

Opiniërend

België-Nederland: 5 redenen waarom ons arbobeleid naar elkaar toe groeit

Pascal Meyns¹, Karine Eerdeken¹ en Katrien Mortelmans¹

België kent zijn “preventieadviseurs” en zijn “externe diensten voor bescherming en preventie op het werk” (EDPBW). Nederland kent zijn “arbomedewerkers” en “arbodiensten”. Op het eerste zicht is er niet veel verschil, maar schijn bedriegt. Tenminste voorlopig nog.

In België wordt vanaf 2016 nieuwe wetgeving (Belgisch Staatsblad, 2015) van kracht die op een aantal terreinen fundamentele wijzigingen doorvoert en beide landen dichter bij elkaar brengt. Vooral de rol van de EDPBW's naar de bedrijven toe wijzigt.

Zo spelen een aantal nieuwe factoren een rol in ofwel de vereiste dienstverlening van de EDPBW naar het bedrijf toe, ofwel de bijdrage die een bedrijf dient te betalen aan een EDPBW, ofwel beide. Voor het eerst speelt het aantal medewerkers van een bedrijf een rol in de bijdrage per medewerker. Net zoals de activiteitensector (branche) waarin een bedrijf actief is, voor het eerst van belang is in de bijdrageberekening per medewerker. Verder is ook het aantal medewerkers binnen een bedrijf van belang voor de rol die een EDPBW volgens de wetgever dient te spelen vanaf 2016.

Globaal zien we vanaf 2016 vijf belangrijke punten om verder te bespreken:

1. RIE - en bijgevolg primaire preventie – nemen de bovenhand
2. De dienstverlening van de EDPBW's wijzigt fundamenteel
3. De responsabilisering van de werkgever neemt toe
4. De sectoren (“branches”) krijgen een grotere rol toebedeeld
5. De prijsberekening wijzigt fundamenteel, waardoor er meer ruimte komt voor een gericht beleid en kerndeskundigen.

In Nederland zijn deze zaken sinds lang verankerd in de wetgeving. Branchefederaties hebben er goedgekeurde RIE-instrumenten. Werkgevers zijn sterker geresponsabiliseerd, met name in het voeren van een verzuimbeleid en de samenwerking met kerndeskundigen. En de samenwerking met Arbodiensten is er meer op de benodigde maatregelen (uit de RIE) dan op wetgeving gestoeld.

In onderstaand artikel gaan we daarom nader in op de vijf Belgische nieuwigheden. Zodat de Nederlandse arbomedewerker een beter beeld van de Belgische situatie krijgt.

¹ *Mensura EDPBW, België*

1. RIE of risicoanalyses nemen de bovenhand

Al van bij aanvang is het de bedoeling geweest van de Europese regelgeving om situationeel – op basis van risicobeoordeling - aan welzijn te doen (European agency for safety and health, 2008). De idee hierachter is dat men de potentiële gevaren van iedere situatie of binnen iedere bedrijfscontext moet inventariseren en evalueren. Pas dan is het mogelijk om adequaat maatregelen te nemen die afgestemd zijn op de vastgestelde risico's en dus het welzijn van de medewerkers effectief verbeteren. Tot op vandaag is dit in België niet overal consequent doorgetrokken. Een aantal taken leidt er per definitie tot een periodiek geneeskundig onderzoek. Hiermee kan de arbeidsgeneesheer vroegtijdig gezondheidsklachten opsporen en indien nodig aangepast werk voorstellen. Dit is een goede zaak om erger te voorkomen, maar het probleem wordt niet aan de basis aangepakt.

Laten wij beeldschermwerk als voorbeeld nemen. Vandaag moet iedereen in België die “gedurende een aanzienlijk deel van hun normale werktijd beeldschermwerk verricht” om de 3 of 5 jaar op onderzoek komen, in functie van de leeftijd van de werknemer. Tevens dienen deze medewerkers op aanwervingsonderzoek te komen. Daarnaast moet ook vandaag al een risicoanalyse gebeuren van de werkposten zelf. Dit gebeurt echter zelden, zeker niet in kleine bedrijven. De risicoanalyse wordt vaak niet uitgevoerd onder andere omdat een groot deel van de beschikbare middelen opgebruikt zijn voor medische onderzoeken en er voor kleine bedrijven weinig toezicht is vanuit de inspectiediensten.

Vanaf 2016 vervalt de verplichting om medewerkers die aan een beeldschermwerk werken een periodiek medisch onderzoek te laten ondergaan. In de plaats daarvan wordt de analyse van de beeldschermwerkposten en het formuleren van preventiemaatregelen veel centraler gesteld. De analyse van de werkposten dient ook elke 5 jaar hernomen te worden. Enkel indien het nodig wordt bevonden zal een beeldschermwerker nog een periodiek onderzoek krijgen. Ook het aantal aanwervingsonderzoeken kan hierdoor verminderen.

Hoe zou de nieuwe situatie eruit kunnen zien? De analyse van de bestaande werkposten wordt uitgevoerd door preventiemedewerkers met een specifieke ergonomische vorming. Zij brengen in kaart welke knelpunten er eventueel zijn bij de inrichting van de beeldschermwerkposten en geven preventieve maatregelen. Indien bijvoorbeeld

de bureaus niet in hoogte verstelbaar zijn, zou voor een zeer kleine medewerker bij het aanwervingsonderzoek beslist kunnen worden dat periodiek medisch onderzoek gewenst is tot er wel in hoogte instelbare bureaus zijn. Voor alle medewerkers van een normale lengte kan dit achterwege blijven. Op die manier kunnen de competenties van alle preventiemedewerkers optimaal ingezet worden en haken de adviezen in elkaar tot een consistent en economisch efficiënt geheel.

Onderstaande cijfers (tabel 1), afkomstig van Mensura EDPBW, de Belgische marktleider, illustreren mogelijke verschuivingen in deze. De voorbije jaren, 2012 - 2014, werden jaarlijks om en bij de 25.000 individuele medische onderzoeken voor beeldschermwerk uitgevoerd. Deze vormen ongeveer 16% van het totale aantal medische onderzoeken die de bedrijfsartsen van deze EDPBW uitvoerden.

In diezelfde periode zien we dat er jaarlijks amper 20 tot 50 specifieke RIE's voor beeldschermwerk op bedrijfsniveau uitgevoerd werden.

Door het accent te verleggen van de medische onderzoeken voor beeldschermwerk naar RIE's voor beeldschermwerk, mogen we verwachten dat veel van deze medische onderzoeken zullen komen te vervallen: de hoog opgeleide arbeidsgeneesheren zullen enkel die werknemers onderzoeken die gezondheidsklachten of bekommernissen hebben. De arbeidsgeneesheren kunnen ingezet worden op andere taken en wellicht enkel nog die werknemers, waar hun expertise optimaler zal renderen voor het welzijn van de medewerkers. De kerndeskundigen, ergonomen, zullen op hun beurt voluit kunnen gaan. Voor de EDPBW's wil dit zeggen dat er meer kerndeskundigen nodig zullen zijn die vertrouwd zijn met klassieke RIE's, en specifieke competenties.

Tabel 1 Individuele medische onderzoeken voor beeldschermwerk

	2012	2013	2014
Aantal medische onderzoeken uitgevoerd door Mensura	23.933	24.668	26.250

(bron: Mensura EDPBW België)

2. De dienstverlening van de EDPBW wijzigt fundamenteel

In België worden op vandaag bedrijven ingedeeld volgens hun aantal medewerkers en het opleidingsniveau van de interne preventieadviseur.

De nieuwe wetgeving legt de EDPBW vanaf 2016 heel duidelijke taken op bij:

a) kleine bedrijven met minder dan 20 werknemers, en

b) middelgrote bedrijven van 20 tot 200 werknemers die geen opgeleide interne preventieadviseur in het bedrijf ter ondersteuning hebben.²

Deze bedrijven krijgen van EDPBW's in ruil voor een vaste bijdrage een uitgebreid welomschreven pakket aan begeleiding inzake welzijn op het werk.

Op zich is dit logisch en verstandig. Uit eerder onderzoek bij Mensura kwam al naar voor dat bijvoorbeeld in de branche van de bouw tot 72% van de kleinere werkgevers nog nooit gehoord heeft van de wetgeving rond welzijn op het werk (de Belgische Arbowedgeving).

Het zijn net deze kleinere bedrijven die vaak minder goed op eigen kracht een correct beleid kunnen voeren. Daarom moeten de EDPBW's in het pakket onder meer actief medewerking verlenen aan risicoanalyses. En moeten ze een beleidsadvies formuleren na een termijn van 5 jaar. In Nederland hanteert men sinds 2005 een andere werkwijze om de "kleine bedrijven" een beter welzijnsbeleid te laten volgen. De branche-instrumenten zijn er goedgekeurde RIE-tools. En sinds 2011 kunnen de bedrijven tot 25 werknemers kunnen er vrijgesteld worden van een toetsing, wanneer zij gebruik maken van een dergelijke erkende (branche-)instrument.

Het was een poging om meer grip te krijgen op de kleinere bedrijven. Dezelfde evolutie zie je nu in de Belgische wetgeving. De EDPBW's kunnen in samenwerking met de sectoren (de Nederlandse "branches") een instrument opmaken om sectorale risicoanalyses te maken. Als de EDPBW dergelijk instrument gebruikt, dan heeft hij voldaan aan zijn verplichting om actief mee te werken aan de risicoanalyse van de bedrijven zonder opgeleide preventieadviseur. De EDPBW's spelen wel nog een rol in het maken van de risicoanalyse zelf. Wellicht wil de Belgische wetgever hiermee een stukje kwaliteitsborging verzekeren van de analyses. De bedrijven hebben immers intern geen deskundigheid.

De middelgrote bedrijven met 20 tot 200 werknemers die wel een opgeleide interne preventie-adviseur in dienst hebben én de grotere bedrijven met meer dan 200 werknemers,³ krijgen in de nieuwe Belgische regelgeving daarentegen net veel meer zelfstandigheid. Geen basispakket maar keuzevrijheid in gewenste dienstverlening van EDPBW's. Het gevolg kan hiervan zijn dat zij minder beroep zullen doen op de klassieke arbeidsgeneeskundige onderzoeken, en meer op talloze kerndeskundigen bij de EDPBW's. Dit biedt voor de EDPBW's de kans om zich te profileren als hoog gespecialiseerde instellingen die alle facetten van welzijn op het werk kunnen borgen. Hun rol wordt zo opgewaardeerd. Minder bandwerk, meer werk in de diepte.

² Het betreft hier bedrijven zonder specifieke risico's. Indien die er wel zijn, liggen de aantallen lager.

³ Onder "grotere bedrijven" wordt in België begrepen: bedrijven met een eigen geschoolde preventieadviseur "niveau I of II", bedrijven boven de 200 werknemers of bedrijven met heel specifieke risico's die in de wetgeving opgesomd zijn.

Vele (middel)grote bedrijven zijn naar 2016 volop aan het puzzelen. Wat hebben we eigenlijk nodig en wat kunnen we daarmee kopen bij de EDPBW's? Zijn de EDPBW's ook bereid om zaken aan te bieden die niet expliciet in het verplichte dienstenaanbod van de nieuwe wetgeving staan? In de nieuwe wetgeving wordt eigenlijk enkel gewag gemaakt van kerndeskundigen die ingehuurd kunnen worden met de preventie-eenheden, maar valt een opleiding brandbestrijding daaronder of niet? Dat zijn zaken die de komende maanden en jaren uitgekristalliseerd moeten worden.

3. De responsabilisering van de werkgever neemt toe

Zoals hierboven al aangehaald, krijgen grotere bedrijven meer zelfstandigheid. Dit past in een maatschappelijke tendens van responsabilisering en democratisering. Twee krachten waar Nederland al langer mee experimenteert dan België en logischerwijs ook al verder in staat.

Het responsabiliseren is een tweesnijdend zwaard. Aan de ene kant krijgt de werkgever de vrijheid om zijn beleid zelf uit te tekenen. Aan de andere kant, zal een werkgever die deze vrijheid niet optimaal invult, zoals in het verleden, gesanctioneerd kunnen worden. Dit zal voor de Belgische inspectiediensten ook nog wat aanpassing vragen. Immers van het zeer strikte gereguleerde kader gaat men nu naar een veel vrijer systeem. Wat minder makkelijk te evalueren is.

Vanaf 2016 werken de grotere bedrijven met kredieturen, die preventie-eenheden genoemd worden. Elk bedrijf betaalt een vastgelegde som per werknemer. Met dit bedrag kan de werkgever shoppen bij de EDPBW's. Afhankelijk van de noden uit de RIE of in het door het bedrijf gewenste beleid, zet de werkgever dit bedrag in om een arbeidshygiënist, arbeidspsycholoog, ergonom, veiligheidsingenieur, bedrijfsverpleegkundige of andere kerndeskundige in te huren.

De wetgever maakt hierbij wel zijn voorkeur bekend. Bij voorkeur ziet de wetgever dat bedrijven de preventie-eenheden inzet om psychosociale aspecten preventief in kaart te brengen en aan te pakken. Dit naast het verder onderhouden van het bestaande medisch toezicht of met andere woorden het contact tussen de werknemer en de arbeidsgeneesheer tijdens medische onderzoeken.

De Belgische wetgever gaat weliswaar niet zover als de Nederlandse door een verzuimbeleid als taak te definiëren, maar spreekt zich wel uit in een "verwante voorkeursrichting". Hoewel verzuimbeleid geen expliciete taak is, zijn psychosociale aspecten als stress, burn out, pesten en ongewenst gedrag dat wel.

De Belgische wetgever gaat ook niet zo ver om werkgevers voor verzuimende werknemers een loondoorbetaling van 2 jaar en het opstellen van re-integratieplannen op te leggen.

4. De sectoren ("branches") krijgen een grotere rol toebedeeld

Vanaf 2016 wordt de som die een werkgever betaalt afhankelijk gemaakt van de sector (of: "branche") waarin hij actief is.

Dit heeft te maken met de hervormingen van de statuten van arbeiders en bedienden in België. In de loop van 2014 werden de statuten van arbeiders en bedienden naar één statuut gebracht en dit onder druk van Europa. Dit heeft heel wat gevolgen voor de Belgische werkgevers. Zo was tot voor de eenmaking het gewaarborgd loon bij ziekte voor arbeiders slechts 14 dagen, waar dat voor bedienden één maand bedroeg. De aanpassingen van het statuut betekenen voor de werkgevers met veel arbeiders in dienst een significante hogere kost. Gezien de al precaire situatie van de loonkost in België ten opzichte van de buurlanden, kon dit enkel het akkoord van de werkgevers krijgen als er compenserende maatregelen genomen werden.

In de welzijnswetgeving betalen werkgevers met veel arbeiders vandaag in België een hogere bijdrage dan werkgevers met veel bedienden. Dit is te wijten aan het feit dat de jobs die arbeiders uitoefenen doorgaans met grotere risico's op beroepsziekten gepaard gaan. Waardoor arbeiders gemiddeld genomen vaker jaarlijks op gezondheidsonderzoek gaan en er dus een hogere bijdrage is.

Men heeft daarom de bedrijven op basis van hun NACE-code (dit is de weergave van hun voornaamste economische activiteit) ingedeeld in 5 tariefcodes. Hierdoor betalen de bedrijven met veel arbeiders grossomodo minder dan in het huidige systeem en de bedrijven met veel bedienden betalen meer. Voor de EDPBW's is dit min of meer een budget-neutrale oefening. Helemaal correct is dit evenwel nog niet.

Het is in ieder geval wel zo dat het vanaf 2016 de betrokken bedrijven (verenigd in een branche) zijn die voor een correcte invulling van welzijn moeten zorgen. Alleen dreig je als goede leerling in een slechte klas benadeeld te worden. In iedere branche zijn er immers goede en slechte bedrijven vertegenwoordigd. Door de branche als geheel te bestempelen als hebbende een "verhoogd risico", veralgemenen we natuurlijk.

Neveneffect hiervan zou dan weer kunnen zijn dat sectorfederaties aangezet worden om een collectief beleid voor hun leden te ontwikkelen. De goede leerlingen kunnen in principe dan hun ervaringen delen met de anderen uit de sector. In de hoop dat de gehele branche beloond wordt voor verbeterende welzijnsparameters. Een directe financiële beloning in de vorm van een lagere bijdrage, is momenteel niet voorzien. In ieder geval is in de nieuwe wetgeving expliciet gesuggereerd dat EDPBW's beleidstools kunnen ontwikkelen die al dan niet op brancheniveau ontwikkeld zijn.

De wetgever gaat evenwel niet zo ver als in Nederland waar brancheorganisaties erkenningen voor RIE-instrumenten kunnen aanvragen en van een erkend label voorzien.

5. De prijsberekening wijzigt fundamenteel

Hierboven werd het al aangehaald: de prijsberekening wijzigt fundamenteel onder al deze parameters. Daar waar tot einde 2015 vooral het aantal medische onderzoeken in combinatie met het aantal werknemers bepalend was voor de bijdrage, wordt dit nu totaal anders. Het al dan niet onderworpen zijn aan een medisch onderzoek, speelt zelfs geen rol meer vanaf 2016.

Tabel 2 Tarieven gehanteerd in 2015

Tarieven gehanteerd in 2015	Bijdrage pp
Geen medisch onderzoek	17,22 EUR
Om de 5 jaar medisch onderzoek	24,13 EUR
Om de 3 jaar medisch onderzoek	40,22 EUR
Jaarlijks medisch onderzoek	120,6 EUR

(bron: Mensura EDPBW)

Bovenstaande tabel (tabel 2) toont aan dat de basis van de ondersteuning door EDPBW's tot op vandaag het medisch onderzoek is. Als er geen of minder onderzoek nodig is, zakken de tarieven. Hierdoor ligt de incentive bij zowel EDPBW als de bedrijven laag om bijkomende investeringen in primaire preventie te doen.

Vanaf 2016 is de prijsberekening gebaseerd op onderstaande tabel (tabel 3).

Door de bijdragen totaal anders te berekenen, heeft men een dubbel gegeven:

- het accent verschuift naar primaire preventie met kerndeskundigen (RIE en maatregelen die hieruit voortvloeien, zie hoger)
- bijdragen en budgetten die bedrijven betalen aan EDPBW's verschuiven.

Twee rekenvoorbeelden voor grote bedrijven illustreren dit:

Een Retailbedrijf uit de non-food heeft 303 werknemers in dienst waarvan 282 tot nog toe geen medisch onderzoek genoten omdat hun job geen bijzondere risico's

Tabel 3 Tarieven gehanteerd in 2016

Risico (op basis van de NACE-code)	Laag	→ → →			Hoog
Tariefcode	1	2	3	4	5
1 tot 5 werknemers (in €/werknemer)	35.50	51.50	64.00	81.00	95.00
> 5 werknemers (in €/werknemer) ⁸	41.50	60.50	75.50	95.50	112.0

(Bron: KB 27 november 2015 tot wijziging van het KB van 27 maart 1998 betreffende de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk wat betreft de tarifiering (BS 4/12/2015))

⁸ De gepubliceerde tarieven zijn per werknemer voor een geheel kalenderjaar. Indien de werknemer geen volledig kalenderjaar in dienst is bij de werkgever, worden de maanden prorata verrekend (in twaalfden).

inhiel. In 2016 wordt het bedrijf ingedeeld in een laag-risico branche met verlaagd tarief. Een rekenoefening, geïllustreerd door onderstaande tabel (tabel 4), leert ons dat het bedrijf vanaf 2016 maar liefst 405% meer zal betalen aan de EDPBW. Het zal voor het bedrijf dan ook zaak zijn om de dienstverlening voor dit bedrag goed te onderhandelen.

Tabel 4 Rekenvoorbeeld retail

Aantal werknemers	2015	2016	Tariefcode 3
Geen medisch onderzoek: 282	4.856 EUR		
Om de 5 jaar medisch onderzoek: 14	338 EUR		
Om de 3 jaar medisch onderzoek: 5	201 EUR		22.876,5 EUR
Jaarlijks medisch onderzoek: 2	241 EUR		
Totale bijdrage	5.636 EUR		22.876,5 EUR
% verschil in bijdrage			+405%

(Bron: Mensura EDPBW)

Een tweede bedrijf is actief in de gezondheidszorg. In totaal heeft het 3.086 werknemers. 2644 werknemers werden tot nog toe jaarlijks medisch onderzocht omwille van de specifieke risico's die medewerkers lopen. De gezondheidssector is een hoog-risico sector met tariefcode 5 vanaf 2016. Een rekenoefening, geïllustreerd door onderstaande tabel (tabel 5), leert ons dat het bedrijf vanaf 2016 ongeveer 5% meer zal betalen.

Tabel 5 Rekenvoorbeeld ziekenhuis

Aantal werknemers	2015	2016	Tariefcode 5
Geen medisch onderzoek: 126	3.892 EUR		
Om de 5 jaar medisch onderzoek: 207	971 EUR		
Om de 3 jaar medisch onderzoek: 103	4.143 EUR		345.632 EUR
Jaarlijks medisch onderzoek: 2.644	318.866 EUR		
Totale bijdrage	327.872 EUR		345.632 EUR
% verschil in bijdrage			+5.4%

(Bron: Mensura EDPBW)

Besluit

Vanaf 2016 slaat België nieuwe wegen in. Of deze wetswijziging slechts een begin is of vervolg krijgt en kan leiden tot een gelijkaardige evolutie als in Nederland, en of dat wenselijk is, blijft voer voor discussie.

Literatuur

KB 27 november 2015 tot wijziging van het KB van 27 maart 1998 betreffende de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk wat betreft de tarifiering (BS 14/12/2015)

Koninklijk besluit van 24 april 2014 tot wijziging van diverse bepalingen inzake welzijn op het werk

Koninklijk Besluit van 27 november 2015 tot wijziging van het KB van 27 maart 1998 betreffende de externe diensten voor preventie en bescherming op het werk wat betreft de tarifiering (Belgisch Staatsblad 14/12/2015)

Lemmens, K, Wat is de effectiviteit van de welzijnswet in de bouwsector? Niet-gepubliceerd eindwerk, Universiteit Antwerpen, 2014, p.53

X, European agency for safety and health, 2008, Common errors in the risk assessment process. E-facts 32, European agency for safety and health at work, 2008 via <http://osha.europa.eu>

<http://wetten.overheid.nl>

<http://www.arbocatalogus-vo.nl>

<http://www.arboportaal.nl>

<http://www.Baronije.nl>

http://www.lexalert.net/sites/default/files/14148_regeerakkoord_federaal_nl.pdf#overlay-context=nl/user/1

<http://www.rie.nl/>

<http://www.rie.nl/wetgeving>

<http://www.voion.nl>

<http://www.werk.belgie.be>

Met speciale dank aan

De medewerkers van de afdeling R&D van Mensura EDPBW België.