).
Zeker in de KMO-context ontbreekt het vaak aan de juiste veiligheids- en welzijnsexpertise en is het cruciaal dat de dienstverlener(s) fungeren als katalysator voor veiligheid en preventie op de werkvloer en hierbij optreden als een echte partner. Er moet onderzocht worden welke persoon het best past in een dergelijke rol. Eerder dan onmiddellijk terug te vallen op experts zou bijvoorbeeld een centrale contactpersoon die het vertrouwen wint van de onderneming een sleutelrol kunnen vervullen.
Bovendien willen de werkgeversorganisaties benadrukken dat meer aandacht voor kwaliteit nodig is. Ondernemingen moeten een beroep kunnen doen op organisaties die garant staan voor kwaliteitsvolle dienstverlening ten behoeve van de klant.
- **Financiering/betaling in functie van en na levering van prestaties.**
De nieuwe financieringsregeling zorgt nog steeds voor veel onvrede nu blijkt dat ondernemingen voor eenzelfde bijdrage minder prestaties ontvangen, soms substantieel meer betalen voor eenzelfde behoefte, kleinere ondernemingen soms geen dienstverlening krijgen, er problemen blijken met de overdraagbaarheid van preventie-eenheden, ... Deze toestand is onhoudbaar.
Voeg daarbij dat het geweten is dat de externe diensten hun wettelijke verplichtingen o.a. wegens een gebrek aan gekwalificeerd personeel niet (kunnen) nakomen, waardoor het duidelijk is dat afgestapt moet worden van een systeem van verplichte bijdragen. Het lijkt in ieder geval juridisch te rechtvaardigen dat een werkgever het systeem van de verplichte minimumbijdragen verlaat zodra is aangetoond of wordt vastgesteld dat een externe dienst zijn wettelijke verplichtingen niet nakomt.
De verantwoordelijkheid ligt bij de werkgever. De voornaamste rol van de werknemersorganisaties en de inspectie is om zich te bekommeren over de kwaliteit van de dienstverlening inzake het welzijn op het werk, zonder zich in de rol van werkgever als aanbesteder te positioneren.
- **Gezondheidstoezicht met focus op meerwaarde en terugkeer naar de basisprincipes van de Europese richtlijnen.**
Wat gezondheidstoezicht betreft, dient teruggekeerd te worden naar de essentie van het gezondheidstoezicht zoals ingebed in de Europese richtlijnen (zie artikel 14 hieronder).
Artikel 14 van de kader RL 89/391/EEG
Gezondheidstoezicht

1. *Om ervoor te zorgen dat de werknemers onder passend gezondheidstoezicht staan dat afgestemd is op de risico's voor hun veiligheid en hun gezondheid op het werk, worden er maatregelen vastgesteld overeenkomstig de nationale wetten en/of praktijken.*
2. *De in lid 1 bedoelde maatregelen moeten van dien aard zijn dat elke werknemer op gezette tijden in de gelegenheid wordt gesteld zich medisch te laten onderzoeken.*

De huidige aanpak is onhoudbaar gelet op het tekort aan arbeidsgeneesheren om ze uit te voeren. Ook een verlaagde frequentie zou geen oplossing bieden.

Uit de analyses blijkt dat het verplicht periodiek gezondheidstoezicht een veel te beperkte meerwaarde biedt, leidt tot 'bandwerk' en de arbeidsgeneesheer weghoudt van de werkplaatsen. De focus dient te liggen op de zogenaamde meerwaardeonderzoeken (spontane raadpleging, na klachten of vastgestelde problemen, werkhervatting, re-integratie, aanwerving).

Het terugkeren naar de filosofie van de Europese richtlijnen is in die zienswijze een logische stap. Dit betekent dat de werknemer die aan bepaalde risico's is blootgesteld in de gelegenheid wordt gesteld om zich medisch te laten onderzoeken. Dit is anders dan de huidige benadering in België waarbij de werkgever de nodige maatregelen moet nemen opdat de werknemers die aan risico zijn blootgesteld, verplicht onder gezondheidstoezicht staan.

- **Focus op de aanwezigheid van de arbeidsgeneesheer op de werkvloer** en op de deelname aan de risicoanalyse, in samenwerking met andere preventiedisciplines, voor wat de gezondheidsaspecten betreft.
- **Geen nieuwe of gewijzigde prestaties zonder onderbouwing van de meerwaarde.**
Nieuwe prestaties of een wijziging van bestaande prestaties, inclusief eventuele tussentijdse prestaties, kunnen enkel indien is aangetoond dat deze een meerwaarde bieden ten opzichte van een scenario 'care as usual'.
- **Verzekeren van een kwalitatief 'gemotiveerd beleidsadvies' bij KMO's.**
Het uitgangspunt hierbij moet de effectieve bescherming van werknemers in de praktijk zijn en niet administratieve verplichtingen. De focus dient te liggen op een correcte diagnose van het preventiebeleid in de onderneming, op de prioriteiten op het vlak van correctie maatregelen en maatregelen om het welzijnsbeleid in de onderneming te verbeteren en op goede praktijken en aangepaste praktische hulpmiddelen en tools om de voorgestelde maatregelen te kunnen implementeren.
- **Snel aanreiken van een oplossing voor de financiering van de prestaties van de externe diensten in het kader van re-integratie.**
Hier werd al meermaals op aangedrongen. Het ontbreken blijkt een rem te zijn op de re-integratie en ten koste te gaan van middelen voor preventie. Ook kan het juridisch niet dat een werkgever moet opdraaien voor een kost waarbij de opdrachtgever een derde partij is (RIZIV) die geen contractuele band heeft met die werkgever of met zijn externe dienst.
- **Toepassing van de bepalingen inzake 'werken met derden' op de dienstverlener(s).**
Hoofdstuk IV van de welzijnswet (bijzondere bepalingen betreffende werkzaamheden uitgevoerd door ondernemingen van buitenaf of door uitzendkrachten) moet toegepast worden. Het is duidelijk dat de werkzaamheden van externe diensten bij werkgevers onder de toepassing van dit hoofdstuk vallen en dat zij als 'aannemer' beschouwd moeten worden. Krachtens dit hoofdstuk heeft de werkgever de plicht elke aannemer te weren waarvan hij kan weten of vaststelt dat deze de verplichtingen opgelegd door de welzijnswet en haar uitvoeringsbesluiten met het oog op de bescherming van de werknemers niet naleeft. Omgekeerd betekent dit ook dat werkgevers niet verplicht kunnen worden om te werken met externe aannemers/dienstverleners waarvan ze weten of kunnen weten dat ze hun verplichtingen niet nakomen.

De externe diensten zijn dus aannemers die hun diensten (en expertise) aanbieden aan de ondernemingen. De werkgever dient daarbij de mogelijkheid te hebben om een beroep te doen op de meeste geschikte partner(s), de externe diensten of andere experts om hem bij te staan bij het realiseren van de best mogelijke bescherming van zijn werknemers.

2. Conclusie van de werkgeversorganisaties:

De werkgeversorganisaties vragen aan de Minister van Werk om onverwijld een planmatige aanpak te initiëren met betrokkenheid van de sociale partners en de actoren op het terrein met het oog op de vertaling van de hoger vermelde doelstelling om te streven naar een optimale inzet van de arbeidsgeneeskunde in een pragmatische en realistische aanpak.

De prioriteit moet daarbij de bescherming van werknemers in de praktijk zijn in tegenstelling tot de huidige focus op administratieve verplichtingen. De werkgevers kunnen zich niet vinden in de vraag van de vakbonden om deze thematiek verder te laten afkalven in regelgeving. De werkgeversorganisaties vragen een flexibel, transparant kader, waar veiligheid en welzijn centraal staan en wensen daar constructief aan mee te bouwen.

III. BESLISSING

Overmaken van het advies aan de Minister van Werk.