



Sociale dialoog en beroepsziekten in Europa



**Tien actiemogelijkheden om
het preventie-
en schadevergoedingsbeleid
te versterken en te harmoniseren**



Istituto Nazionale Assistenza Sociale



Tien actiemogelijkheden om het preventie- en schadevergoedingsbeleid te versterken en te harmoniseren

Voorwoord	2
Inleiding	3
1. De Europese lijst van beroepsziekten	5
2. Stelsels van beroepsziekteverzekeringen in Europa : verschillen die blijven bestaan	7
3. De kwestie beroepsziekten opnieuw op de politieke en sociale agenda plaatsen	10
4. REACH : een buitenkans	14
5. De Europese sociale dialoog in de chemiesector	16
Besluiten	18
Samengevat : 10 actiemogelijkheden voor de sociale dialoog en de beroepsziekten	22
Bijlagen	24



Deze brochure is het resultaat van een nauwe samenwerking tussen twee beroepscentrales van de chemiesector – ACV Energie-chemie (B) en FEMCA-CISL (IT) –, en INAS (IT), die de juridische begeleiding van werknemers die slachtoffer zijn van beroepsziekten en de individuele verdediging van werknemers op het gebied van sociale zekerheid organiseert. De bedoeling is een samenvatting te brengen van de debatten die werden gevoerd van 29 maart tot 1 april 2006 tijdens een seminarie in Padua (Italië) van deze drie organisaties, in aanwezigheid van talrijke Europese vakbondsorganisaties, de Europese vakbondsfederatie van de chemie (EMCEF), een vertegenwoordiger van de EC alsook vertegenwoordigers van verzekeringsinstellingen in de lidstaten en artsen.

Vanaf het begin van de Europese constructie, in de jaren 1950 en 1960, kwamen tienduizenden Italiaanse werknemers naar Frankrijk, Duitsland en België om er werk te vinden in de koolmijnen. Eenmaal ze teruggekeerd waren naar hun land moesten zij die een beroepsziekte opgelopen hadden heel wat moeilijkheden trotseren om hun medisch dossier op te stellen, de ziekte te laten erkennen, schadevergoedingen te krijgen... Door de evolutie van de arbeidsomstandigheden duiken vandaag nieuwe soorten beroepsziekten op. De Europese Unie, die de mobiliteit van werknemers heel sterk aanmoedigt, waagt zich nochtans niet aan een convergentieproces van de nationale schadeloosstellingsstelsels. Er bestaan inderdaad wel een « Europese lijst van beroepsziekten » en een serie richtlijnen van de Commissie, over preventie, erkenning en schadeloosstelling. Maar deze niet-bindende principes hebben de Europese landen er niet van weerhouden hun eigen systemen te ontwikkelen, zonder zich al teveel zorgen te maken over de gevolgen ervan, zoals de moeilijkheden die werknemers ondervinden die hun recht op vrij verkeer uitoefenen.

Wij denken dat het tijd is om dit probleem aan de orde te stellen. De recente evolutie van de sociale dialoog in de chemiesector, de REACH-reglementering, de volgende herziening van de Europese lijst van beroepsziekten zijn zoveel mogelijkheden om de ondernomen acties te evalueren en de debatten over een verbetering en grotere convergentie van preventie- en schadeloosstellingssystemen van de beroepsziekten voor te bereiden. Wij hopen dat deze brochure zal bijdragen tot de debatten en wensen u veel leesgenot.

Juli 2006

Een paar jaar geleden werden « het einde van de zware beroepen, van de fysieke belasting en de opmars van de hoofdarbeid... » aangekondigd ⁽¹⁾. Vandaag stellen epidemiologen, ergonomen, sociologen en syndicalisten vast dat « de globale beweging van geleidelijke verbetering van de arbeidssomstandigheden, die de XXste eeuw had gekenmerkt, een ommekeer kende rond de jaren 1990 » ⁽²⁾.

De zware beroepen zoals die in de bouw of het werk aan de lopende band zijn niet allemaal verdwenen. De blootstelling van de werknemers aan de risico's en de zwaarte van de arbeid heeft de neiging te stijgen; de blootstelling van werknemers aan chemische producten is gestegen van 34 % tot 37 % van 1994 tot 2003. Bovendien wordt de organisatorische druk, namelijk het tempo en de toegekende tijd om iets te doen, algemeen; atypische en onvoorspelbare uurroosters, zowel 's nachts als overdag, komen steeds vaker voor. De arbeidsonzekerheid neemt toe. Het is dus niet verwonderlijk dat spier- en skeletaandoeningen (SSA), ziekten die ontstaan door chemische stoffen of zelfs ziekten die ontstaan door psychosociale druk steeds meer terrein winnen. Wij mogen dan al weten dat de oorsprong van SSA vaak aan meerdere factoren te wijten is, dit neemt niet weg dat terugkerende bewegingen, arbeidsintensiteit, het dragen van lasten, verkeerde bewegingen bij het laden en lossen, het gebrek aan ergonomische methodes, in hoge mate bijdragen tot het ontstaan van fysieke handicaps die de werknemers op de arbeidsmarkt, en dan vooral de laaggeschoolde werknemers, zwaar straffen..

Initiatieven

Deze vaststellingen hebben tot heel wat initiatieven in verschillende landen geleid: pilootstudies in de ziekenhuissector, informatie over ergonomie in de scholen, sensibilisering van het medische korps, aanpassing van de werkzittenplaatsen, acties van de vakbondsorganisaties bij de leden, risicoanalyses in de bedrijven, enz.. Bij de gemelde moeilijkheden rond de toepassing van preventiemaatregelen voor SSA, onderstrepen de vakbonden gewoonlijk het verzet van de werkgevers tegen verandering, de druk van de werkloosheid en het gebrek aan perceptie van de economische voordelen voor de bedrijven. In bepaalde gevallen aarzelen werknemers om een beroepsziekte te melden, uit angst hun job te verliezen.

Nieuwe eisen

Een andere belangrijke reden tot bezorgdheid betreft psychische pathologieën met betrekking tot arbeid, zoals stress, pesten, geweld. Met een arbeidsorganisatie die wordt gekenmerkt door de just-in-time, de flexibiliteit, het innovatiestreven, en in bedrijven die heel kapitaalintensief zijn, zoals die van de chemie, is het



© Guy Puttemans

niet verwonderlijk dat werknemers, vaak alleenstaanden, afhaken, wegzinken in een depressie, toegeven aan neigingen tot verschillende vormen van verslaving... Deze opeenstapeling van stress zorgt voor gedragsstoornissen, maar ook voor fysieke, psychische en/of sociale ziekten. De syndicaal afgevaardigden in de bedrijven worden steeds vaker aangesproken door leden om op te treden als maatschappelijk werker of psycholoog en tijdelijk hulp te bieden in momenten van ontredde.

1. « Le travail dans vingt ans », Rapport Boissonnat, Commissariat général du Plan, Odile Jacob, Paris, 1995.

2. « Santé: l'impact des nouvelles formes de pénibilité au travail », in Le Monde, 19 december 2005.





In een dergelijke situatie is het begrip welzijn op het werk ver te zoeken. Nochtans moet het een bekommernis zijn van iedereen in het bedrijf. Er kunnen natuurlijk altijd individuele verklarende factoren zijn die betrekking hebben op de persoonlijkheid van de werknemers of op hun persoonlijk levensverhaal, maar de arbeidseisen moeten ons aanzetten om het collectieve karakter van het fenomeen beter in te schatten.

Nieuwe ziekten die zelden worden erkend

De bedreiging voor de tewerkstelling, de ontwikkeling van competentiebalanssystemen, de vraag naar een grotere persoonlijke betrokkenheid op het werk, zijn factoren die niet alle individuen ongedeerd laten op psychologisch en fysiek vlak. Wij denken dat het wel degelijk gaat over beroepsziekten, zelfs al worden

ze zelden erkend. Wat allicht nog erger is, is dat ze niet altijd worden erkend in de werkomgeving⁽³⁾. Bovendien beogen een aantal managementstrategieën die in bepaalde sectoren, waaronder die van de chemie, wijdverbreid zijn, de gezondheidsrisico's af te wentelen op de werknemers van bedrijven in onderaanneming, waarvan de toegevoegde waarde laag is en de investeringen in preventie tot het strikte minimum beperkt zijn.

Ten slotte zijn de werknemers in de Europese Unie steeds mobieler. Bij gebrek aan een harmonisatie van de arbeidsgeneeskunde hebben de schadevergoedingsinstellingen het vaak heel moeilijk om medische dossiers op te maken wanneer de werknemer in het buitenland is of in het buitenland heeft gewerkt. ACV Energie-chemie (B), FEMCA-CISL (IT) en INAS (IT) zijn ervan overtuigd dat het tijd is om de kwestie van de beroepsziekten in Europa opnieuw

op de politieke en sociale agenda te plaatsen. In de regels die volgen, zullen wij het achtereenvolgens hebben over⁽⁴⁾:

- ♦ het belang en de beperkingen van de Europese lijst van beroepsziekten.
- ♦ de grote verschillen tussen de ziekteverzekeringstelsels in Europa.
- ♦ de syndicale evaluatie van de kwesties van beroepsziekten.
- ♦ de mogelijke bijdrage van REACH tot de problematiek van de beroepsziekten.
- ♦ de rol van de Europese sociale dialoog in de chemiesector.

De brochure eindigt met tien concrete denkpijpen en actiemogelijkheden om de kwestie van de beroepsziekten opnieuw op de politieke en sociale agenda te plaatsen.

3. Als teken van een recente evolutie, vermelden wij het autonoom akkoord van de Europese sociale partners over stress op het werk, getekend op 8 oktober 2004 door het EVV, UNICE-UEAPME en CEEP.

4. De lezer zal in de ganse brochure omkaderde citaten vinden. Zij komen uit verschillende tussenkomsten van deelnemers aan het seminarie van Padua.

De Europese lijst van beroepsziekten



In de jaren 1960 had de Europese Commissie voorgesteld een « Europese lijst van beroepsziekten » en een serie richtlijnen inzake preventie, erkenning en schade-loosstelling van ziekten goed te keuren. De idee was dan geleidelijk te komen tot een harmonisatie van de nationale systemen en de arbeidsgeneeskunde ten voordele van de « mobiele » werknemers. Vandaag staat men daar nog ver van.

De initiatieven die de Commissie in de jaren 1960 lanceerde, om de nationale vergoedingsstelsels voor beroepsziekten dichter bij elkaar te brengen, stootten meteen al op nationale terughoudendheid. De Commissie moest indertijd genoeg nemen met het voorstellen van een « aanbeveling », dit wil zeggen, een juridisch niet-bindend instrument. De eerste aanbeveling werd goedgekeurd in 1962. Ze drong vooral aan op de invoering van een uniforme lijst van beroepsziekten en stoffen die beroepsziekten kunnen veroorzaken. Ze vroeg de lidstaten ook een serie maatregelen te nemen om de preventie, de erkenning en de schadeloosstelling van de slachtoffers te verbeteren. Een nieuwe, preciezere aanbeveling werd goedgekeurd in 1966. Deze twee teksten bleven in de lidstaten onaangeroerd.

Bijgewerkte versies

Terwijl de beroepsziekten in die tijd hoofdzakelijk betrekking hadden op mijnwerkerssilicose en op spier- en skeletaandoeningen die veroorzaakt werden door mechanische trillingen, lieten geleidelijk nieuwe arbeidsgebonden ziekten van zich spreken: asbestose, beroepskankers, psychosociale, stressgebonden ziekten, enz.. In die context ondernam de Commissie in mei 1990 hernieuwde pogingen met een nieuwe aanbeveling. In 1996 keurde ze een mededeling over de Europese lijst van beroepsziekten goed en later, in 2003, een bijgewerkte versie van deze lijst. Maar nog altijd onder een niet-bindende vorm, wat kan worden geïnterpreteerd als de mislukking van de harmonisatiepogingen van de jaren 1960. Vanaf december 2006 worden een nieuwe evaluatie en een bijgewerkte versie van deze aanbeveling gelanceerd.

« Sinds 1962 bestaat er een Europese lijst van beroepsziekten. Desondanks heeft men nog steeds geen coherentie in de nationale schadevergoedingsorganen bereikt. Als men er vandaag niet in slaagt om voor deze coherentie te zorgen, is Europa om moedeloos van te worden. » (een verantwoordelijke van een schadevergoedingsorgaan)

Aanbeveling

De aanbeveling van 2003⁽⁵⁾ berust momenteel op twee lijsten. De eerste (bijlage 1) bevat de beroepsziekten die in alle lidstaten zouden moeten worden erkend.

De tweede (bijlage 2) betreft de ziekten waarvan de beroepsoorsprong wordt vermoed en die zouden moeten worden gemeld om in de toekomst eventueel te kunnen worden opgenomen. Bovendien vraagt de aanbeveling de lidstaten een serie maatregelen te nemen om de preventie, de erkenning en de schadeloosstelling van de slachtoffers te verbeteren (cf. kadertje). Het bijwerken van deze aanbeveling vindt vooral zijn verklaring in de noodzaak meer rekening te gaan houden met de technische en wetenschappelijke vooruitgang en met de verworven ervaring.

De lidstaten zelf leggen de criteria voor erkenning van iedere beroepsziekte vast, volgens hun geldende wetgeving of nationale praktijken. Ze worden verzocht de Commissie uiterlijk op 31 december 2006 te informeren over de maatregelen die ze hebben genomen om aan de aanbeveling van 2003 gevolg te geven.

Indertijd erkende het Europees Vakverbond (EVV) bepaalde verbeteringen die werden aangebracht aan de aanbeveling van 2003, maar betreunde daarbij de achteruitgang betreffende de ziekten die enkel « verdacht » zijn – bijvoorbeeld strottenhoofd kanker veroorzaakt door een blootstelling aan asbest -, de verwijdering van de lijst van dorso-lumbaire pathologieën die ontstaan door het dragen van lasten en de verwerping van bepaalde ziekten⁽⁶⁾.

Indertijd erkende het Europees Vakverbond (EVV) bepaalde verbeteringen die werden aangebracht aan de aanbeveling van 2003, maar betreunde daarbij de achteruitgang betreffende de ziekten die enkel « verdacht » zijn – bijvoorbeeld strottenhoofd kanker veroorzaakt door een blootstelling aan asbest -, de verwijdering van de lijst van dorso-lumbaire pathologieën die ontstaan door het dragen van lasten en de verwerping van bepaalde ziekten⁽⁶⁾.

5. Aanbeveling van EC van 19/09/2003 betreffende de Europese lijst van beroepsziekten (JOCE, L 238 van 25 september 2003).

6. Nouvelle recommandation sur les maladies professionnelles : des progrès limités mais aucune harmonisation en vue, Newsletter van het BTS n26, december 2004.

Het resultaat was dus matig, vooral omdat er geen enkel teken tot harmonisatie in de teksten doorschemerde. Aan dit resultaat moet men nog toevoegen dat er grote verschillen blijven bestaan tussen de nationale stelsels van beroepszekerheidsverzekeringen (cf. volgende hoofdstuk)

« Het principe van de eenheidsmarkt is dat het vrij verkeer geen gevolgen mag hebben in termen van kosten als ik mij verplaats, a fortiori om beroepsredenen. Dit principe zou dus moeten worden toegepast op de rechten inzake sociale zekerheid wanneer een werknemer zich verplaatst in de eenheidsmarkt » (een Europees ambtenaar).



De aanbeveling van 2003: belangrijkste aanbevelingen voor de lidstaten:

- ♦ Preventie en schadeloosstelling van de beroepsziekten van bijlage I.
- ♦ Recht op schadevergoeding voor de ziekten die niet voorkomen in bijlage I waarvan de beroepsoorsprong kan worden vastgesteld, vooral wanneer ze voorkomen in bijlage II.
- ♦ Actieve betrokkenheid van alle actoren uit de arbeidswereld bij de ontwikkeling van doeltreffende maatregelen om beroepsziekten te voorkomen.
- ♦ Vaststelling van gekwantificeerde nationale doelstellingen om het aantal gevallen van erkende beroepsziekten omlaag te brengen.
- ♦ De aangifte van alle gevallen van beroepsziekten waarborgen en hun statistieken van beroepsziekten geleidelijk met de Europese lijst van bijlage I verenigbaar maken, zodat voor elk geval van beroepsziekte informatie over het oorzakelijk agens of de oorzakelijke factor, de medische diagnose en het geslacht van de betrokkene beschikbaar is.
- ♦ Een systeem voor informatie- en/of gegevensverzameling betreffende de epidemiologie van de in bijlage II beschreven ziekten of andere beroepsgebonden ziekten opzetten.
- ♦ Het onderzoek bevorderen op het gebied van aandoeningen ten gevolge van beroepsuitoefening, met name van de in bijlage II beschreven aandoeningen alsmede arbeidsgebonden stoornissen van psychosociale aard.
- ♦ De statistische en epidemiologische gegevens met betrekking tot op nationaal niveau erkende beroepsziekten aan de Commissie doorgeven en voor belanghebbende kringen toegankelijk maken, met name via het door het Europees Agentschap voor de veiligheid en de gezondheid op het werk opgezette informatienetwerk.
- ♦ Nationale gezondheidsstelsels actief doen bijdragen tot de preventie van beroepsziekten, met name door een betere bewustmaking van het medisch personeel om de kennis en de diagnostiek van deze ziekten te verbeteren.

Stelsels van beroepsziekteverzekeringen in Europa: verschillen die blijven bestaan

De verzekering tegen beroepsziekten ontstond in Europa in de jaren 1920 door een uitbreiding van de risico's die door de arbeidsongevallenverzekering worden gedekt⁽⁷⁾. De verzekering tegen arbeidsongevallen is zelf de oudste sociale verzekering, want haar ontstaan gaat van 1884 in Duitsland tot 1913 in Portugal.

De invoering van een sociale verzekering tegen beroepsrisico's biedt het slachtoffer van een arbeidsongeval of een beroepsziekte voortaan de mogelijkheid vergoedingen te genieten zonder – zoals vroeger wel het geval was – de fout van de werkgever te moeten bewijzen. Het arbeidsongeval of de beroepsziekte worden namelijk geacht hun oorsprong in het beroep te vinden wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan: men spreekt van de objectieve aansprakelijkheid van de werkgever. Tegenover dat automatische karakter staat dat de schadevergoeding die door de sociale verzekering wordt toegekend, forfaitair is en dus minder hoog dan de vergoeding die in het kader van het burgerlijk recht (aansprakelijkheid wegens fout) wordt geboden. Vandaag wordt deze verzekering beheerd door instellingen waarvan de aard varieert naargelang het land:

- ♦ In het Verenigd Koninkrijk en Ierland is het de staat die rechtstreeks de verschillende sociale verzekeringen beheert.
 - ♦ In Finland zijn het privéverzekeringsmaatschappijen.
 - ♦ In de meeste landen – Oostenrijk, Duitsland, Italië, Luxemburg, Frankrijk, enz. – zijn het overheidsinstellingen of privéinstellingen die evenwel belast zijn met een openbare
- dienststopdracht.
- ♦ In Portugal, België en Denemarken is het een overheidsinstelling die beroepsziekten beheert, maar zijn het privébedrijven die de arbeidsongevallen beheren.
- Deze verzekeringsinstellingen zijn overal territoriaal georganiseerd, behalve in Duitsland waar momenteel ongeveer 26 Berufsgenossenschaften per activiteitssector zijn gestructureerd.



« In Europa bestaat een echte jungle aan nationale erkennings- en vergoedingssystemen van beroepsziekten en arbeidsongevallen. Hoe kan een werknemer daar wijs uit geraken? » (een verantwoordelijke van een juridische dienst)

Naast de schadeloosstelling van slachtoffers van beroepsziekten doen sommige verzekeringsinstellingen ook aan preventie van beroepsrisico's:

- ♦ Dat is zo in Duitsland, Oostenrijk, Frankrijk en Luxemburg, waar de verzekeringsinstelling beschikt over personeel dat bedrijven adviseert, hun technische expertise verleent, en zelfs nagaat of zij de reglementering inzake preventie toepassen.

- ♦ In andere landen zoals België, Italië en Spanje, zet de verzekeringsinstelling middelen in voor preventie, maar in beperktere mate, aangezien andere entiteiten die opdracht hebben gekregen. Deze middelen worden gewoonlijk gebruikt voor informatie- en vormingsproducten en voor de realisatie van onderzoeken.
- ♦ In de andere landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, Ierland en de Noord-Europese landen wordt de preventie van beroepsrisico's toevertrouwd aan een entiteit die volledig losstaat van de verzekeringsinstelling.

Erkenning

Wie schadeloosstelling zegt, zegt eerst erkenning. De erkenningsmodaliteiten zijn evenwel niet gelijk in alle Europese landen. Toen de arbeidsongevallenverzekering werd uitgebreid tot de beroepsziekten, waren de ziekten die in aanmerking kwamen voor schadevergoeding die op een nationale lijst van beroepsziekten stonden. Later, van 1963 tot 1993 hebben de meeste landen een ruimer, aanvullend, zogenaamd « open » of « buiten de lijst » systeem opgericht. Dit systeem geeft aan een persoon met een aandoening die niet voorkomt op de lijst de kans een schadevergoe-



7. Dit hoofdstuk is gebaseerd op verschillende studies van Eurogip. Zie in het bijzonder: EUROGIP (2000), « Les maladies professionnelles en Europe. Étude comparative sur 13 pays. Procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation », Eurogip & European Forum, septembre 2000. Zie ook: EUROGIP (2002), « Les maladies professionnelles dans 15 pays européens. Les chiffres 1990-2000. L'actualité juridique et pratique 1999-2002 », Eurogip & European Forum, décembre 2002.

ding te krijgen als hij het bewijs levert dat de ziekte waar hij aan lijdt haar oorsprong vindt in zijn beroep. Alle landen van de EU-15 hebben een lijst van beroepsziekten, behalve Zweden dat over een bewijssysteem beschikt: het slachtoffer moet altijd bewijzen

dat de oorsprong van zijn ziekte in zijn beroep ligt. En alle landen hebben een aanvullend systeem opgericht, behalve Spanje en het Verenigd Koninkrijk. De rol van de lijst is een vermoeden van beroeps-oorsprong te verlenen aan de pathologieën die erop staan. Dit vermoeden is sterker of minder sterk naargelang het land. In Frankrijk bijvoorbeeld bestaat de lijst uit tabellen die zeer duidelijke erkenningscriteria bevatten over de definitie van de pathologie, de termijn voor tenlastenemingen en een beperkende lijst van karweiën, met soms ook de blootstelingsduur. Als alle criteria met betrekking tot de pathologie vervuld zijn, wordt de ziekte automatisch erkend. In Finland daarentegen is de lijst slechts indicatief. Het slachtoffer zal bewijselementen moeten aanbrengen voor de beroepsoorsprong van zijn ziekte. In de andere Europese landen is het slachtoffer vrijgesteld van bewijslast en is het de verzekeringsinstelling die onderzoekt of de oorsprong van de ziekte al dan niet in het beroep ligt.

Schadevergoeding

Wie erkenning zegt, zegt echter niet noodzakelijk schadevergoeding. Dit is vooral zo bij blijvende ongeschiktheid. Dit is het schadevergoedingsterrein dat de meeste verschillen tussen de landen toont. Sommige landen leggen inderdaad een minimum ongeschiktheidsgraad

vast die vaak is vereist om een recht op schadeloosstelling te openen, wat ertoe leidt dat de

« De laatste jaren verloren 20 000 mijnwerkers hun job in Roemenië. Vandaag werkt een gedeelte van hen in verschillende Europese landen. Ik ben ervan overtuigd dat er gevallen van silicose en van spieren skeletaandoeningen zijn, maar die niet werden aangegeven. Wie gaat deze mensen helpen? » (een Roemeense syndicalist)

Zweden. Vier landen leggen geen minimumgraad vast: België, Frankrijk (maar 25 % als de ziekte wordt erkend via het systeem buiten de lijst), Luxemburg en Portugal. De vergoedingsmodaliteiten van de beroepsziekten verschillen in andere aspecten zoals de aard van de schade die in aanmerking komt voor vergoeding en de berekening van de schadevergoeding.

Erkende gevallen van beroepsziekten voor 100 000 verzekerden

De dalende evolutie van de beroepsziekten is, naargelang het land, te verklaren door de sluiting van de mijnen, de efficiëntie van preventiemaatregelen, de verzwaaring van de bewijslast, enz. De stijgende evolutie is te verklaren door de opname van nieuwe beroepsziekten in de nationale lijsten, door de verlichting van de erken-

ningsprocedures, door een betere kennis van het erkenningssysteem van beroepsziekten door de slachtoffers, enz.

LAND	TREND
Duitsland	↗
Oostenrijk	↘
België	↘
Denemarken	↗
Spanje	↗
Finland	↘
Frankrijk	↗
Ierland	→
Italië	↘
Luxemburg	→
Zweden	↘
Zwitserland	↘





« In mijn bedrijf waren wij met vijf werknemers die zwaar werden blootgesteld aan asbest. Mijn collega's zijn overleden. Ik ben de enige overlevende » (een Franse werknemer)

De verhouding tussen het aantal aanvragen tot erkenning en het aantal erkende gevallen toont dat de ratio in de meeste landen lager is dan 50 %. Maar er bestaat een groot contrast tussen landen zoals Frankrijk en Zwitserland die meer dan 75% van de aanvragen aanvaarden en landen zoals Duitsland, Denemarken of Italië waar minder dan 25 % van de aanvragen tot een goed resultaat komen (de andere landen – Oostenrijk, België, Finland, Ierland, Portugal, Zweden – liggen tussen 25 % en 50 %).

De landen die een laag percentage aanvragen aanvaarden, geven hiervoor als reden dat hun aangifteprocedure zeer open is: heel wat personen kunnen deze aangifte doen en/of de vraag tot erkenning is mogelijk, ongeacht de ongeschiktheidsgraad.

Globaal gezien leidt een groot aantal aangiften niet tot een groot aantal erkenningen, aangezien ieder land zijn eigen lijst met beroepsziekten en zijn eigen erkenningsvoorwaarden heeft. Kortom, de grote verschillen tussen de landen zijn enerzijds te wijten aan de diversiteit van aangiftesystemen en anderzijds aan de heterogene inhoud van de lijsten.

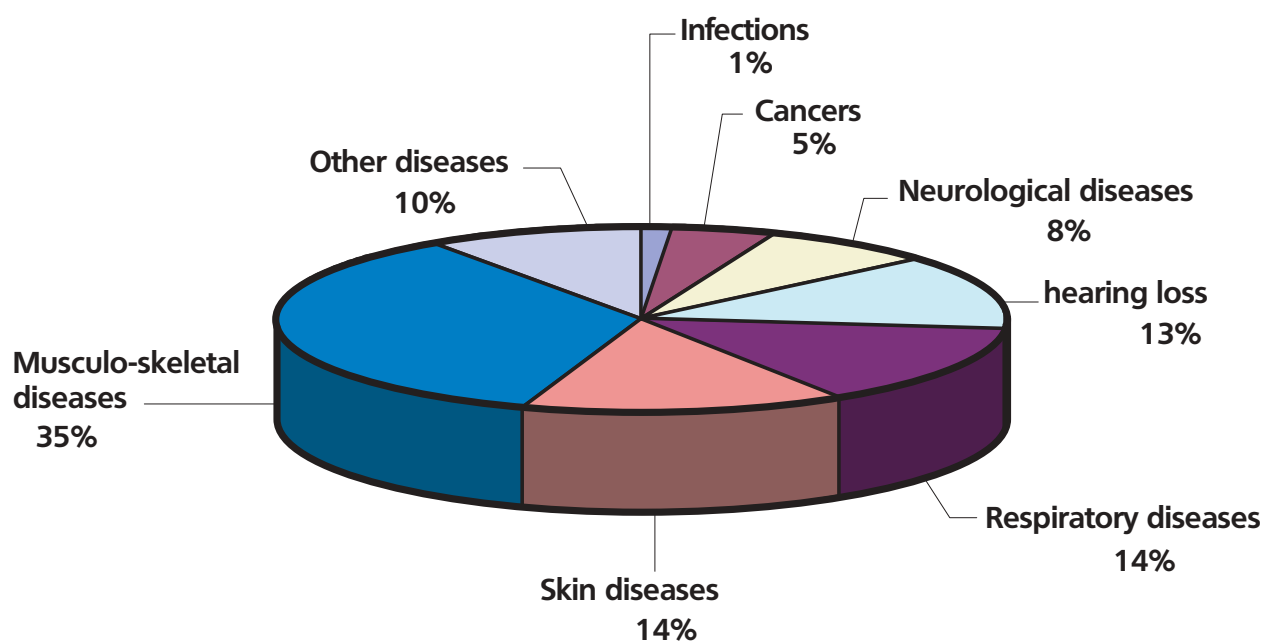


« In Bulgarije kan enkel de werkgever een vraag tot erkenning van beroepsziekte indienen. Wat uiteraard het aantal gevallen beperkt... » (een Bulgaarse syndicalist)

In Europa: uitsplitsing van de erkende ziekten in 2001

De eerste oorzaken van beroepsziekten in Europa zijn de spier- en skeletaandoeningen (SSA), daarna komen de huidaandoeningen, het ademhalingsapparaat, het gehoorverlies, neurologische stoornissen, kankers, infecties en andere. De chemische stoffen hebben dus niet alleen schuld.

De meest erkende ziekten in 2000, per land



De beroepsziekten opnieuw op de politieke en sociale agenda plaatsen

De globalisering van de economie, de toegenomen mobiliteit van de werknemers, bedrijfsdelokalisaties, herstructureringen, de toename van migratiestromen zijn zoveel factoren die de bescherming van de rechten van de werknemers tegen beroepsziekten actueler maken dan ooit. Inderdaad, om rekening te houden met de toegenomen mobiliteit van de werknemers en de segmentering van de professionele trajecten is het noodzakelijk de werknemers een coherent kader te bieden waarbinnen zij hun sociale rechten kunnen uitoefenen. Bij afwezigheid van zo'n kader zullen er vele lacunes en obstakels blijven oprijzen.

Het is vandaag noodzakelijk de beroepsziekten opnieuw op de politieke en sociale agenda te plaatsen⁽⁸⁾. In de volgende regels vatten wij de analyses, bedenkingen en voorstellen samen die voortkomen uit de twee werkgroepen die zich hebben gebogen over deze materie tijdens het

seminarie in Padua. Verder geven wij ook nog een aantal waardevolle tussenkomsten van verschillende deelnemers: experts, vertegenwoordigers van de Europese Commissie, van nationale schadevergoedingsinstellingen, dokters, syndicalisten, enz..

Preventiebeleid

Wij moeten strijden tegen de monetarisering van het risico, dat zijn stempel heeft gedrukt op de sociale geschiedenis van Europese landen, en prioriteit geven aan het preventiebeleid. Dit beleid moet zowel binnen het syndicale als het patronale kader worden gevoerd, want preventie belangt iedereen aan. Binnen de bedrijven is het bestaande overleg in de comités gezondheid-veiligheid een meerwaarde. Op Europees vlak bestaan er vandaag Europese ondernemingsraden; is het niet tijd om ook Europese comités voor gezondheid en veiligheid op te richten waar de arbeidsomstandigheden en de gezondheids-situatie vanuit het oogpunt van preventie zouden worden besproken?

In het kader van de sociale verantwoordelijkheid van de bedrijven moet een verantwoordelijke houding inzake gezondheid en veiligheid tegenover de werknemers worden aangemoedigd, in het bijzonder voor zij die in een onzekere situatie zitten: de uitzendkrachten en de onderaannemers. Deze houding moet ook tegenover de consumenten worden bevorderd. De thematiek van duurzame ontwikkeling moet in de collectieve onderhandeling kunnen worden aangekaart.

« Preventie moet worden gefinancierd door de werkgevers en niet door de gemeenschap. Het is de enige manier om hen verantwoordelijkheidsbesef bij te brengen » (een Franse syndicalist)

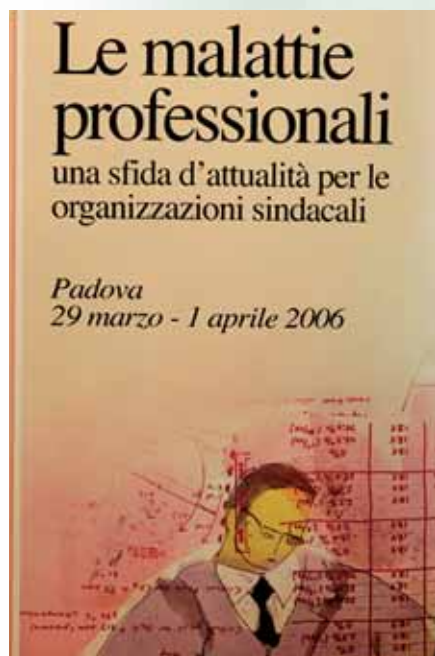
Toepassing van de reglementering

De toepassing van de reglementering inzake gezondheid en veiligheid vertoont soms grote lacunes. De controle op de naleving van deze wetgeving is zwak; de wetteksten zijn heel mooi, maar worden niet altijd toegepast, of slechts gedeeltelijk, of met vertraging. Nochtans stelt men vast dat een effectieve controle van de verplichtingen van de werkgevers zorgt voor een verhoging van de preventie en een duidelijke daling van de ongevallen en de beroepsziekten. Die controle is een van de voorrechten van de sociale partners in het kader van het sociaal overleg.

In een nabije toekomst moet REACH het mogelijk maken om over nieuwe kennis te beschikken om het op de markt brengen van chemische vervangingsstoffen te bevorderen, maar ook om de informatie over de opslag en manipulatie van chemische stoffen te verbeteren. Al die informatie zou kunnen worden gebruikt voor de preventie en de risicoanalyse in de chemiesector en vooral in alle bedrijven-gebruikers in Europa en elders in de wereld. Maar opdat REACH positieve gevolgen heeft op de erkenning van de beroepsziekten, zal voor de volledige toepassing ervan moeten worden gezorgd.

« Het onvermogen van de inspectiediensten, de onderbemanning en de gebrekkige controlemiddelen verzwakken in belangrijke mate de werkelijke reikwijdte van de beste reglementeringen » (een verantwoordelijke van een juridische dienst)

8. Voor een globaal overzicht van deze problematiek, zie: Vogel Laurent (2004), « Santé au travail. Huit terrains d'action pour la politique communautaire », Europees syndicaal technisch bureau voor veiligheid en gezondheid, BTS, Brussel, 2004.



Overdraagbaarheid van de rechten

De mobiliteitskwestie van de werknemers heeft niet enkel betrekking op de erkenning van de beroepsziekten (verschillen in de medisch-juridische evaluaties van pathologieën en in de diagnostische methodes), maar ook op de samenstelling van de medische dossiers (procedures voor de indiening van dossiers), de schadevergoeding van de werknemers (barema's) en de overdraagbaarheid van de rechten. Momenteel leiden de verschillen tussen de nationale wetgevingen in deze materies tot vergoedingssystemen die van elkaar afwijken. Op termijn zou er meer harmonisatie en coördinatie tussen de systemen en stelsels moeten komen. Voor wat betreft de diversiteit in de diagnose van de pathologieën, zou men informatie moeten opstellen, die bestemd is voor de nationale overheidsdiensten, om uitleg te geven over de noodzakelijke documenten voor de erkenning van beroepsziekten in de andere landen van de Unie. Dit lijkt eenvoudig maar is nog nooit gebeurd.

« Het is belangrijk medische protocollen te hebben die op Europees niveau erkend zijn. Waarom geen Europese netwerken oprichten die de mensen samenbrengen die zich hiermee bezig houden op nationaal niveau? » (een Belgische arts)

Informatie aan de betrokken personen

De informatie aan de partijen die betrokken zijn bij de preventie, de erkenning en de schadeloosstelling van de beroepsziekten is essentieel, vooral in de overheidsinstellingen die de verantwoordelijkheid hebben voor deze taken. Een gebrekkige kennis van de

praktijken van andere landen volstaat vaak om met een niet-erkenning van het recht op uitkeringen te worden geconfronteerd. De informatieuitwisseling tussen landen moet dus worden bevorderd.

Al te vaak beschikken de dokters niet over de gepaste informatie om te oordelen over de professionele aard van de ziekte. Als de klinische geschiedenis van de werknemer en zijn beroepsverleden niet zijn gekend, wordt het moeilijk om een diagnose te stellen en hem te verzorgen. Vandaag zijn de professionele trajecten steeds meer gesegmenteerd; de werknemers veranderen van bedrijven, veranderen van activiteitensectoren, veranderen van land, wat de erkenning van de beroepsziekten zeer moeilijk maakt als men rondreist binnen de EU.

Het zou ook interessant kunnen zijn om een geïndividualiseerd « kadaster » van blootstelling aan gevaarlijke stoffen uit te werken. Dit zou nuttige informatie voor een diagnose (waar heeft de werknemer gewerkt? aan welke stoffen werd hij blootgesteld?) bevatten, wetende dat de latentietijd van ziekten soms lang is. Een dergelijk kadaster – of « Europees gezondheidsboekje » - zou de kwaliteit van de preventie en de erkenning van de beroepsziekten

en de bijhorende uitkeringen kunnen verbeteren.

Bovendien zijn de informatie en communicatie over de risico's die de werknemers lopen duidelijk beter in de grote bedrijven dan in de kleine en middelgrote ondernemingen (KMO's) en bij de onderaannemers. Daarom is het sociaal overleg onontbeerlijk, ook in de KMO's.

« In Duitsland heeft iedere chemische stof een technisch fiche met daarop de maatregelen die moeten worden genomen in verband met voorzorg, opslag, etikettering, specifieke uitrustingen. Maar in de fabrieksindustrie worden deze fiches opzijgeschoven; de werknemers worden soms niet eens op de hoogte gebracht » (een Duitse syndicalist)

Vorming

De vorming moet niet tot de werkgevers worden beperkt; het is gepast om de werknemers en hun vertegenwoordigers te betrekken bij de vorming over preventie in het kader van het sociaal overleg. Maar ook de artsen moeten bewuster worden gemaakt van het verband tussen gezondheid en arbeidsomstandigheden. Er zouden gemeenschappelijke vormingsacties met huisartsen kunnen worden overwogen. Zij spelen een belangrijke rol bij de





schadeloosstelling. Zij moeten de ziekte vanuit de eerste lijn benaderen. Zij leveren de informatie die komt uit de medische centra en spelen een essentiële rol in de aangifte van de beroepsziekte. Op Europees vlak zou het nuttig zijn om de uitwisseling en overdracht van kennis en goede praktijken te bevorderen (in het bijzonder voor

wat de erkenningsprocedures en -criteria van de ziekte betreft). Waarom niet een gedeelte van de loonmassa besteden aan de vorming van laaggeschoolde risicogroepen en de vorming gebruiken om de kwaliteit van de tussenkomsten van onze afgevaardigden en vrijgestelden over gezondheid en veiligheid verhogen? Een betere kennis van de wetgeving zou kunnen helpen.

« De scholing van artsen in beroepsziekten is pover. In mijn land wordt in een studieprogramma van 6 jaar slechts 2 uur aan beroepsziekten besteed » (een Franse syndicalist)



Het onderzoek

Met het opduiken van nieuwe risico's op gezondheidsvlak is het belangrijk om het onderzoek te stimuleren en het te oriënteren naar multifactoriële ziekten waaronder kankers. De nieuwe problemen – onder andere de stressgebonden ziekten die te wijten zijn

aan de onophoudelijke productiviteitswinst – verdienen serieuze studies ter voorbereiding van een erkenning.

« Er moet heel wat onderzoekswerk over het evenwicht tussen productiviteit en stress worden gedaan » (een Belgische syndicalist)

De nabijheidsdiensten

Voor de vakbondsorganisaties gaat het erom een kwaliteitsdienst aan de leden aan te bieden opdat zij hun rechten kunnen laten gelden in hun eigen land en elders in Europa. De werknemers kennen niet noodzakelijk hun rechten en de procedures om ze te laten erkennen. In de context van beperkingen van sociale uitgaven en budgetverlagingen mag er niet geraakt worden aan de nabijheidsdiensten (juridische diensten, enz.) die op lokaal vlak

moeten worden verzekerd. De werknemers moeten meer worden geïnformeerd over het recht op preventie, schadeloosstelling, enz.. Er bestaat een reële behoefte, want beroepsziekten vormen een specifiek domein dat bijzondere capaciteiten vereist. Het is belangrijk om op Europees niveau structuren te hebben die gericht zijn op de samenwerking tussen de vakbonden en Europese instellingen om de burgers die zich verplaatsten in de EU te helpen. Naast de nationale diensten zou men dus moeten mikken op de oprichting van Europese diensten.

Uitwisseling van goede praktijken



Bij gebrek aan een snelle Europese harmonisatie, die wenselijk is maar moeilijk, gezien de verschillen tussen de systemen, zou het nuttig zijn de talrijke goede praktijken die bestaan in Europa te identificeren (asbest, arbeidsgeneeskunde, onderzoekscentrum, pilootinitiatief over de niet-erkende ziekten, registratie van de blootstellingsgegevens, bewustmaking van de artsen, onderzoek over de plurifactoriële ziekten, risicoanalyse, preventiebeleid in de bedrijven, enz.). Deze initiatieven moeten worden bekendgemaakt en de goede praktijken moeten worden verspreid. De Commissie zou kunnen gebruik maken van de evaluatie van eind 2006 over de aanbeveling van

2003 om aan de staten te vragen welke hun goede praktijken zijn. Men stelt bijvoorbeeld vast dat het verband tussen het bedrag van de werkgeversbijdrage en het risico, een aansporing is om de preventie op te waarderen.

« In een plasticbedrijf in Roemenië heeft men een stijging vastgesteld van ziekten die door lood worden veroorzaakt. In de plaats van de bescherming van de werknemers te verbeteren, werden de installaties die voor problemen zorgden, gedelokaliseerd naar Moldavië. Daar willen de werknemers tot elke prijs hun job behouden. Dat is dan jammer voor de beroepsziekten. » (een Roemeense syndicalist)

In de nieuwe lidstaten en kandidaatlanden

De werknemers van de kandidaatlanden en de nieuwe lidstaten onderstrepen het belang van de omzetting van de Europese richtlijnen, waaronder de kaderrichtlijn over gezondheid en veiligheid. De situatie blijft er evenwel zorgwekkend op het vlak van de arbeidsomstandigheden. Zo kan in Bulgarije enkel de werkgever de erkenning van een beroepsziekte aanvragen. Als men daar dan de geringe vergoedingen aan



toevoegt, stelt men vaak vast dat noch werkgevers noch werknemers er belang bij hebben om beroepsziekten aan te geven. Bovendien zijn de controlediensten nog zeer zwak en weinig toegerust.

« Bij ons zijn de vergoedingen voor beroepsziekten zo laag dat de werknemer zelf liever blijft werken...Resultaat : de statistieken van de beroepsziekten zijn zeer goed ! » (een Bulgaarse syndicalist)

Even delicaat is het probleem van het evenwicht dat momenteel moet worden nagestreefd tussen de bekommernissen omtrent gezondheid en veiligheid en de problemen rond economie en werkgelegenheid. Hoe zich bekommeren om de gezondheid en de veiligheid als in de eerste plaats herstructureringen veront-rusten?





« Het zou zeker wenselijk zijn dat het toekomstige Europese agentschap voor chemische stoffen bevoegd is om informatie over de gezondheid van de werknemers te geven » (een Europees ambtenaar).

Autorisatie

De autorisatie zal enkel worden gevraagd voor zeer gevaarlijke stoffen (mutagene, kankerverwekkende, giftige stoffen voor de voortplanting, bioaccumulatieve stoffen in het milieu). De fabrikant en/of de invoerder zal een autorisatie moeten vragen om de stof op de markt te brengen. Deze autorisatie zal +/- 1400 stoffen betreffen en zou de vervanging moeten aanmoedigen.

Verwachte gevolgen

Een van de verwachte gevolgen van dit systeem is een betere bescherming van de gezondheid van de blootgestelde werknemers. Er bestaat wel al een Europese wetgeving over de gezondheid op de arbeidsplaatsen⁽¹⁰⁾. Maar toch moeten wij vaststellen dat deze wetgeving geen zeer goede resultaten oplevert. De richtlijnen worden niet toegepast, omdat men niet over alle informatie beschikt. Met REACH zullen de risicoanalyses vollediger zijn, vooral voor de gebruikers. De producent of invoerder zal ook raad moeten geven voor een veilig gebruik van de stoffen. Het schema van de gegevens over de veiligheid zal worden verbeterd.

9. Europese Commissie, « Witboek – Strategie voor het toekomstige beleid inzake chemische stoffen », COM(2001)88 final, Brussel, 27 februari 2001.

10. In het bijzonder de richtlijn over de chemische stoffen en die over de kankerverwekkende of mutagene stoffen: richtlijn 98/24/CE van de Raad, van 7 april 1998, betreffende de bescherming van de gezondheid en de veiligheid van de werknemers tegen de risico's verbonden aan chemische stoffen op de werkplaats (veertiende bijzondere richtlijn in de zin van artikel 16, paragraaf 1, van de richtlijn 89/391/CEE); richtlijn 2004/37/CE van het Europees Parlement en van de Raad van 29 april 2004, betreffende de bescherming van de werknemers tegen de risico's verbonden aan de blootstelling aan kankerverwekkende of mutagene stoffen op de werkplaats (zesde bijzondere richtlijn in de zin van artikel 16, paragraaf 1, van de richtlijn 89/391/CEE).

REACH is het acroniem van « Registration, Evaluation & Authorisation of Chemicals ». Dit ontwerp van Europese richtlijn is het eindresultaat van een beraad dat in februari 2001 door de Commissie werd gelanceerd⁽⁹⁾. De bedoeling ervan is drievoudig: duurzame ontwikkeling bevorderen, een hoog beschermingsniveau voor de menselijke gezondheid en het milieu bereiken, de competitiviteit van de chemische industrie versterken. Onrechtstreeks zou REACH kunnen bijdragen tot de strijd tegen beroepsziekten met betrekking tot chemische stoffen.

Om deze doelstellingen te bereiken, streeft REACH ernaar het gebruik en de verkoop van chemische stoffen in de ganse EU te regelen. Want de huidige wetgeving geeft een probleem: ze kan geen voldoende bescherming van de menselijke gezondheid en het milieu verzekeren, ze moedigt de innovatie en de competitiviteit van de Europese industrie niet aan.

Het gebrek aan informatie over chemische stoffen is flagrant. Men kent de gezondheidsrisico's niet van de meeste stoffen die op de markt zijn gebracht. Werknemers worden blootgesteld, niet alleen in de chemie, maar ook in de

afnemende industrie, in andere sectoren, in KMO's, in onderaannemingsbedrijven...

« Men kent de gezondheidsrisico's van de meeste chemische stoffen die op de markt werden gebracht niet » (een Europees onderzoeker)

Registratie

REACH zou op ongeveer 30 000 chemische stoffen betrekking hebben. Met deze reglementering zal Europa de gegevens over deze stoffen, hun toxicologische kenmerken, de schade voor het milieu en andere informatie verzamelen die het zullen mogelijk maken om er beschermingsmaatregelen uit af te leiden. De registratie van de stoffen zal gebeuren via een registratiefiche die aan de producenten en/of invoerders van de stof (als de productie ervan een ton per jaar overschrijdt) zal worden gevraagd. Dit fiche zal alle informatie bevatten en zou een veiliger gebruik van de producten moeten bevorderen.

Evaluatie

Voor wat het « evaluatie »-gedeelte betreft, zal in Helsinki een Europees Agentschap worden gevestigd dat alle registratiedossiers zal samenbrengen. De lidstaten zullen de dossiers moeten bestuderen en kunnen, indien nodig, aan fabrikanten vragen om informatie te geven als het dossier niet volledig is.



Een ander verwacht gevolg: REACH zou de producenten moeten aanzetten tot het op de markt brengen van vervangingsstoffen. Sommigen denken dat deze stoffen in de toekomst competitiever zullen zijn, want consumenten vragen naar producten die de gezondheid en het milieu meer respecteren. Volgens een studie van de Universiteit van Sheffield zouden jaarlijks dankzij REACH 50 000 gevallen van ademhalingsziekten en 40 000 gevallen van huidziekten kunnen worden vermeden⁽¹¹⁾.

De winst (voor de kas van de sociale verzekeringen) zou 3,5 miljard euro op tien jaar bedragen; 90 miljard op 30 jaar.

« In verband met REACH werden veertig impactstudies gedaan. 38 om de kosten voor de industrie te meten. Slechts 2 om de voordelen voor de gezondheid van de werknemers te meten » (een Europees onderzoeker)

11. « The impact of REACH on occupational health, with a focus on skin and respiratory diseases », étude réalisée par Simon Pickvance, Jon Kamon, Jean Peters et Karen El-Arifi, University of Sheffield, UK, ETUC – ETUI-REHS, septembre 2005. Voir aussi : ETUI-REHS (2005), « REACH au travail : les syndicats réclament une politique européenne plus ambitieuse pour les produits chimiques », spécial numéro van Newsletter HESA, in samenwerking met het EVV, Brussel, 2005.

De Europese sociale dialoog heeft zich sterk ontwikkeld in de loop van de laatste vijftien jaar, zowel op interprofessioneel als op sectoraal vlak. Het verdrag van Maastricht geeft de Europese sociale partners de mogelijkheid om met elkaar « kaderakkoorden » te onderhandelen die vervolgens in richtlijnen worden omgezet. Die worden op hun beurt omgezet in de lidstaten of toegepast in deze staten volgens de geldende praktijken (collectieve overeenkomsten, enz.). Sinds 1998 ontwikkelt de sectorale sociale dialoog zich binnen « Comités van de sectorale sociale dialoog » (CSSD). Vandaag bestaan er 32, die evenveel sectoren van de Europese economische activiteit omvatten.

De Europese chemische industrie is door haar grootte de belangrijkste Europese industrie⁽¹²⁾. Deze sector stapte officieel in de Europese sociale dialoog in december 2002, met een eerste getekende gemeenschappelijke verklaring tussen sociale partners⁽¹³⁾. Daarna volgde een snelle ontwikkeling; in 2004 werd het Comité van de sectorale sociale dialoog voor de chemische industrie opgericht. De drie hoofdthema's op de agenda van deze sector zijn momenteel het REACH-voorstel (met inbegrip van de kwesties gezondheid en veiligheid), opleiding en levenslang leren en het Responsible Care-programma (het gaat om een vrijwillig initiatief, dat wordt gecoördineerd door de European Chemical Industry Council, waarvan de doelstelling is de prestaties van de industrie op het vlak van veiligheid op het werk en milieu te verbeteren en zo werknemers, omwonenden, consumenten en milieu



te beschermen.) Bovendien heeft de EMCEF, naar het voorbeeld van het EV en de Europese vakverbonden, in de schoot daarvan een comité van collectieve onderhandeling opgericht. De uitbreiding van de Europese Unie en de invoering van de euro maakten het noodzakelijk om voor instrumenten te zorgen om de maatregelen in de nationale collectieve overeenkomsten te vergelijken.

De actoren

De EMCEF is lid van het EV en telt ongeveer 120 aangesloten vakbonden. Ze is ontstaan in 1996 uit de fusie tussen de European Mineworkers Federation (EMF) en de European Federation of Chemical, Energy and General Workers Union (EFCGWU). Bij de aanvang was het grootste probleem van de EMCEF dat ze aan werkgeverszijde niet echt een formele partner voor een sociale « dialoog » had. De European Chemical Industry Council (CEIC) had inderdaad geen mandaat om te praten en te onderhandelen met de Europese vakbondsfederaties. De industriële werkgeversfederaties werden opgericht met de bedoeling hun industriële belangen tegenover de initiatieven van de Europese Commissie te verdedigen; sociale kwesties stonden daar buiten. Om deze dialoog

geleidelijk aan te structureren, werd in 2000 een eerste conferentie georganiseerd in Milaan. Daarop werden alle werkgevers – en vakbondsorganisaties van de lidstaten van de Unie uitgenodigd.

In januari 2002 besliste de CEIC uiteindelijk om een Europese groep van chemiewerkgevers op te richten (ECEG). Die kan worden beschouwd als de « sociale arm » van de CEIC. Tot zijn taak behoren sociale kwesties en de betrekkingen met de vakbondsorganisaties van de sector. Hij vertegenwoordigt ongeveer 10 000 Europese bedrijven. In december 2002 werd voor de eerste keer een conferentie georganiseerd in Parijs door de twee, sindsdien officiële, sociale partners van de chemie, de EMCEF en de ECEG.

12. Ze geeft rechtstreeks werk aan twee miljoen werknemers. Ze is de tweede industriële sector binnen de EU en de eerste markt op wereldvlak.

13. Op Europees niveau zijn de sociale partners van de sector: voor de werknemers, de Europese Federatie voor de Mijnen, de Chemie en de Energie – European Mine, Chemical and Energy Workers Federation (EMCEF); voor de werkgevers, de Europese Groep van chemiewerkgevers – European Chemical Employers Group (ECEG). Voor meer informatie over de sociale dialoog in de chemiesector, zie: Le Queux, S. et Fajertag, G. (2001), « Towards Europeanization of Collective Bargaining ? : Insights from the European Chemical Industry », *European Journal of Industrial Relations*, Vol.7, n   2, juli 2001, pp.117-136. Zie ook: Reibsch, R. (2005), « Social dialogues in the EMCEF industries », in *Transfer* 3/05, 2005. Zie ook: Schulten, T. (1999), « Franco-German cooperation agreement between chemical workers/unions », 28 mei 1999, (<http://www.eurofound.eu.int/1999/05/inbrief/de9905201n.html>).

De thema's van gemeenschappelijk belang

Op 4 december 2002 werd een gemeenschappelijke verklaring goedgekeurd, waarin de twee organisaties beslissen « een permanente, sectorale, sociale dialoog in te voeren binnen de Europese chemische industrie om enerzijds, een gunstig klimaat voor het concurrentievermogen en voor de tewerkstelling in deze sector te creëren en, anderzijds, de sociale dimensie van Europa te ontwikkelen »⁽¹⁴⁾. Andere conferenties volgen, in Madrid in 2003 en in Helsinki in 2004. Daarnaast worden de thema's op de agenda van de dialoog uitgebreid: de problemen rond kwalificaties blijven belangrijk (in sommige Europese

landen laat een tekort aan hooggeschoold personeel de werknemers zich voelen), maar vooral duiken ook het REACH-project op, dat de sociale partners op Europees vlak alarmeert⁽¹⁵⁾, en ook de vraagstukken rond gezondheid en veiligheid en het Responsible Care-programma⁽¹⁶⁾. Vervolgens, in november 2005, kondigen de sociale partners hun bijdrage aan

het actiekader over de levenslange ontwikkeling van competenties en kwalificaties aan⁽¹⁷⁾. Dat kader, dat op interprofessioneel vlak werd goedgekeurd, heeft geleid tot de oprichting van een werkgroep in de chemiesector om de kwestie van de kwalificaties en de vorming te analyseren en informatie en uitwisseling van goede praktijken terzake te vergemakkelijken. Er werd ook beslist een onderzoek over opleiding, vorming en levenslang leren te lanceren. De resultaten van dit onderzoek zullen binnen de CSSD worden opgevolgd.

Evaluatie

Men stelt dus vast dat de sociale dialoog in de chemiesector zich sinds het begin van de jaren 2000 aan een constant tempo ontwikkelt. Maar industriële kwesties mogen dan al zeer sterk aanwezig zijn, sociale problematieken en dan vooral die rond gezondheid en veiligheid, beroepsziekten en arbeidsongevallen zijn dat minder. Een van de specifieke problemen van de chemische industrie is dat terwijl de bedrijven van de sector de vraagstukken van de gezondheid en de veiligheid zeer serieus nemen, men tegelijk vast-

stelt dat de onderaannemende bedrijven (vaak KMO's) en die van andere afnemende sectoren van de chemie (bouw, landbouw, enz.) minder openstaan voor deze kwesties. De werknemers die aan gevaarlijke stoffen worden blootgesteld, zijn er minder goed geïnformeerd, de procedures voor opslag en/of manipulatie van producten worden er niet altijd nageleefd, de veiligheidsvoorschriften worden er niet altijd toegepast. Daarom is het voor de chemiesector belangrijk gebleken om acties te voeren met het oog op de verspreiding van de goede praktijken van gezondheid-veiligheid buiten de sector zelf, in de bedrijven en andere sectoren die chemische stoffen gebruiken. De EMCEF is het Europese syndicale instrument om op deze gemeenschappelijke kwesties in te gaan. Daarom moet er worden teruggekomen op de specifiek sociale vraagstukken, waaronder gezondheid en veiligheid. Het engagement van de sociale partners over REACH is een buitenkans om deze syndicale dimensie te onderhandelen. Nu is er nog een positieve benadering van de werkgevers nodig.

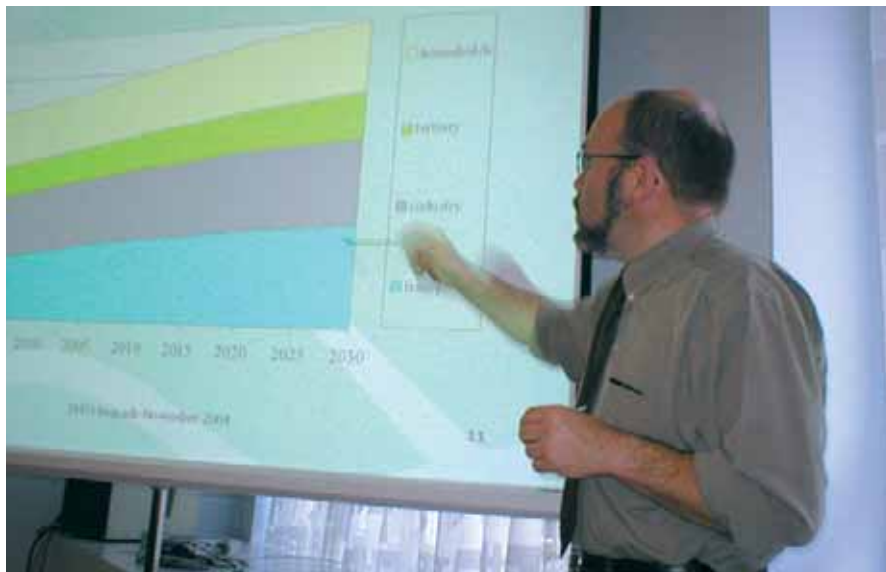


14. Gemeenschappelijke verklaring ECEG/EMCEF 2002, Parijs, 4 december 2002.

15. Gemeenschappelijke verklaring van ECEG, CEFIC en EMCEF over het nieuwe Europese beleid inzake chemische stoffen (REACH), 27 november 2003.

16. Het is zo dat een protocol van akkoord over het Responsible Care-programma zal worden getekend tussen ECEG, EMCEF en CEFIC op 21 mei 2003.

17. « ECEG / EMCEF contribution to the third follow-up report of the Framework of action for the lifelong development of competences and qualifications », november 2005.



Na alle bedenkingen die voorafgaan, lijkt het vandaag noodzakelijk om de beroepsziekten weer hoog op de politieke en sociale agenda te plaatsen. Waarom? Eerst en vooral eenvoudigweg omdat het steeds onbegrijpelijker lijkt dat er geen echte Europese arbeids-geneeskunde bestaat, terwijl men het vrij verkeer van werknemers op het Europese grondgebied wil aanmoedigen. De obstakels op de weg naar een harmonisatie van preventiebeleid, erkennings-procedures, schadevergoedingsstelsels zijn echter talrijk. Maar, en dat is ons tweede punt, de evoluties in de arbeidsorganisatie brengen vandaag nieuw leed en nieuwe beroepsziekten met zich mee. Het is waarschijnlijk dat deze evoluties, gecombineerd met de uitbreiding van de Europese Unie, er in een nabije toekomst zullen toe leiden dat het huidige beleid ter zake nader wordt bestudeerd. Dit wordt een kans om het probleem op Europees vlak voor te leggen.

Het is dus belangrijk om vooruit te lopen en enkele elementen als syndicale strategie voor te stellen. De analyses en bedenkingen die door de deelnemers, de experts, de officiële vertegenwoordigers van vergoedingsinstellingen werden aangebracht op het seminarie van Padua in de lente 2006 vormen in dit opzicht een schat aan informatie, vaststellingen, voorstellen. Een aantal van deze elementen hebben vooral betrekking op de chemiesector, maar andere betreffen dan weer alle sectoren.

1. Te bespreken voorstellen in de chemiesector

De toepassing van reglementeringen aan toeleveringszijde en aan afnemerszijde

De ongezonde arbeidsomstandigheden en het goede gebruik van gevaarlijke chemische stoffen moeten worden gecontroleerd, niet alleen aan de toeleveringszijde, in de bedrijven van de chemiesector, maar ook aan de afne-

merszijde, bij de onderaannemers, in de KMO's, in de sectoren die de stoffen gebruiken die door de chemische industrie worden geproduceerd (bouw, landbouw, kappers, enz.). Men moet, wanneer dit mogelijk is, zorgen voor de vervanging van gevaarlijke producten. Men moet ook de inspectiediensten versterken en de reglementeringen, in het bijzonder de kaderrichtlijn van 1989 over de gezondheid en de veiligheid op het werk, de risicoanalyse en het risicobeheer verbeteren.

De vorming

Het komt aan de werkgevers toe om een continue vorming van de werknemers over gezondheid en veiligheid te organiseren. Deze vorming is vandaag vaak ontoereikend, vooral in de KMO's en tegenover laaggeschoolde werknemers. In dit opzicht zou het interessant zijn om de haalbaarheid te onderzoeken van een maatregel zoals het engagement om een gedeelte van de loonmassa ter beschikking te stellen voor de organisatie van sectorale vormen die zich richten tot risicogroepen, laaggeschoolden en werknemers die worden blootgesteld aan gezondheids- en veiligheidsrisico's, zonder evenwel een vorming voor nieuw aangenomen werknemers in de sector te vergeten. Maar het is ook





ken rond gezondheid en veiligheid, preventie en schadeloosstelling van beroepsziekten, vorming, informatie en onderzoek tot uiting te brengen. De EMCEF moet de band tussen de nationale sectorale organisaties en het Europees Vakverbond blijven, vooral over de kwestie beroepsziekten en het preventiebeleid. Door de uitwisseling te bevorderen, draagt de EMCEF eveneens bij tot overdracht van kennis en van goede syndicale praktijken. Ten slotte moet het belang van het lokale sociale overleg worden onderstreept, in het bijzonder binnen de comités gezondheid-veiligheid in de bedrijven, zowel op het gebied van informatie als op vlak van preventie, risicoanalyse en -beheer.

belangrijk om de kwaliteit van de tussenkomsten van de vakbondsafgevaardigden en -vrijgestelden over beroepsziekten te bevorderen. Bovendien is het noodzakelijk over diensten te beschikken die in staat zijn de rechten van de werknemers te doen gelden en de erkenning van hun ziekten te bekomen. De oprichting van netwerken van Europese referentiediensten zou een nuttige bijdrage zijn tot dit probleem.

« Gezondheidsscholing is altijd een pover element in de beleidsprioriteiten. Gewoon omdat gezondheidsscholing tijd vraagt vooraleer ze resultaten oplevert. En die tijd verschilt van de politieke tijd » (een Europees ambtenaar).

Het onderzoek

Het onderzoek over de beroepsgezondheid zou vandaag moeten worden gericht op de multifactoriële ziekten, waaronder kankers, en op de kwetsbaarste werknemersgroepen en de onderaannemingsactiviteiten. De ontwikkeling van multidisciplinaire onderzoeken rond de nieuwe arbeidsomstandigheden zou het ook mogelijk maken om de impact van de nieuwe vormen van arbeidsorganisatie op de gezond-

heid te meten. Ten slotte moet het onderzoek gericht zijn op het risicobeheer en de vervanging van gevaarlijke producten.

De rol van de sectorale sociale dialoog

Binnen de EMCEF zou het opportuun zijn om de vraagstuk-

« De Emcef zal zich meer inzetten opdat het comité industrieel beleid een bijzondere aandacht zou besteden aan de analyse van de problematiek en van de reglementering inzake beroepsziekten, aan de controle op de naleving van de normen, aan het veiligheidsbeheer in de KMO's en aan het risicobeheer bij de onderaanneming » overeenkomstig de beslissingen van het Congres van Stockholm in 2004.

De Emcef zal initiatieven nemen om binnen het kader van de sociale dialoog de resultaten van de conferenties van Ferrara, Praag en Rome en van andere initiatieven te benutten. Zij zal een syndicaal standpunt bepalen dat als referentie zal dienen voor de sociale dialoog. Bovendien moeten de mobiliteit van de werknemers in Europa en het opduiken van nieuwe arbeidsomstandigheden ons uitnodigen om de kwestie beroepsziekten uit te diepen.

De Emcef zal in haar standpuntbepalingen de gezondheids- en veiligheidsaspecten voor de werknemers van onderaannemers opnemen. Wij moeten voortaan grondig gaan nadenken over de manier waarop Reach gaat worden geïmplementeerd en over de voordelen die de werknemers daar kunnen uithalen.

De Emcef verbindt zich ertoe om, op een serieuze manier en in overleg, een sectorale sociale dialoog over de aspecten gezondheid-veiligheid en beroepsziekten voor te bereiden. Zij zal eisen formuleren die enerzijds kunnen leiden tot engagementen van de werkgevers op dat gebied en anderzijds tot de versterking van Europese beschermende wetsbepalingen voor de werknemers, in samenwerking met het EVV. »

Uittreksel uit de motie die door ACV Energie Chemie werd ingediend voor de Algemene Vergadering van de EMCEF van juni 2006 tengevolge van het seminarie in Padua.



2. Te bespreken voorstellen op inter-professioneel vlak

Betere toepassing van de bestaande wetgevingen

De Europese lijst van beroepsziekten, de kaderrichtlijn tot bevordering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers⁽¹⁸⁾ en de aanvullende richtlijnen, de nationale wetgevingen en reglementeringen zijn de ruggengraat van de actie inzake preventie en schadeloosstelling van de slachtoffers van beroepsziekten. De kaderrichtlijn voorziet in informatie, vorming en raadpleging van de werknemers over de beroepsrisico's. De toename van de onzekere contracten, die soms van heel korte duur zijn (uitzendarbeid), de toevlucht tot onderaanneming en de afwezigheid van een syndicale vertegenwoordiging in de kleine en middelgrote ondernemingen zorgen er evenwel voor dat werkgevers de voorschriften vaak slechts zeer gedeeltelijk toepassen.

18. Richtlijn 89/391/CEE van de Raad, van 12 juni 1989, betreffende de tenuitvoerlegging van de maatregelen tot de bevordering van de veiligheid en de gezondheid van de werknemers op het werk.

Wat de inspectiediensten betreft, zij zijn vaak onvoldoende toegerust en hebben het moeilijk om toezicht en controle te verzekeren, in het bijzonder in de KMO's. Er moet worden gepleit voor een uitbreiding van de verantwoordelijkheid van de grote bedrijven inzake gezondheid, voor alle beroepsactiviteiten die op hun sites worden uitgeoefend.

Voor wat de Europese lijst van beroepsziekten betreft, moeten de nationale reglementeringen haar minstens feitelijk naleven. De herziening van de aanbeveling zou een kans moeten zijn om de nationale goede praktijken inzake preventie en schadeloosstelling te identificeren, te evalueren en te verspreiden. Bij gebrek aan tastbare effecten, zou men zich moeten beraden over het soort juridisch instrument dat werd gekozen – een aanbeveling – en een meer bindende Europese aanpak eisen.

Nabijheidsdiensten en Europese syndicale diensten

De kwaliteitsvolle juridische diensten binnen de vakbondsorganisaties dragen bij tot een betere kennis en toepassing van de bestaande wetgeving. Op Europees vlak moeten de vakbondsorganisaties deze diensten verzekeren door de oprichting van een "Patronato Europeo" dat zich moet doen gelden als een collec-

tief en privaat subject dat de nodige informatie en een adequate bescherming garandeert, dankzij een netwerk dat de verschillende diensten verenigt.

Onderaangifte

Het lijkt opportuun om de artsen meer te sensibiliseren over het verband tussen gezondheid en arbeidsomstandigheden, want zij spelen een essentiële rol op alle niveaus: preventie, informatie, indiening van een dossier, bestudering van dossiers, onderzoek... Om een systematische reconstructie van de beroepscurricula te kunnen maken, pleiten sommigen voor de invoering van een mechanisme dat de blootstellingen gedurende de loopbaan « traceerbaar » maken. Maar die idee werpt het probleem van het respect van het privéleven op.

Er treden nog andere factoren op in het fenomeen van de onderaangifte: het gebrek aan transparantie over de erkenningsprocedures en -criteria vanwege de vergoedingsinstellingen voor slachtoffers, de invoering van programma's die veiligheid aanmoedigen op basis van premies (die vaak samengaan met druk op de werknemers om niet-aangiften van arbeidsongevallen of beroepsziekten aan te moedigen). Die beheersmethodes krijgen zeker niet de gunst van de vakbondsorganisaties. In diezelfde zin zijn de invoering van competentiebalansen en merit rating een rem op de aangifte en op de mogelijkheden tot preventieacties.

« Een wetenschappelijke studie heeft een stijging van het aantal infarcten aangetoond bij pendelaars die twee uur per dag vastzitten in de files op de werkdag. Dit wordt niet erkend als een beroepsziekte. Nochtans worden wij vandaag steeds vaker met dergelijke situaties geconfronteerd. Daar zou moeten worden over nagedacht » (een Italiaanse verantwoordelijke)





Preventie

Men moet risico's vermijden, de risico's evalueren die onvermijdelijk zijn, het werk aanpassen aan de mens, rekening houden met de technologische vorderingen, vervangen wat gevaarlijk is door wat niet gevaarlijk is, collectieve beschermingsmaatregelen invoeren en die voorrang geven op individuele maatregelen, werknemers en hun vertegenwoordigers betrekken bij het geïntegreerd preventiebeleid. De werknemers kennen hun arbeidspost. Daarom moet een continu en participerend risicobeheer worden aangemoedigd in bedrijven in alle maten en uit alle sectoren. Bovendien stelt men vast dat het leggen van een verband tussen het bedrag van de werkgeversbijdragen en de vermindering van arbeidsongevallen of beroepsziekten een echte stimulans is om aan preventie te doen. De sociale partners van de sector zijn ervan overtuigd dat het succes van Reach het vertrouwen van klanten en consumenten in chemische stoffen en verwante producten zal vergroten. Op die manier wordt ook het vertrouwen in de chemische industrie groter. Wij moeten nadenken over hoe deze reglementering gaat worden toegepast en over de voordelen die wij eruit kunnen halen.

Overdracht van rechten

Werknemers die ooit migreerden in Europa en mobiele werknemers binnen de eenheidsmarkt hebben het vaak moeilijk om hun rechten in een vreemd land te doen gelden. Een muggenzifterige administratie, de ongezonde argwaan over de medische expertise, de slechte kennis van het buitenlands recht, de verschillende evaluatiecriteria of de verschillende diagnosetechnieken kunnen slachtoffers ontmoedigen of hinderpalen zijn om een recht op schadevergoeding te krijgen. Daarom zouden de nationale wetgevingen beter moeten worden gecoördineerd. Bovendien zou het nuttig zijn om een betere samenwerking tussen verantwoordelijken en dokters van vergoedingsinstellingen voor slachtoffers te organiseren, opdat ze het samen eens zouden worden over goede praktijken.

Betere nationale vergoedingsinstellingen

Naast de sociale, medische of wetenschappelijke beschouwingen, is er de kwestie van budgettaire middelen en dus van politieke en economische keuzes. Terwijl de traditionele ziekten afnemen door preventie of omdat gevaarlijke activiteiten (mijnen, staalindustrie, fabrieksindustrieën) geleidelijk aan verdwijnen, is er reden om meer rekening te houden met ziektes die opduiken door de nieuwe arbeidsomstandigheden. De communautaire strategie 2007-2012 over gezondheid en veiligheid moet tastbare effecten hebben en zich voorbereiden op de nieuwe risico's. Deze strategie is een nieuwe kans om de sociale beschermingsstelsels te harmoniseren en te komen tot richtlijnen die een gemeenschappelijke basis van rechten voor werknemers kunnen vastleggen. Bovendien zijn verbeteringen mogelijk, zoals

de uitbreiding van de Europese lijst, het volledige loonbehoud tijdens de verzorging en de stopzetting van het werk, de volledige tenlasteneming van de prestaties in natura, de invoering van een inkomensgarantie tot een bedrag van het vroegere loon voor de slachtoffers met een beperking van hun arbeidsgeschiktheid, een zwaardere verplichting tot behoud van tewerkstelling in het bedrijf, enz.

Verwachting van de kandidaatlanden

De werknemers van de nieuwe lidstaten en de kandidaatlanden hechten veel belang aan de omzetting van de communautaire verworvenheden, waaronder de richtlijnen over gezondheid en veiligheid. Zij onderstrepen evenwel hoezeer de situatie zorgwekkend blijft op het vlak van de arbeidsomstandigheden.

Er zijn daar grote, open werkterreinen voor vakbonden, werkgevers en regeringen. Maar men moet er ook geen geheim van maken dat de bekommernissen omtrent herstructureringen, privatiseringen, delokalisaties vóór de bekommernissen over gezondheid en veiligheid komen. Deze problemen zijn grotendeels ook die van de andere Europese landen.

Tien actiemogelijkheden voor de sociale

1 De bestaande wetgevingen verbeteren

- ♦ Een syndicale vertegenwoordiging in de KMO's verkrijgen.
- ♦ De verantwoordelijkheid van de grote bedrijven inzake gezondheid uitbreiden tot alle beroepsactiviteiten die op hun sites worden uitgeoefend.
- ♦ De aanbeveling van 2003 verbeteren en minstens de Europese lijst feitelijk respecteren.
- ♦ De goede praktijken inzake preventie en schadeloosstelling identificeren, evalueren en verspreiden.
- ♦ Een meer bindende Europese aanpak inzake harmonisatie (preventie, erkenning, schadevergoeding) eisen.

2 De reglementeringen aan toeleveringszijde en aan afnemerszijde toepassen

- ♦ De informatie aan alle werknemers over de naleving van de reglementering verbeteren.
- ♦ De uitvoering van de wetgeving bij uitzendkrachten, onzekere contracten, enz. verbeteren.
- ♦ De inspectiediensten versterken en de reglementeringen verbeteren.
- ♦ De terugbrenging van de oorzaken van beroepsziekten bevorderen.
- ♦ De arbeidsomstandigheden en het gebruik van gevaarlijke chemische stoffen aan toeleveringszijde en aan afnemerszijde (onderaannemers, KMO's, enz.) controleren.

3 De rol van de sectorale sociale dialoog versterken

- ♦ De sociale kwesties opnieuw op de agenda van de sectorale sociale dialoog plaatsen.
- ♦ De kwesties rond gezondheid en veiligheid, preventie en schadeloosstelling van beroepsziekten, vorming, informatie en onderzoek ter sprake brengen in de CSSD.
- ♦ De band tussen de sectorale organisaties en het Europees Vakverbond versterken.
- ♦ Via de EMCEF bijdragen tot overdracht van kennis en van goede syndicale praktijken.
- ♦ Het lokaal sociaal overleg binnen de bedrijven en comités gezondheid-veiligheid versterken.

4 De vorming verbeteren

- ♦ Vormingen organiseren in KMO's en voor laaggeschoolde werknemers.
- ♦ Een gedeelte van de loonmassa besteden aan deze vorming.
- ♦ De kwaliteit van de tussenkomsten van vakbondsafgevaardigden en -vrijgestelden bevorderen.

5 Nabijheidsdiensten verzekeren

- ♦ Een kwaliteitsdienst bieden aan de leden, opdat zij hun rechten zouden kunnen doen gelden in hun eigen land en elders in Europa.
- ♦ De werknemers meer informeren over hun recht op preventie, erkenning, schadeloosstelling, enz.
- ♦ Europese samenwerkingsstructuren tussen vakbonden en Europese instellingen creëren om de burgers die zich verplaatsen binnen de EU te helpen.

dialogoog en de beroepsziekten

6 Investeren in onderzoek

- ♦ Het onderzoek richten op multifactoriële ziekten, waaronder kankers;
- ♦ Het onderzoek richten op de kwetsbaarste werknemers en de onderaanneming.
- ♦ Multidisciplinair onderzoek over de nieuwe arbeidsomstandigheden ontwikkelen.
- ♦ De vervanging van gevaarlijke producten bevorderen via een volledige toepassing van REACH.

7 Onderaangifte bestrijden

- ♦ De artsen meer sensibiliseren over het verband tussen gezondheid en arbeidsomstandigheden.
- ♦ In staat zijn om de beroepscurricula te reconstrueren (blootstellingsperiodes).
- ♦ De transparantie van vergoedingsinstellingen voor slachtoffers (erkenningprocedures en -criteria) verbeteren.
- ♦ Managementmethodes bestrijden die de aangifte van beroepsziekten ontmoedigen.

8 Het preventiebeleid verbeteren

- ♦ Risico's vermijden.
- ♦ Onvermijdelijke risico's evalueren.
- ♦ Het werk aanpassen aan de mens
- ♦ Meer rekening houden met de technologische vorderingen.
- ♦ Collectieve beschermingsmaatregelen invoeren en die voorrang geven op individuele maatregelen.
- ♦ De werknemers en hun vertegenwoordigers betrekken bij het geïntegreerd preventiebeleid.
- ♦ Het bedrag van de werkgeversbijdragen linken aan de vermindering van beroepsziekten.

9 De « overdraagbaarheid » van de rechten verzekeren

- ♦ De kwaliteit van sociale voorzieningen rond beroepsmobiliteit verbeteren.
- ♦ Een betere coördinatie tussen nationale wetgevingen aanmoedigen.
- ♦ Een betere samenwerking tussen verantwoordelijken en artsen van vergoedingsinstellingen organiseren.
- ♦ Gemeenschappelijk goede praktijken bepalen die de uitoefening van het recht van de slachtoffers vergemakkelijken.
- ♦ De kennis van de reglementen en vergoedingsprocedures van de andere landen verbeteren.
- ♦ Netwerken van Europese referentiediensten voor juridische hulp voor de mobiele werknemers oprichten.

10 De nationale vergoedingsinstellingen verbeteren

- ♦ Rekening houden met ziekten die opduiken door nieuwe arbeidsomstandigheden.
- ♦ Zich laten leiden door de goede praktijken die al bestaan in Europa.
- ♦ De sociale beschermingsstelsels doen overeenstemmen;
- ♦ Een gemeenschappelijke basis van werknemersrechten vastleggen.



Het seminarie van Padua

Het seminarie van Padua (29 maart – 1 april 2006) vond plaats op initiatief van INAS (IT), ACV-Chemie (B) en FEMCA-CISL (IT), met de financiële steun van de Europese Commissie. Het bracht syndicalisten samen uit Italië, België, Frankrijk, Duitsland, Roemenië, Bulgarije; vertegenwoordigers van de EMCEF, verantwoordelijken van nationale vergoedingsinstellingen; verantwoordelijken van INAS; onderzoekers van Eurogip en van het Bureau technique syndical van het EVW; artsen; een vertegenwoordiger van het Observatoire social européen.

Lijst van de deelnemers

Angelini, Claudio – Bortone, Antonietta – Bousquenaud, Dominique – Capaldi, Bruno – Cereti, Pietro – Cernigliaro, Antonino – Costache, Sadagurschi – Crugnola, Roberto – Costa-David, Jorge – Dabanovic, Milica – Dal Magro, Paolo – Damyanov, Anastas – De Padova, Anna Maria – De Potter, Alfons – De Toni, Oraldo – Degryse, Christophe – Del Treppo, Graziano – Dorflein, Karl-Heinz – Drabik, Olga – Furieri, Gabriella – Gatti, Emilio – Geromin, Luca – Goggiamani, Angela – Guerisoli, Giovanni – Guidotti, Luigi – Hermans, Albert – Hristova, Tsvetana – Ilossi, Dario – Jegourel, Jean-Pierre – Jordens, François – Kieffer, Christine – Lanteri, Nicolo – Laurent, François – Leone, Francesco – Lodetti, Gianluca – Marranchelli, Giuseppe – Minutello, Massimo – Münch, Klaus – Musu, Tony – Nicolos, Marcel – Octavian, Ciobanu – Octavian, Luca – Paduanelli, Mario – Panero, Giancarlo – Perugini, Natale – Picchio, Valeria – Primante, Donatino – Reibsch, Reinhard – Rodomonti, Albano – Rodomonti, Italo – Roxana, Balescu – Ruvolo, Stefano – Schneider, Bernd – Strauss, Patrick – Theiss, Wilfried – Thimpont, Joël – Uytterhoeven, Jan – Vanweddingen, Philippe – Weis, Stefano – Wüchner, Manfred – Zara, Rico.

Lijst van de sprekers

Stefano Ruvolo, Italo Rodomonti, François Laurent, Christine Kieffer, Dr Jorge Costa-David, Patrick Strauss, Dr Joël Thimpont, Dr Giovanni Guerisoli, Klaus Münch, Jean-Pierre Jegourel, Dominique Bousquenaud, Marcel Nicolos, Bortone Antonietta, Octavian Ciobanu, Anastas Damyanov, Tony Musu, Reinhard Reibsch, Giancarlo Panero, Gianluca Lodetti.

Stuurcomité

Italo Rodomonti, François Laurent, Mario Paduanelli, Stefano Ruvolo, Dario Ilossi, Gianluca Lodetti.

Deze brochure werd gerealiseerd door het Observatoire social européen op vraag van ACV-Chemie, INAS en FEMCA-CISL, met de steun van de Europese Commissie (redactie: Ch. Degryse). Ze is beschikbaar in het Frans, Engels, Italiaans, Nederlands en Duits.
JULI 2006



ACV Energie Chemie - Trierstraat 31-33, 1040 Brussel

- ♦ acv-energie-chemie@acv-csc.be
- ♦ [-www.acv-energie-chemie.be](http://www.acv-energie-chemie.be)