

Organizacija medicine dela in varstva pri delu v Belgiji

Occupational Health and Safety System in Belgium

Avtor:

Dani Mirnik, dr. med., specialist medicine dela, prometa in športa, ZVD Zavod za varstvo pri delu

IZVLEČEK

Sistemi varnosti in zdravja pri delu se med državami razlikujejo. V veliki meri so odvisni od politične ureditve, gospodarskega in zgodovinskega razvoja ter vizije za prihodnost. Temeljijo na zakonodaji držav, ki narekuje organizacijo različnih služb in deležnikov sistema. Belgija je država, ki je po velikosti primerljiva s Slovenijo, čeprav ima štirikrat več prebivalcev in se je gospodarsko že preusmerila v visokotehnološke industrije prihodnosti. Sistem varnosti in zdravja pri delu je organizacijsko podoben slovenskemu, vendar je v številnih vidikih organizacije in nadzora izpopolnjen. Namen prispevka je bralcem prikazati osnovno delovanje belgijskega sistema.

ABSTRACT

Occupational safety and health systems vary between countries. They are largely dependent on political regulation, economic and a vision for the future. Systems are primarily based on the laws of the countries, which dictate the organization of the various services and stakeholders of the system. Belgium is a country that is comparable in size to Slovenia, although it has four times the population and has already made economic changes to the high-tech industries of the future. The health and safety system is also comparable, but has been refined in many points of organization and control. The purpose of the paper is to present the Belgian occupational health and safety system.

Med 46.000 zdravniki v državi je približno 1000 specialistov medicine dela, ki skrbijo za zdravje zaposlenih v več kot 200.000 podjetjih.

1. UVOD

Belgija je država v severozahodni Evropi, ki na severu meji na Severno morje in Nizozemsko, na vzhodu na Nemčijo, na jugu pa na Luksemburg in Francijo. Organizacijsko in politično je razdeljena v dve regiji – Flandrijo na severu in Valonijo na jugu. S površino 30.538 km² je le za polovico večja od Slovenije, a je s približno 11 milijoni prebivalcev veliko gostejše poseljena. Približno 4,5 milijona delovno aktivne populacije letno proizvede 43,323 USD bruto domačega proizvoda na prebivalca (v primerjavi s Slovenijo – 23,597 USD). Belgija je ena izmed ustanovnih članic Evropske unije in je posledično država, ki med prvimi implementira evropske direktive in zakonodajo^{1,2}.

Med 46.000 zdravniki v državi je približno 1000 specialistov medicine dela, ki skrbijo za zdravje zaposlenih v več kot 200.000 podjetjih. Za primerjavo – v Sloveniji je trenutno aktivno zaposlenih okrog 150 specialistov medicine dela, prometa in športa, odgovornih za 978.000 zaposlenih. Glede na omenjene podatke specialist medicine dela v Sloveniji povprečno skrbi za približno 6500 zaposlenih, medtem ko se v Belgiji ta številka ocenjuje na približno 4000 zaposlenih na specialista. V obeh državah specialisti medicina dela delujejo tudi v drugih inštitucijah (npr. v zavarovalnicah, zavodih za pokojninsko zavarovanje, fakultetah itd.), kjer niso neposredno vključeni v aktivno varstvo zaposlenih. Ocenjene številke so zato verjetno podcenjene. Podobno kot v Sloveniji specialistov medicine dela tudi v Belgiji v zadnjih letih močno primanjkuje, zanimanje za specializacijo med mladimi zdravniki pa je majhno³.

2. ZAKONODAJA IN ORGANIZACIJA VARNOSTI IN ZDRAVJA PRI DELU NA NACIONALNI RAVNI

V Belgiji sta varnost in zdravje pri delu v pristojnosti Ministrstva za zaposlovanje, delo in socialni dialog. Ministrstvo je pristojni upravni organ, ki ga vodi minister za delo. Glavni izvajalski agenciji sta Direktorat za humanizacijo dela (angl. *Directorate General for the Humanization of Work*) in Direktorat za nadzor blaginje pri delu (angl. *Directorate General for the Control of the well-being at work*). Direktorat za nadzor blaginje pri delu je razdeljen v tri glavne oddelke: oddelek za regionalni nadzor z osmimi regionalnimi direktorati, oddelek za nadzor nad kemijskimi tveganji s tremi direktorati in oddelek za upravljanje znanja³.

Naloga inšpekcijskih služb je, da na podlagi predpisov nadzorujejo zdravstveno stanje in število nezgod pri delu v podjetjih in javnih zavodih. Zagotavljajo spoštovanje zakonodaje ter imajo svetovalno, preventivno in represivno vlogo. Njihova naloga je tudi sodelovanje pri pripravi in oblikovanju zakonodaje. Direktor za blaginjo pri delu je organiziran v tri oddelke: Oddelek za pripravo in oblikovanje zakonodaje, Oddelek za promocijo zdravja in Oddelek za socialni dialog. Oddelek za pripravo zakonodaje pripravlja predloge sprememb delovne zakonodaje, jih zagovarja in evalvira. Ukvarja se tudi s pripravo predlogov na evropski in mednarodni ravni ter z uvedbo evropskih in mednarodnih regulativ v belgijsko zakonodajo. Oddelek za nadzor blaginje pri delu skrbi za promocijo zdravja pri delu na mednarodni in nacionalni ravni. Razvija akcijske programe za distribucijo in uporabo „dobrih praks“ in mrež za izmenjavo informacij o počutju pri delu. V vsaki provinci obstajajo deželni odbori za spodbujanje dela z namenom učinkovitejšega doseganja malih podjetij. So tristranski odbori, ki jih sestavljajo predstavniki delodajalcev, zaposlenih in uprave, katerih predsedniki so guvernerji provinc. Izvajajo regionalne informacijske kampanje, ki jih nadzira direktorat za humanizacijo dela. Oddelek za socialni dialog med drugim organizira posvete na temo normativov varnosti in zdravja pri delu. Prav tako upravlja postopke za priznavanje in licenciranje zunanjih služb, ki sodelujejo na tem področju. Vladni organi in ostale institucije, ki sodelujejo s podjetji pri varovanju oz. ohranjanju zdravja zaposlenih, so predstavljeni na sliki 1³.

ZAKONSKE OBVEZE DELODAJALCEV IN ORGANIZACIJA SLUŽB ZA VARNOST IN ZDRAVJE PRI DELU

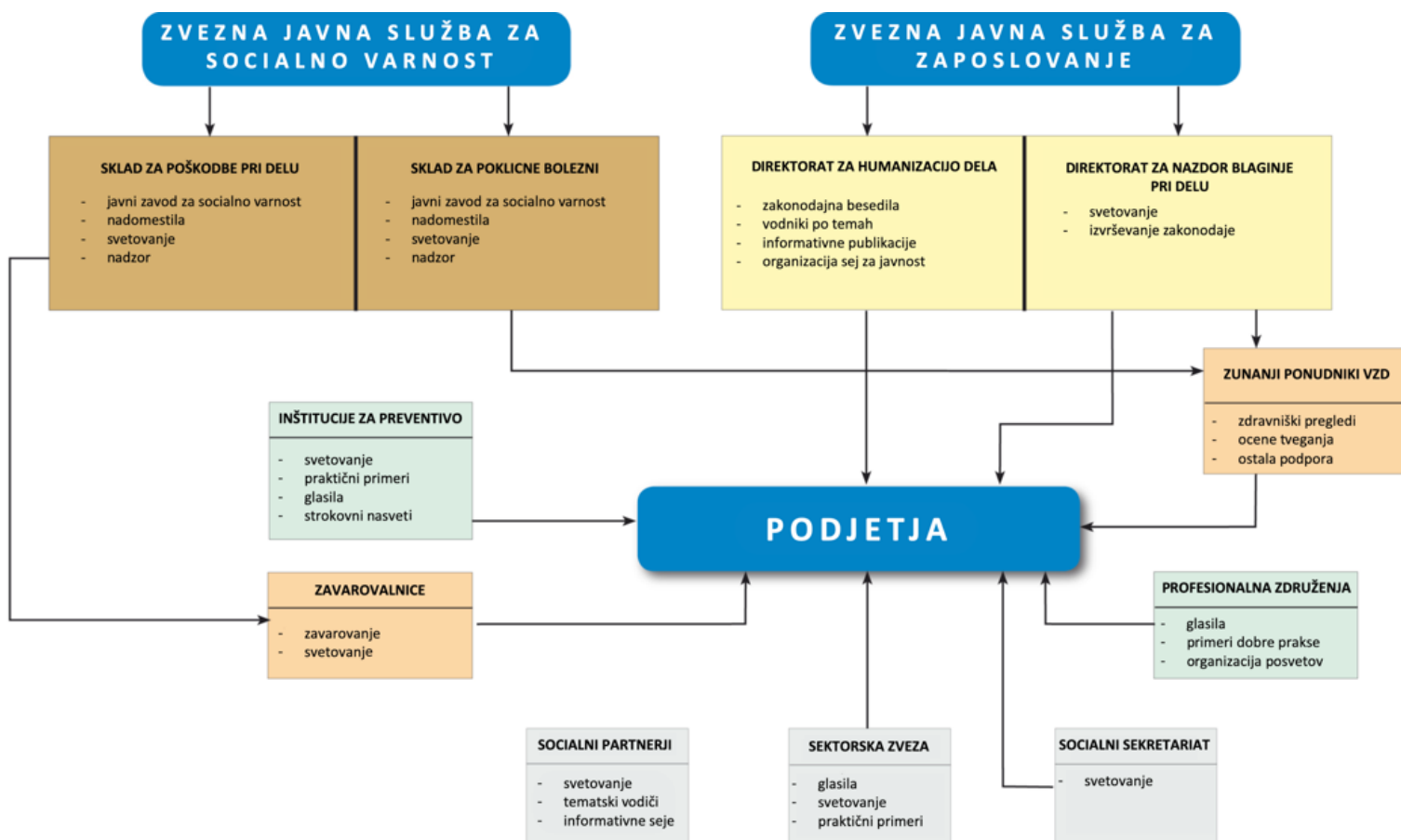
V evropskih državah organizacija varnosti in zdravja pri delu v veliki meri temelji na zakonodaji, natančneje na implementaciji in izvajanju Evropske direktive o varnosti in zdravju pri delu (Direktiva 89/391 EGS), ki ima velik vpliv na naloge, metode in strukture izvajalcev zdravstvenega varstva in varnosti pri delu v vseh evropskih državah⁵.

Službe za varnost in zdravje pri delu opravljajo predvsem preventivno vlogo. Odgovorne so za svetovanje delodajalcu, delavcem in njihovim predstavnikom o zahtevah za vzpostavitev in vzdrževanje varnega in zdravega delovnega okolja, ki omogoča optimalno fizično in duševno zdravje delavcem ter prilagoditev dela zmogljivostim delavcev⁶.

Trenutno belgijska praksa varnosti in zdravja pri delu vključuje širok seznam preventivnih dejavnosti: analize delovnih mest, zdravstveni pregledi (preventivni, obdobjni, po bolniški odsotnosti), ocene tveganja, analize zdravstvenega stanja, izobraževanja iz prve pomoči itd.⁷.

Odgovornosti, naloge in dejavnosti so za večino evropskih držav opisane v nacionalnih zakonodajah. V Belgiji so vsi delodajalci glede na veljavno zakonodajo dolžni zagotavljati storitve varnosti in zdravja pri delu. Za to so odgovorne t. i. Službe za preventivo in zaščito pri delu (angl. *Services for Prevention and Protection at Work*). Belgijski ponudniki varnosti in zdravja pri delu so po zakonu razdeljeni v dve enoti: medicina dela in tehnične službe za ocenjevanje tveganja. Zato morajo imeti ponudniki zaposlene strokovnjake

Slika 1: Pregled nacionalnih in privatnih ustanov, ki sodelujejo pri zagotavljanju varnosti in zdravja v podjetjih



iz različnih področij: zdravniki specialist medicine dela, ergonomi, varnostni inženirji, higieniki in strokovnjaki za psihosocialna tveganja (psihologi, delovni terapevti)^{8,9}.

Službo za varnost in zdravje pri delu lahko ustanovi oz. organizira delodajalec sam. V Belgiji je približno 10 % podjetij (večinoma velikih – z več tisoč zaposlenimi), ki imajo notranjo službo varnosti in zdravja pri delu. To pomeni, da imajo zaposlene vse zahtevane profile – zdravnika medicine dela, ergonomo/e, varnostne inženirje, strokovnjake za psihosocialna tveganja in higienike⁹.

Večina delodajalcev se poslužuje storitev zunanjih ponudnikov varnosti in zdravja pri delu. Zunanji ponudniki so neodvisni od delodajalca in zagotavljajo storitve za 90 % belgijskih podjetij. V določenih okoliščinah se delodajalci lahko odločijo tudi za uporabo notranje službe, medtem ko nekatere naloge prenesejo na zunanjo službo (npr. zdravstveni nadzor lahko izvaja notranja služba, ocenjevanje tveganj pa zunanja služba). Tekom let se je večina zunanjih ponudnikov zaradi lažjega doseganja zakonskih zahtev in potreb trga združilo v večje enote. Trenutno v Belgiji deluje 14 zunanjih ponudnikov varnosti in zdravja pri delu. Največja sta podjetji Idewe in Mensura (slika 2)¹⁰.



Slika 2: Zunanji ponudniki varnosti in zdravja pri delu v Belgiji.

Obe največji podjetji imata preko 500 zaposlenih. Organizacija Idewe ima npr. 764 zaposlenih¹¹:

- » **175** specialistov MDPŠ (23 %);
- » **213** medicinskih sester s posebnimi znanji medicine dela (28 %);
- » **191** psihologi, higieniki, varnostni inženirji, ergonomi (25 %);
- » **185** podporne službe (IT, podpora strankam, kadrovska služba, komerciala) (24 %).

V Belgiji mora vsak ponudnik varnosti in zdravja pri delu predložiti letno poročilo o svojih dejavnostih nadzornim organom. Na podoben način v mnogih evropskih državah izvajalci varnosti in zdravja pri delu poročajo o svojih dejavnostih in rezultatih nadzornim organom na letni ravni. To poročilo mora vsebovati pregled dejavnosti organizacije ter ugotovljene rezultate v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu. Na tak način želijo organizacije delodajalcev in zaposlenih, zdravstveni organi, strokovnjaki za zdravje in varnost pri delu ugotoviti

kakovost in učinkovitost ponudnikov varnosti in zdravja pri delu. Vsebina in oblika letnega poročila sta določeni s kraljevim odlokom. Nadzorni organi uporabljajo to poročilo za preverjanje uspešnosti ponudnikov storitev, zlasti za oceno, ali je ponudnik varnosti in zdravja pri delu izpolnil svoje pravne naloge. Poleg tega vse izvajalce revidira neodvisna agencija za licenciranje po merilih ISO / DIS 9001: 2007 vsake tri leta, da bi pridobila pravno potrdilo za opravljanje storitev zdravja pri delu. V osnovi bi morale te revizije dati idejo o količini in kakovosti opravljenih storitev (uspešnosti). Trenutni poudarek je predvsem na količini (število opravljenih pregledov in ocen tveganja) in ne na kakovosti zagotavljanja storitev¹².

Belgijski delavci so v grobem razdeljeni v dve skupini glede na stopnjo poklicnega tveganja. Delavci z višjimi poklicnimi tveganji redno opravljajo obvezne zdravniške preglede, ki vključujejo pregled pred zaposlitvijo in redne periodične zdravniške preglede. Kot delavci z nižjimi tveganji so v večini primerov opredeljeni delavci v pisarnah. Redni periodični pregledi pri njih niso obvezni, kljub temu pa nad njihovim stanjem in težavami izvajajo nadzor medicinske sestre z posebnimi znanji medicine dela. Vsi delavci imajo obvezen zdravniški pregled ob vračanju na delo po štirih tednih (ali daljšem) bolniške odsotnosti¹³.

Vsak belgijski izvajalec varnosti in zdravja pri delu ima svoj način zbiranja podatkov, ki temelji na zdravstveni datoteki za spremljanje in sledenje posameznega zaposlenega. Ta datoteka vsebuje administrativne podatke, podatke o zdravju delavca (anamneza, zdravstvene težave in težave povezane z delom, terapija, bolniške odsotnosti, splošne zdravstvene informacije itd.) in informacije o delovnih pogojih (kodirana tveganja, podatki o izpostavljenosti itd.). Vsi ti preventivni ukrepi in zdravstveno spremljanje predstavljajo ogromno podatkov, ki bi se lahko uporabili za poročanje o trendih na področju zdravja pri delu in poškodb zaradi dela. Kljub temu da ima večina ponudnikov te podatke v celoti digitalizirane, na državnem nivoju še nimajo sistema enotnega zbiranja. Je pa to cilj vladnih in raziskovalnih institucij v prihodnosti¹⁴.



3. FINANCIRANJE STORITEV

Do leta 2016 so podjetja ponudnikom varnosti in zdravja pri delu direktno plačevala vsako opravljeno storitev (npr. število zdravniških pregledov, ogledov delovnih mest, ocen tveganja itd.). Raziskave sistema so pokazale, da takšen sistem oblikovanja cen zunanjih storitev ni več izpolnjeval potreb podjetij in zaposlenih. Prevelik poudarek je bil na rednemu nadzoru nad zdravjem (t. i. zdravniških pregledih) v škodo drugih dejavnosti, predvsem v kontekstu obvladovanja tveganja (analiza tveganja in načrtovanja ustreznih ukrepov). Poleg tega v takšnem sistemu delodajalcem in zunanjim službam ni bilo jasno, kako učinkovito so upravljali svoje delo glede na plačan prispevek.¹⁵

1. januarja 2016 je bil vzpostavljen nov sistem financiranja z določitvijo minimalnega letnega pavšalnega prispevka za vsakega zaposlenega glede na tveganja na delovnem mestu (Tabela 1). Stopnja ni več odvisna od tega, ali delavci potrebujejo obvezni zdravstveni nadzor, ampak glede na dejavnost službe in število zaposlenih. Tako je delodajalec primoran vlagati tudi v varovanja zdravja zaposlenih, pri katerih redni zdravstveni nadzor ni nujen.¹⁶

Določene so bile tudi naloge zunanjih služb, ki morajo delodajalcu za prispevek zagotoviti različne storitve za varovanje zdravja delavcev – od preventivnih pregledov, do ocenjevanja tveganja, obvladovanje psihosocialnih tveganj, ergonomskih ukrepov itd. Socialni partnerji so zahtevali prilagoditev sistema prispevkov za zunanje storitve na nivo petih ravni pavšalnih prispevkov in ugodne stopnje za mikro podjetja (do pet zaposlenih). Prav tako se za vsakega zaposlenega plača prispevek v odvisnosti od trajanja zaposlitve.¹⁶

Delodajalci so razvrščeni glede na svojo glavno dejavnost in njihovo velikost: za podjetja z več kot petimi zaposlenimi obstaja pet stopenj, prav tako kot obstaja pet stopenj za podjetja z manj kot 5 zaposlenimi. V Tabeli 1 so predstavljene obvezne najnižje stopnje – zunanji ponudniki lahko zato glede na kakovost svojih storitev vedno postavijo tudi višje tarife.¹⁶

Tabela 1: Tarifne skupine za pavšalni letni prispevek glede na število zaposlenih in ocenjeno tveganje znotraj panoge

	> 5 zaposlenih /	≤ 5 zaposlenih
Tarifna skupina 1 (pisarniška dela)	41.50 euro/delavca/leto	35.50 euro/delavca/leto
Tarifna skupina 2 (pravniki, učitelji, itd.)	60.50 euro/delavca/leto	51.50 euro/delavca/leto
Tarifna skupina 3 (skladišča, trgovine)	75.50 euro/delavca/leto	64.00 euro/delavca/leto
Tarifna skupina 4 (upravljanje motornih vozil)	95.50 euro/delavca/leto	81.00 euro/delavca/leto
Tarifna skupina 5 (bolnice, policija, gasilci, proizvodnja)	112.00 euro/delavca/leto	95.00 euro/delavca/leto

Prispevek se plača na zaposlenega, ki je registriran pri delodajalcu prek zavarovalnice (ali je vpisan v kadrovske register) za celotno koledarsko leto, ne glede na njegov režim zaposlovanja (polni delovni čas, krajši delovni čas)¹⁶.

4. GLAVNI IZZIVI MEDICINE DELA

Glavni izzivi medicine dela se bistveno ne razlikujejo od ostalih evropskih držav. Kot primarne naloge za prihodnost so strokovni in vladni organi določili naslednje aktivnosti:³

- » objektivno odločanje o delazmožnosti zaposlenih (poenotenje kriterijev);
- » obvladovanje bolniške odsotnosti;
- » učinkovito vračanje na delo;
- » staranje delovne sile;
- » kostno-mišične bolezni;
- » stres, izgorelost in porast ostalih psiholoških in psihiatričnih motenj;
- » učinkovito financiranje sistema varnosti in zdravja pri delu.

VRAČANJE NA DELO

Še v času bolniške odsotnosti zaposleni opravijo preliminarni zdravniški pregled, kjer specialist medicine dela oceni delazmožnost glede na delovne naloge in trenutno zdravstveno stanje.

Druga oblika je zdravniški pregled ob vrnitvi na delo, ki ga organizira Služba za varnost in zdravje pri delu. Obvezen je za vse zaposlene, ki so bili zaradi bolezni ali nesreče odsotni z dela štiri ali več tednov. Na tak način se preučita vzrok njihove odsotnosti ter ustrezen način vračanja na delo.¹⁷

PREVENTIVA KOSTNO-MIŠIČNIH BOLEZNI

Incidenca tradicionalnih poklicnih bolezni, kot so pnevmokonioza, zastrupitev s svincem in izguba sluha zaradi poklicne izpostavljenosti, se je v razvitih državah zmanjšala. Hkrati pa se je povečala pojavnost mišično-skeletnih in psiholoških zdravstvenih zapletov, povezanih z delom.¹⁸

Belgija je že leta 2006 uvedla pilotni program preprečevanja kostno-mišičnih bolezni. Zaradi dobrih uspehov je program pod okriljem zavarovalnice za poklicne bolezni FEDRIS postal nacionalen in se še vedno izvaja. FEDRIS program tudi financira. Program je multidisciplinaren. Obsega največ 36 sej



po 2 uri v maksimalnem razponu 6 mesecev. Rehabilitacija je povezana z ergonomskimi ukrepi na delovnem mestu.¹⁸

Glavni cilji programa:

- » preprečevanje bolečine v predelu hrbtenice ali prehod v kronično fazo;
- » spodbuditi vračanje na delo;
- » zagotavljanje finančne podpore podjetjem in spodbujanje ugodnih pogojev za nadaljevanje dela;
- » sodelovanje med kurativo/preventivo (specialist in rehabilitacijskih centrov ter zdravnikov medicine dela in ergonomov)

Do vključitve v program so upravičeni:

- » posamezniki v bolniškem staležu;
- » od najmanj 4 tedne; ne več kot največ 6; mesecev zaradi bolečin v hrbtu;
- » od najmanj 1 tedna in ne več kot 6 mesecev zaradi bolečin v hrbtu, v kolikor je že bil tri tedne v letu nezmožen za delo zaradi bolečin v hrbtu;
- » od najmanj 4 tedne; ne več kot 6 mesecev zaradi kirurškega posega na lumbosakralnem predelu hrbtenice;
- » posamezniki, za katere je osebni zdravnik potrdil, da sledijo programu rehabilitacije;
- » posamezniki, za katere je specialist medicine dela potrdil razbremenitve na delovnem mestu v času rehabilitacije-

Naloge specialista medicine dela v omenjenem programu:

- » usmerja zaposlene in jih motivira, da aktivno razmišljajo o reševanju težav;

- » motivira zaposlenega za nadaljevanje dela;
- » zaposlene obvešča o pogojih za nadaljevanje dela;
- » svetuje delavcu pri izbiri rehabilitacijskega centra;
- » predstavi program odboru za varnost in zdravje pri delu v podjetju;
- » vodi dialog med vpletenimi zdravniki;
- » obvesti rehabilitacijski center o delovnih obremenitev delavca.

NADZOR NAD PSIHOSOCIALNIMI DEJAVNIKI TVEGANJA

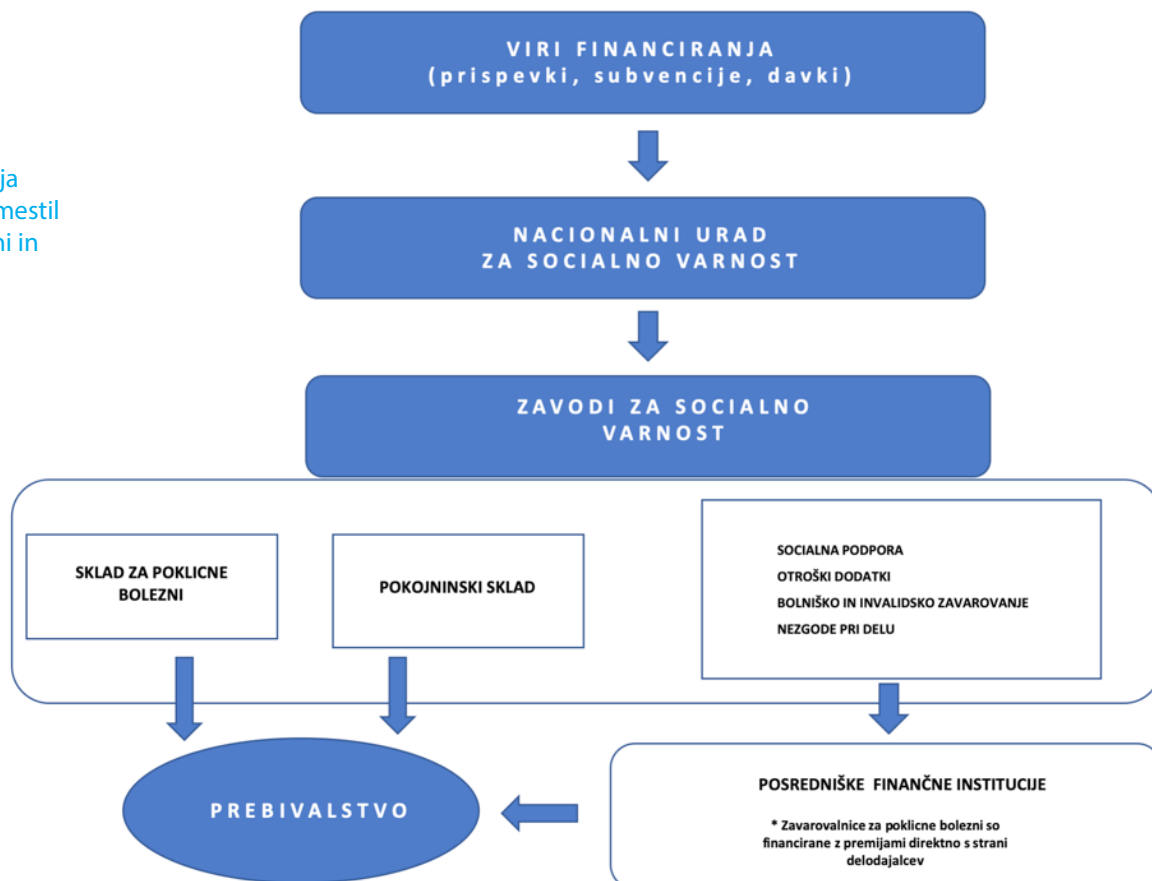
Nadzor in obvladovanje psihosocialnih dejavnikov tveganja postaja v Belgiji ena izmed glavnih priorit. Leta 2016 naj bi bilo zaradi psiholoških oz. psihiatričnih motenj kot posledica dela prizadetih več kot 80.000 zaposlenih. Posledični stroški so ocenjeni na 600 milijonov evrov, kar predstavlja 10 % proračuna zdravstvene blagajne.¹⁹

Leta 2016 je Ministrstvo za zdravje izgorelost priznalo kot bolezen, povezano z delo. Od takrat delodajalci odgovorni za zaznavanje in preventivno. Na nivoju podjetij kot tudi regionalnem in nacionalnem nivoju delujejo številni preventivni program in akcije, ki poskušajo prizadetim osebam pomagati ter zajezi problematiko psiholoških motenj.²⁰

4. POKLICNE BOLEZNI

Vsak zdravnik, ki postavi sum na poklicno bolezen, je pravno dolžan sprožiti postopek za ugotavljanje etiologije bolezni. FEDRIS obvesti delavca in mu pošlje obrazec za pridobitev vseh potrebnih podatkov. Notranja zdravniška komisija

Slika 3: Organizacija financiranja nadomestil za poklicne bolezni in poškodbe pri delu



FEDRIS odloča o priznanju poklicne bolezni in kompenzaciji. Seznam poklicnih bolezni je identičen evropskem. Obstaja tudi možnost dokazovanja poklicnih bolezni, ki niso ne seznamu poklicnih bolezni – t. i. alternativna pot.

Leta 2016 je bilo 9.672 podanih zahtevkov (9609 leta 2015) za priznanje poklicnih bolezni. Prevladovala so predvsem tendinopatije zgornjih udov (nekaj več kot 30 %), sindrom karpalnega kanala in okvare medvretenčne ploščice. Komisija je odobrila 3.100 poklicnih bolezni, od tega je 66 % oseb prejelo odškodnino za začasno nezmožnost in 9 % za trajno invalidnost. 1107 zahtevkov je bilo podanih zaradi smrti zaradi poklicne bolezni. Najpogostejši smrtni primeri še vedno zadevajo silikoze in izpostavljenost azbestu (91 %).²¹

5. SPECIALIZACIJA IZ MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA

Leta 1996 je medicina dela postala uradna medicinska specialnost s štiri letnim programom usposabljanja. Zaradi majhnega števila specializantov je usposabljanje postalo meduniverzitetno. Specializacija medicine dela traja štiri leta po končanem študiju medicine. Dve leti sta večinoma posvečeni teoretičnemu delu, preostali dve leti pa usposabljanju na terenu in praksi. Specializant mora pridobiti številne kompetence. Poleg zdravstvenega nadzora delavcev morajo specializanti opraviti številne oglede delovnih mestih, izdelati ocene tveganja, osvojiti osnove ergonomije in industrijske higijene, sodelovati v odborih za zdravje pri delu itd. Na koncu specializacije mora vsak zagovarjati specialistično nalogo. Po uspešno zaključeni specializaciji pridobi zdravnik licenco za medicino dela, ki jo mora redno obnavljati z dokazovanjem kontinuiranega izobraževanja in dela v stroki³.

6. ZAKLJUČEK

Sistem medicine dela in varstva pri delu v Belgiji je z vidika ocenjevanja tveganj in zdravstvenega varstva primerljiv s slovenskim. Redno izvajanje preventivnih pregledov in ocenjevanje ter obvladovanje tveganj na delovnih mestih še vedno predstavlja glavno in pomembno nalogo služb varnosti in zdravja pri delu. Soočajo se s podobnimi težavami kot v Sloveniji, na čelu s porastom kostno-mišičnih bolezni in posledic psihosocialnih obremenitev, vračanjem zaposlenih nazaj na delo po bolniških odsotnosti, staranjem delovne sile itd. Korak naprej so naredili pri zakonski ureditvi služb varnosti in zdravja, ki morajo vsebovati vse profile za oblikovanje tima za podporo zaposlenim in podjetjem. Vsaka služba varnosti in zdravja pri delu mora tako vsebovati specialista medicine dela, varnostnega inženirja, psihologa, higienika in ergonomista. Na tak način lahko te službe podjetjem nudijo multidisciplinarno podporo na različnih področjih, delujejo bolj učinkovito in racionalno. Z uvedbo letnega pavšalnega zneska, ki ga podjetja plačujejo glede na 5 skupin tveganja za vse svoje zaposlene, so uspeli narediti premik iz primarnega poudarka izključno na preventivnih pregledih v bolj smiselno in racionalno porabo sredstev namenjenih za varovanje zdravja zaposlenih. Obenem nadzorni organi preko letnih poročil o opravljenih storitvah služb za varnost in zdravje pri delu nadzorujejo kakovost in vsebino ter z izdajanjem licenc preprečujejo zlorabe sistema

in nestrokovno delo. Službe za varnost in zdravje pri delu morajo biti organizirane kot neprofitne organizacije – na tak način je zagotovljeno, da se denar znotraj institucij porablja za storitve, izobraževanja, raziskave in razvoj.

7. LITERATURA

1. Vanoutrive T, Van De Vijver E, Van Malderen L, Jourquin B, Thomas I, Verhetsel A, et al. What determines carpooling to workplaces in Belgium: Location, organisation, or promotion? *J Transp Geogr.* 2012; 77–86.
2. Afonso A, Jalles JT. Euro area time-varying fiscal sustainability. *Int J Financ Econ.* 2017; 234–237.
3. EMS. Occupational Medicine [Internet]. 2019. Dostopno na: <https://uems-occupationalmedicine.org>
4. Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue [Internet]. 2019. Dostopna na: <http://www.emploi.belgique.be/>
5. European Commission Council Directive 89/391/EEC of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. *Luxembourg: Offic J Eur Comm.* 1989;183:1–3.
6. Rantanen J, Kauppinen T, Toikkanen J, Kurppa K, Lehtinen S, Leino T. Work and health country profiles. People and Work-Research Reports 44. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2001.
7. Härmäläinen RM. The Europeanisation of occupational health services: A study of the impact of EU policies. Tampere: Finnish Institute of Occupational Health; 2008. p. 400.
8. Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue . Belgian Law of August 4th 1996 on the Well-Being of Employees at work (Dutch, French and German) Brussels: Moniteur Belge; 1996.
9. Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue . Codex on Wellbeing at Work (Dutch, French and German) Brussels: Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue; 2008.
10. Michalak J. Quality assessment in occupational health services: a review. *Int J Occup Environ Health.* 2002;15(2):165–171.
11. IDEWE. Group Idewew [Internet]. 2019. Dostopno na: <https://www.idewe.be/>
12. European Committee for of Standardisation. Quality management systems - Requirements (ISO/DIS 9001:2007); European Standard. Brussels: CEN; 2000.
13. Kreis J, Bödeker W. Workhealth Project, Essen: BKK Federal Association. 2004. Indicators for work-related health monitoring in Europe.
14. Nicholson PJ. Occupational Medicine: new world, new definition. *Occ Med.* 2001;51(7):423–424. doi: 10.1093/occmed/51.7.423.
15. Coggon D. Occupational medicine at a turning point. *Occup Environ Med.* 2005;62:281–283. doi: 10.1136/oem.2004.017335.
16. Belgian Federal Public Service Employment, Labour and Social Dialogue [Internet]. 2019. Dostopno na: <http://www.employment.belgium.be/home.aspx>
17. Mensura. Long-term absentees back to work through reintegration programme or return-to-work medicals? [Internet]. 2019. Dostopno na: <https://www.mensura.be/en/blog/long-term-absentees-back-to-work-through-reintegration-programme-or-return-to-work-medicals>
18. Podniece Z. Work-related musculoskeletal disorders : Back to work report. *Eur Agency Saf Heal Work.* 2007.
19. EU-OSHA. Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks. 2014.
20. Lastovkova A, Carder M, Rasmussen HM, Sjöberg L, Groene GJ de, Sauni R, et al. Burnout syndrome as an occupational disease in the European Union: an exploratory study. *Ind Health.* 2018; 56(2): 160–5.
21. 21. Fedris. Belgium: Occupational diseases and occupational accidents: a closer look. [Internet]. 2019. Dostopno na: https://fedris.be/sites/default/files/assets/EN/European_forum/od_and_oa_a_closer_look.pdf