

Compensatie voor asbestgerelateerde longkanker

Twee varianten voor een regeling in Nederland

Den Haag, juni 2018

Inhoud

Samenvatting	1
1. Achtergrond en werkwijze	3
1.1 Voorgeschiedenis compensatie bij ARLC in Nederland	3
1.2 Opdracht aan de werkgroep	3
1.3 Werkwijze werkgroep	3
1.4 Opbouw rapportage	4
2. Het vaststellen van ARLC	6
2.1 Achtergronden	6
2.2 Blootstellingscriteria	6
2.3 Andere indicaties voor blootstelling	7
2.4 Het berekenen van de vezeljaren	7
2.5 Meewegen van roken	7
3. Varianten van compensatie bij asbestziekten in Nederland	9
3.1 De juridische basis voor aansprakelijkheid bij beroepsziekten	9
3.2 De regelingen voor asbestslachtoffers in Nederland	9
3.3 Volledige en proportionele schadevergoeding	11
3.4 Geen onderscheid naar rookverleden	11
3.5 Twee varianten nader beschouwd	12
3.6 De hoogte van de tegemoetkoming en van de schadevergoeding	13
3.7 Rechtsgang blijft mogelijk	15
4. Uitvoering van de regeling	16
4.1 Werkwijze Instituut Asbestslachtoffers	16
4.2 Actualisatie asbestkaart	17
4.3 Oprichting van een ARLC-panel	17
4.4 Voorlichting over de regeling betreffende ARLC	18
4.5 Aanmeldcriteria	19
5. Prognose van het beroep op een regeling	20
5.1 Onderzoek naar schatting van het aantal gevallen van ARLC	20
5.2 De verdeling naar vezeljaren bij intensief en beroepsmatig blootgestelde longkankerpatiënten	21
5.3 Een prognose van de aanmeldingen	22
5.4 Een prognose van het aantal tegemoetkomingen	22
5.5 Een prognose van het aantal schadevergoedingen	23
5.6 Vergelijking prognoses met het buitenland	24
5.7 Een prognose van de uitvoeringskosten	24
6. Slotbeschouwing en aanbevelingen	26
Literatuur 28	
Bijlage 1. Opdracht werkgroep asbestgerelateerde longkanker	30
Bijlage 2. Samenstelling werkgroep	31
Bijlage 3. Verdeling vezeljaren	32

Samenvatting

Het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) is in 1998 opgericht om de juridische lijdensweg voor asbestslachtoffers te verkorten. Aanvankelijk werkt het IAS uitsluitend voor slachtoffers met de ziekte maligne mesothelioom (longvlieskanker). Bij de oprichting van het IAS hebben de partijen echter ook afgesproken om protocollen tot stand te brengen voor asbestose en asbestgerelateerde longkanker. Anders dan bij maligne mesothelioom gaat het hier om aandoeningen (resp. longfibrose en longkanker) waarvoor meer oorzaken bekend zijn dan alleen blootstelling aan asbest. In 2014 is er een regeling tot stand gekomen voor patiënten met asbestose. In juni 2016 heeft de Raad van Toezicht en Advies van het IAS een werkgroep opgericht met de vraag om één of meerdere voorstellen uit te werken voor een regeling voor asbestgerelateerde longkanker.

De werkgroep is samengesteld uit deskundigen die affiniteit hebben met de verschillende gedingen die in het IAS zijn vertegenwoordigd. De werkgroep is begonnen met een verdieping in de literatuur omtrent het thema, daarnaast heeft zij zich georiënteerd op het buitenland. In januari 2017 werd een internationale expertmeeting georganiseerd. Het bleek dat onze omliggende landen een regeling voor asbestgerelateerde longkanker kennen en dat de uitvoering daarvan niet tot veel problemen leidt.

Er bestaat geen twijfel over het feit dat intensieve en langdurige blootstelling aan asbest kan leiden tot longkanker. Bij een individuele patiënt met longkanker is echter niet vast te stellen of de ziekte een gevolg is van blootstelling aan asbest, dan wel van andere factoren. Wel kan bij iedere patiënt de veroorzakingswaarschijnlijkheid van asbestgerelateerde longkanker worden bepaald aan de hand van de blootstelling in het verleden. Als iemand vroeger langduriger en intensiever is blootgesteld, dan is de kans groter dat hij of zij asbestgerelateerde longkanker krijgt.

Er zijn in de civiele rechtspraak verschillende manieren om de schadevergoeding voor beroepsziekten te bepalen. Als algemeen principe geldt dat een ziekte een beroepsziekte is als de kans dat de oorzaak in het werk groter of gelijk is dan de kans dat de ziekte door andere factoren is veroorzaakt.

Om de schadevergoeding bij asbestgerelateerde longkanker vast te stellen zijn er twee methoden mogelijk. De eerste methode houdt in dat de hierboven genoemde definitie van een beroepsziekte het criterium is om vast te stellen of een patiënt een volledige schadevergoeding krijgt. Als dat niet geval is krijgt het slachtoffer geen vergoeding.

De tweede methode is door de hoogte van de schadevergoeding in verschillende treden te koppelen aan de mate van asbestblootstelling in het verleden. Iemand met longkanker die meer aan asbest is blootgesteld ontvangt een hogere schadevergoeding dan iemand die in het verleden minder aan asbest is blootgesteld. Volgens de tweede methode zijn er meer mensen die in aanmerking komen, maar de schadevergoeding is lager.

Beide methoden zijn gangbaar in onze rechtspraak. De eerste methode is in Nederland gebruikelijk voor beroepsziekten en ook in het buitenland gangbaar voor asbestgerelateerde longkanker. De tweede methode is in Nederland in de rechtspraak juist weer toegepast bij asbestgerelateerde longkanker.

De werkgroep heeft ervoor gekozen om beide methoden uit te werken in deze rapportage, zonder een voorkeur uit te spreken. De eerste methode is de variant van de volledige schadevergoeding. Deze is aan de orde als het slachtoffer in het verleden 25 vezeljaren of meer aan asbest is blootgesteld. De tweede methode is de variant van de proportionele aansprakelijkheid. Bij een blootstelling in het verleden van 5 vezeljaren krijgt het slachtoffer een geringe schadevergoeding en deze loopt op naarmate slachtoffers langer en intensiever aan asbest zijn blootgesteld.

De werkgroep adviseert om een panel asbestgerelateerde longkanker op te richten, dat toeziet op het onderzoek naar de blootstelling en het stellen van de diagnose. Het panel zal richtlijnen uitvaardigen bij de beoordeling en zal zelf bij moeilijke gevallen vaststellen of er moge-

lijk sprake is van asbestgerelateerde longkanker. Het panel zal bestaan uit drie arbeidshygiënist, die over veel kennis beschikken betreffende arbeidshistorische asbestblootstelling, en de medisch adviseur van het IAS.

De werkgroep heeft vastgesteld dat de asbestkaart, het expertsysteem aan de hand waarvan de vezeljaren kunnen worden berekend, naar de inhoud grotendeels actueel en volledig is. Op basis van de huidige stand van de inzichten acht de werkgroep het waarschijnlijk dat er jaarlijks bij ongeveer 800 mensen longkanker wordt vastgesteld die in het verleden beroepsmatig aan asbest zijn blootgesteld. Dit aantal zal afnemen tot minder dan 400 in 2030. Als er een regeling van kracht wordt zal van deze mensen, na aanmelding bij het IAS, het aantal vezeljaren moeten worden vastgesteld om te bepalen of ze in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de overheid en voor bemiddeling met de (ex)werkgever. Om hoeveel mensen dit gaat is afhankelijk van de variant waarvoor uiteindelijk wordt gekozen.

Bij de variant van volledige schadevergoeding vanaf 25 vezeljaren zullen naar schatting ongeveer 300 personen in aanmerking komen voor de tegemoetkoming van de overheid en ca 125 mensen na bemiddeling met de (ex)werkgever of diens verzekeraar een volledige schadevergoeding ontvangen. In 2030 zijn deze aantallen naar verwachting afgenomen tot ca 125 resp. 50 personen.

Als gekozen wordt voor de variant van proportionele schadevergoeding komen er naar alle waarschijnlijkheid ongeveer 550 mensen in aanmerking voor de tegemoetkoming van de overheid en zal na bemiddeling voor ca 225 mensen een proportionele schadevergoeding worden betaald. In 2030 zal dit naar verwachting gelden voor ruim 250 resp. 100 personen. Uiteraard zijn ook de kosten in verband met de uitvoering van een regeling afhankelijk van de variant waarvoor wordt gekozen. De kosten in verband met de uitkering van de bedragen voor de tegemoetkoming van de overheid en de schadevergoeding van de werkgever, alsmede de uitvoeringskosten van het IAS worden begroot op ruim 12 miljoen euro voor de variant van volledige schadevergoeding per jaar. Voor de variant van de proportionele schadevergoeding wordt dit bedrag begroot op 18 miljoen euro per jaar. In 2030 zullen deze bedragen gedaald zijn tot resp. 5,5 miljoen en 8,5 miljoen euro.

Als er een regeling van kracht wordt is het van belang vast te stellen wie voor de regeling in aanmerking komt. Voorkomen moet worden dat veel mensen zich aanmelden bij het IAS voor de regeling, maar vervolgens niet in aanmerking komen voor een tegemoetkoming of schadevergoeding. Dit verhoogt de uitvoeringskosten, maar zorgt er ook voor dat doodzieke mensen een extra teleurstelling krijgen. De werkgroep pleit voor strikte aanmeldcriteria die ertoe kunnen leiden dat een aanmelding niet in behandeling wordt genomen.

In dat kader is het ook van belang dat er een goede publieksvoorlichting plaats vindt, die reële verwachtingen wekt. Een belangrijke plaats als het gaat om asbestgerelateerde ziekten speelt vanouds de longarts. Het IAS zal hier gericht moeten communiceren. Duidelijk moet zijn dat van alle longkankerpatiënten slechts een kleine categorie in aanmerking komt voor aanmelding bij het IAS.

1. Achtergrond en werkwijze

1.1 Voorgeschiedenis compensatie bij ARLC in Nederland

In 1998 ondertekenen vertegenwoordigers van een brede coalitie van organisaties het Convenant Instituut Asbestslachtoffers. (1) Met de oprichting van het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) beogen deze organisaties^a de juridische lijdensweg van asbestslachtoffers te bekorten. Daartoe geeft het IAS een advies aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) betreffende een tegemoetkoming van de overheid aan asbestslachtoffers en zo mogelijk bemiddelt het IAS met de (ex)werkgever of diens verzekeraar over een volledige schadevergoeding. (2)

In eerste instantie richtte het IAS zich op asbestslachtoffers met de ziekte maligne mesotheliom. De ziekte longkanker als gevolg van het inademen van asbestvezels werd, samen met asbestose, genoemd in het convenant als een van de ontwikkeltaken van het nieuwe instituut. Het instituut dient zorg te dragen voor het opstellen van protocollen met betrekking tot deze asbestgerelateerde ziekten, zo staat in het convenant. Na het verschijnen van adviezen van de Gezondheidsraad hieromtrent zullen partijen beoordelen 'of ook andere categorieën slachtoffers bij het instituut voor bemiddeling in aanmerking komen. In verband daarmee zal mede worden gezien of er mogelijkheden zijn tot het aannemen van proportionele aansprakelijkheid en zo ja welke.'

In 2014 is er een regeling voor asbestose-slachtoffers ingevoerd. (3) Sindsdien melden ook mensen met de ziekte asbestose zich bij het IAS.

Voor wat betreft asbestgerelateerde longkanker publiceerde de Gezondheidsraad in 2005 een advies. In 2015 heeft klinisch arbeidsgeneeskundige Gert van der Laan in opdracht van het IAS een studie opgeleverd met een update van inzichten en ervaringen uit het buitenland en opties voor een protocol. (4) Na bespreking van dit laatste onderzoek heeft de Raad van Toezicht en Advies van het IAS op de vergadering van 16 juni 2016 een werkgroep in het leven geroepen om een voorstel uit te werken.

1.2 Opdracht aan de werkgroep

De opdracht aan de werkgroep is om een of meerdere regelingen op te stellen ter schadeloosstelling van slachtoffers van asbestgerelateerde longkanker. De regeling moet gebaseerd zijn op de laatste wetenschappelijke inzichten en passen binnen de wijze waarop in Nederland erkenning wordt gegeven aan asbestslachtoffers. Tevens dient de regeling te kunnen rekenen op consensus van alle partijen die het convenant asbestslachtoffers hebben ondertekend. De volledige opdracht aan de werkgroep is opgenomen als bijlage 1.

Voor de samenstelling van de werkgroep is gekeken naar draagvlak bij de convenantpartijen. Leden van de werkgroep zijn afkomstig uit de advocatuur, de medische praktijk en de wetenschap. Zie bijlage 2 voor een lijst van de werkgroepleden.

De werkgroep gebruikt de afkorting ARLC (afgeleid van het Engelse *asbestos related lung cancer*) om de term asbestgerelateerde longkanker samen te vatten.

1.3 Werkwijze werkgroep

De werkgroep is in totaal veertien keer bij elkaar geweest en heeft zich uitgebreid verdiept in de recente literatuur omtrent asbestgerelateerde longkanker. Verschillende externen hebben presentaties gegeven.

^a Het Convenant Instituut Asbestslachtoffers is ondertekend door centrale werkgevers- en werknemersorganisaties, het Verbond van Verzekeraars, het Comité Asbestslachtoffers en de rijksoverheid.

Een belangrijke activiteit van de werkgroep was de organisatie van een internationale expertmeeting in Den Haag op 25 januari 2017. Vanuit vier ons omringende landen (Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Frankrijk en België) beschreven experts de regelgeving en de praktijk rond compensatie bij asbestgerelateerde longkanker. In alle omringende landen bestaat er een regeling voor mensen met asbestgerelateerde longkanker. De bijeenkomst was ook toegankelijk voor deelnemers van de Raad van Toezicht en Advies van het IAS. De expertmeeting leverde een goed beeld op van hoe de verschillende regelingen in de praktijk functioneren.

Een van de onderwerpen waarin de werkgroep zich heeft verdiept is de wijze waarop de mate van asbestblootstelling kan worden berekend. Er is gesproken met het hoofd van de dossieruitvoering van het IAS over de methode om het aantal 'vezeljaren' van asbestose-slachtoffers te berekenen. In opdracht van de werkgroep is er nader onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid en met name de volledigheid van de Asbestkaart als expertsysteem. Bij de regeling voor asbestose maakt het IAS gebruik van de risicomatrix (5) om het aantal vezeljaren vast te stellen. De werkgroep pleit er evenwel voor om de asbestkaart (6) te hanteren om de blootstelling in het verleden te berekenen.

Een terugkerend punt van bespreking binnen de werkgroep was of, en zo ja op welke wijze, er aandacht moet worden besteed aan een regeling op basis van proportionele aansprakelijkheid. Uiteindelijk heeft de werkgroep gemeend er het beste aan te doen om twee varianten uit te werken: een variant met volledige schadevergoeding, wanneer de blootstelling aan asbest in het verleden een drempel heeft overschreden; en een variant met een proportionele schadevergoeding, waarbij meerdere bedragen worden gehanteerd die worden toegekend afhankelijk van de mate van blootstelling.

Een ander punt waar de werkgroep zich over heeft gebogen is het komen tot een onderbouwde schatting van het aantal personen met asbestgerelateerde longkanker. Er is gebruik gemaakt van zeer recent wetenschappelijk onderzoek op dit gebied. (7) Daarnaast heeft er een secundaire analyse plaatsgevonden van de asbestblootstelling bij longkankerpatiënten in het patiëntenbestand van een groot ziekenhuis. Als zich eenmaal een groep meldt is het vervolgens van belang om in te kunnen schatten hoeveel mensen in aanmerking komen voor de criteria. Om hiervan een indruk te krijgen heeft de werkgroep gekeken naar de vezeljaren van het aantal patiënten die zich voor de asbestose-regeling bij het IAS hebben gemeld. Met deze gegevens kon een rekenmodel worden gemaakt.

Met behulp van dit model kan een prognose worden gemaakt van aantallen personen die zich kunnen melden, aantallen die een tegemoetkoming van de overheid ontvangen en aantallen die na bemiddeling door het IAS een volledige schadevergoeding ontvangen. Ook de kosten die verband houden met de uitvoering van de regeling kunnen worden berekend. Bij de keuze voor een variant voor een regeling worden daarmee ook de hiermee gepaard gaande kosten voor partijen inzichtelijk gemaakt.

Tenslotte heeft de werkgroep zich ook verdiept in de wijze waarop een dergelijke regeling kan worden geïmplementeerd.

1.4 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 2 van dit rapport ontwikkelt de werkgroep op basis van recente wetenschappelijke inzichten een werkwijze hoe vast te stellen dat er sprake is van asbestgerelateerde longkanker die gebruikt kan worden voor een regeling in Nederland. Aparte aandacht wordt besteed aan het operationaliseren van blootstellingscriteria, de berekening van de vezeljaren. Daarbij wordt ook gekeken naar de bruikbaarheid van de bestaande expertsystemen: de asbestkaart en de risicomatrix.

In hoofdstuk 3 geeft de werkgroep een zo goed mogelijke inschatting van het aantal gevallen van asbestgerelateerde longkanker in Nederland voor nu en de middellange termijn.

In hoofdstuk 4 buigt de werkgroep zich over de juridische aspecten bij het verkrijgen van een schadevergoeding voor slachtoffers met asbestgerelateerde longkanker. De twee verschil-

lende benaderingen worden beschreven: de gebruikelijke variant met volledige schadevergoeding wanneer sprake is van een beroepsziekte en een variant met een proportionele schadevergoeding afhankelijk van de mate van blootstelling.

Hoofdstuk 5 gaat vervolgens over de operationele randvoorwaarden waaronder het IAS in staat wordt geacht om de aanmelding van longkankerpatiënten te kunnen uitvoeren. Er wordt een voorstel gedaan voor een ARLC-panel. Aandacht wordt besteed aan de voorlichting over de nieuwe regeling.

Hoofdstuk 6 geeft een prognose van het aantal slachtoffers met ARLC dat gecompenseerd gaat worden afhankelijk van de variant waarvoor wordt gekozen. Op basis van deze prognose worden de kosten van een regeling voor de verschillende partijen in kaart gebracht.

Hoofdstuk 7 tenslotte vat de voorgestelde regeling samen.

2. Het vaststellen van ARLC

In dit hoofdstuk gaat de werkgroep in op de verschillende methoden waarop kan worden vastgesteld of er sprake is van asbestgerelateerde longkanker.

2.1 Achtergronden

In de jaren vijftig van de vorige eeuw verschijnt het eerste onderzoek dat aantoont dat longkanker vaker voorkomt bij werknemers die met asbest werken. (8) Deze bevinding is bevestigd in meerdere cohort-onderzoeken die later plaats vinden, waarna algemeen de conclusie wordt aanvaard dat asbest longkanker kan veroorzaken. (9) Het Internationaal Agentschap voor kankeronderzoek IARC erkende reeds in 1972 (10) dat beroepsmatige blootstelling aan asbest kan resulteren in longkanker. Dit werd nauwkeuriger beschreven in 1976 (11) en in 1982 classificeerde het IARC *asbestos* in Groep 1 als een bewezen humaan carcinogeen (12). Sinds 1942 staat asbestgerelateerde longkanker op de Duitse lijst van beroepsziekten. Sinds de jaren zeventig staat het op Europese lijsten van beroepsziekten en op die van de ILO. (4) Als in het vervolg van dit advies wordt gesproken over longkanker worden de volgende histologische typen hieronder geschaard: niet kleincellig longcarcinoom, (plaveiselcelcarcinoom, adenocarcinoom, grootcellig carcinoom), sarcomatoïd carcinoom, kleincellig carcinoom en carcinoïd.

2.2 Blootstellingscriteria

De meeste gevallen van longkanker worden veroorzaakt door het rookverleden. De sterfte aan longkanker kan bij 90% van de mannen en bij 75% van de vrouwen worden toegeschreven aan roken. Het is niet mogelijk om op basis van klinische, radiologische of histologische kenmerken vast te stellen of longkanker is veroorzaakt door blootstelling aan asbest of door andere oorzaken. Wel is het mogelijk op basis van historische blootstellingsgegevens de veroorzakingswaarschijnlijkheid aan te geven dat de longkanker is veroorzaakt door asbestblootstelling. Naarmate een longkankerpatiënt in het verleden langduriger en intensiever met asbest heeft gewerkt is de waarschijnlijkheid groter dat hij of zij asbestgerelateerde longkanker heeft.

De mate waarin iemand in het verleden blootgesteld is geweest aan asbest wordt uitgedrukt in vezeljaren. De definitie van een vezeljaar is de blootstelling gedurende een arbeidsjaar, acht uur per werkdag, met een vezelconcentratie in de lucht van één asbestvezel per kubieke centimeter.

In een internationaal consensus document, (13) ook wel de *Helsinki-criteria* genoemd, wordt ervan uitgegaan dat per vezeljaar het risico op longkanker toeneemt met 4%. Een cumulatieve blootstelling aan 25 vezeljaren zou dan leiden tot een verdubbeling van het risico op longkanker. Overigens laten zeer recente studies in de algemene populatie een grotere toename in risico zien per vezeljaar. (14,15)

Een verdubbeling van het risico komt overeen met hoe in de Arbowet beroepsziekte wordt gedefinieerd. De definitie van een beroepsziekte (Arbowet 1999) luidt: 'Een ziekte of aandoening als gevolg van een belasting die in overwegende mate in arbeid of arbeidsomstandigheden heeft plaatsgevonden'. Dat wordt geoperationaliseerd als een attributief risico van meer dan 50%, met andere woorden de kans dat een ziekte is ontstaan door factoren in het werk is groter of gelijk aan de kans dat de ziekte is ontstaan door factoren buiten het werk.

2.3 Andere indicaties voor blootstelling

Als alternatieve indicatie voor blootstelling aan asbest in het verleden kan dienen de aanwezigheid van asbestose of bilaterale diffuse pleuraverdikkingen veroorzaakt door asbest. Deze andere asbestgerelateerde aandoeningen worden alleen door blootstelling aan asbest veroorzaakt en kunnen dan ook als blootstellingscriterium worden beschouwd. Dat betekent dat als een longkankerpatiënt ook asbestose of bilaterale diffuse pleuraverdikkingen heeft de kans groter is dat het gaat om asbestgerelateerde longkanker.

Daarnaast kan ook onderzoek van lavagevloeistof of van droog longweefsel dienen om intensieve blootstelling aan asbest in het verleden te bevestigen. Longweefsel of lavagevloeistof komen soms beschikbaar in het kader van de diagnosestelling of de behandeling van de ziekte. In België wordt als grens gehanteerd de aanwezigheid van 'tenminste 5000 asbestlichaampjes per gram longweefsel of van 5 asbestlichaampjes per ml broncho-alveolaire lavagevloeistof (vastgesteld met een lichtmicroscop). Dit geldt ook wanneer (met gebruik van een elektronenmicroscop) tenminste 5 miljoen asbestvezels langer dan 1 micron of 2 miljoen amfiboolvezels per gram droog longweefsel worden aangetroffen.' (16)

2.4 Het berekenen van de vezeljaren

Om de veroorzakingswaarschijnlijkheid in kaart te brengen dat de longkanker is veroorzaakt door asbestblootstelling in het verleden dienen de vezeljaren van een patiënt in kaart te worden gebracht. Het berekenen van vezeljaren wordt inmiddels toegepast door het IAS voor de vaststelling van asbestose. (17, 18) Door een uitgebreid interview met de patiënt wordt de individuele arbeidshistorie in kaart gebracht. Deze leidt tot een rapportage die door de betrokkene wordt ondertekend: het ahoba (arbeidshistorisch onderzoek naar blootstelling aan asbest). Vervolgens wordt de risicomatrix gebruikt om afhankelijk van het tijdvak dat men heeft gewerkt het aantal vezeljaren asbestblootstelling te schatten. De risicomatrix (5) is een hulpmiddel om te bepalen, afhankelijk van een vooraf vastgesteld bedrijfstype (primaire asbestindustrie, secundaire asbestindustrie of een specifiek beroep) en een bepaald tijdvak, in welke mate men tijdens de werkzaamheden heeft blootgestaan aan asbest. Uitgegaan wordt van een gemiddelde blootstelling per dag vermenigvuldigd met het aantal gewerkte jaren in het beroep.

Tot zover de beschrijving van hoe het IAS in het kader van de regeling voor asbestosepatiënten komt tot een berekening van de vezeljaren. In paragraaf 4.3 wordt de berekening van vezeljaren bij longkankerpatiënten verder uitgewerkt.

2.5 Meewegen van roken

Roken is de belangrijkste oorzaak van longkanker. De combinatie van asbestblootstelling en roken heeft een submultiplicatief effect^b. Het risico op longkanker neemt toe naarmate een hogere asbestblootstelling samengaat met een zwaarder rookgedrag. (14)

Bij het vaststellen van de Helsinki-criteria is het roken niet meegenomen. Om vast te stellen of er sprake is van asbestgerelateerde longkanker wordt in het buitenland alleen gekeken naar de asbestblootstelling in het verleden. (19) In de epidemiologische case-control studies wordt altijd voor roken gecorrigeerd.

In beginsel is het mogelijk om in individuele gevallen op basis van anamnese (vastgelegd in het medisch dossier) het rookgedrag vast te stellen.

^b Submultiplicatief wil zeggen dat de toename van het risico groter is dan de optelsom (additief effect), maar minder groot dan de vermenigvuldiging (multiplicatief effect) van de afzonderlijke risico's.

Het is een punt van discussie welke rol het roken speelt bij de vraag of een schadevergoeding moet worden betaald als gevolg van asbestgerelateerde longkanker. Door het submultiplicatief effect kan betoogd worden dat werkgevers op enig moment juist extra voorzichtig hadden moeten zijn om werknemers die roken, bloot te stellen aan asbest tijdens het werk. Anderzijds kan ook betoogd worden dat de werknemer door zijn rookgedrag er zelf mede aan heeft bijgedragen dat de longkanker kon ontstaan. De werkgroep neemt in deze discussie geen standpunt in. Een verdere uitwerking van hoe om te gaan met compensatie voor rokers en niet-rokers met asbestgerelateerde longkanker vindt plaats in paragraaf 3.4.

3. Varianten van compensatie bij asbestziekten in Nederland

In dit hoofdstuk gaat de werkgroep in op de juridische basis voor de compensatie van asbestgerelateerde longkanker. Allereerst wordt de Nederlandse situatie beschreven voor wat betreft de compensatie van schade door beroepsziekten en wordt ingegaan op de specifieke regelingen voor asbestgerelateerde ziekten.

Vervolgens worden twee varianten van compensatie beschreven: volledige en proportionele schadevergoeding. Deze varianten worden in het vervolg uitgewerkt tot meer gedetailleerde voorstellen.

Aan het eind van hoofdstuk gaat de werkgroep in op de hoogte van de schadevergoeding voor deze varianten.

3.1 De juridische basis voor aansprakelijkheid bij beroepsziekten

Nederland kent het *risque social*. Als een werknemer door ziekte niet in staat is om te werken, wordt geen onderscheid gemaakt of deze ziekte is veroorzaakt door omstandigheden in het werk of het gevolg is van andere, buiten het werk liggende, factoren. De loondoorbetaling van werknemers bij arbeidsongeschiktheid is geregeld bij de Wet Loondoorbetaling bij Ziekte en de WIA.

Daar waar schade in verband met werkgerelateerde ziekte niet wordt vergoed, kan de werknemer zijn werkgever aansprakelijk stellen. De meeste vorderingen zijn gebaseerd op artikel 7:658 lid 1 BW. Dit artikel luidt dat de werkgever verplicht is het werk op zodanige wijze in te richten als redelijkerwijs nodig is om te voorkomen dat de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden schade lijdt. Mocht dat toch het geval zijn dan is de werkgever aansprakelijk voor de schade die de werknemer in de uitoefening van zijn werkzaamheden lijdt. Ingevolge artikel 7:658 lid 4 BW is het artikel ook van toepassing op anderen die zonder arbeidsovereenkomst in een onderneming werkzaam zijn of werknemers die zijn ingeleend. Indien geen sprake is van een arbeidsrelatie zal een vordering van iemand die door asbestblootstelling schade heeft opgelopen, moeten worden gebaseerd op onrechtmatige daad (artikel 6:162 BW). (21) Dit kan het geval zijn bij een thuisbesmetting – via werkkleding van een met asbest werkend familielid – maar ook bij aan asbest blootgestelde ‘derde werknemers’. Met ‘derde werknemers’ worden de personen aangeduid die niet in een arbeidsrelatie staan tot de werkgever die op de werklocatie de zeggenschap heeft over de wijze waarop daar met asbest werd gewerkt. (22)

De positie van de ambtenaar wordt materieelrechtelijk vooral beheerst door de Ambtenarenwet en door de uitwerkingen daarvan in het Algemeen Rijksambtenarenreglement en in bijzondere rechtspositieregelingen. Voor schade die door deze en dergelijke voorschriften niet wordt gedekt, is de ambtenaar aangewezen op de in de rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep uitgezette lijn inzake vergoedingen bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. De Centrale Raad van Beroep volgt inmiddels inhoudelijk de rechtspraak van de civiele rechter op het gebied van artikel 7:658 BW. (23)

3.2 De regelingen voor asbestslachtoffers in Nederland

Het is voor patiënten met een asbestgerelateerde ziekte zeer moeilijk om hun recht op schadevergoeding zelfstandig via een civiele procedure richting de (ex)werkgever of diens verze-

keraar kracht bij te zetten. Net zoals dat geldt voor andere werknemers met een beroepsziekte, is het beginnen van een juridische procedure een kostbare aangelegenheid. Daarnaast kampen asbestslachtoffers met een aantal aanvullende problemen:

- de blootstelling aan asbest dateert van vele jaren terug, het is moeilijk om het bewijs van asbestblootstelling te onderbouwen;
- veel bedrijven bestaan niet meer of de zaak is verjaard;
- asbestslachtoffers zijn vaak al lang overleden wanneer de rechter tot een uitspraak komt.

Voor de specifieke problematiek van asbestslachtoffers is eind jaren negentig door de regering advies gevraagd aan oud-minister Job de Ruiter. Zijn advies vormt de basis voor de regelingen voor asbestslachtoffers in Nederland en de oprichting van het IAS. (21) De regeling voor asbestslachtoffers is gebaseerd op de civiele aansprakelijkheid, maar probeert de harde kanten hiervan te verzachten. Op basis van het advies van De Ruiter is er door alle belanghebbende partijen een convenant getekend. (1)

De werkwijze van het IAS kent de volgende fasering: (24)

1. Aanmelding

De aanvrager meldt zich aan bij het IAS: telefonisch, met de antwoordkaart uit de patiëntenfolder of per e-mail. De medewerker van het IAS vult telefonisch samen met de aanvrager de aanvraagformulieren in. In een tweede gesprek gaat het IAS met de aanvrager na hoe het contact met asbest heeft plaatsgevonden. Dat kan telefonisch of bij de aanvrager thuis. Het IAS stuurt daarna de ingevulde formulieren toe. De aanvrager controleert ze en stuurt ze direct ondertekend terug. Ook machtigt hij/zij het IAS om medische informatie op te vragen en de SVB om eventuele schade via de rechter te verhalen.

2. Tegemoetkoming

Het IAS vraagt het Nederlands Mesotheliomen Panel (NMP) of Nederlands Asbestosepanel (NAP) om bevestiging van de bij de aanvrager gestelde diagnose. Daarna adviseert het IAS de SVB om wel of niet de tegemoetkoming te betalen. Beslist de SVB positief, dan ontvangt de aanvrager € 20.355,-.^c Het IAS en de SVB streven ernaar de procedure voor de tegemoetkoming binnen twee maanden af te ronden.

3. Schadevergoeding

Als de aanvrager bij een werkgever aan asbest is blootgesteld, stelt hij/zij deze per aangetekende brief aansprakelijk. Hiervoor kan de voorbeeldbrief gebruikt worden die het IAS beschikbaar stelt. Het IAS onderzoekt daarna of de (ex-)werkgever aansprakelijk is te houden voor de gezondheidsschade en bemiddelt vervolgens tussen de aanvrager en de (ex-)werkgever of zijn verzekeraar. Als de werkgever of verzekeraar aansprakelijkheid aanvaardt, ontvangt de aanvrager een schadevergoeding van € 64.522,- voor mesotheliom en respectievelijk € 23.586,-, € 42.439,- of € 61.293,- voor asbestose, afhankelijk van de ernst van het longfunctieverlies. Het IAS streeft ernaar het gehele traject binnen zes maanden af te ronden. Als er sprake is van bijzondere omstandigheden waardoor de materiële schade voor het slachtoffer hoger uitvalt dan de normbedragen, dan vindt er vervolgens bemiddeling plaats over dit boven normatieve deel.

Het IAS werkt gratis voor asbestslachtoffers. Als er sprake is van een geslaagde bemiddeling betalen werkgevers of verzekeraars aan het IAS het bemiddelingstarief van € 4.185 (excl btw).

Het IAS werkt snel, zorgvuldig en laagdrempelig. Sinds de openstelling in 2000 heeft het IAS bijna negenduizend aanvragen verwerkt, meer dan zesduizend tegemoetkomingen verstrekt en is 2730 keer een volledige schadevergoeding betaald. (25)

De regelingen die het IAS uitvoert zijn voor slachtoffers met mesotheliom en met asbestose. Ook niet loondienst gerelateerde asbestslachtoffers kunnen een beroep doen op dienstverlening door het IAS.

^c Genoemde bedragen voor schadevergoeding, tegemoetkoming en bemiddelingstarief gelden voor 2018 en worden jaarlijks geïndexeerd.

3.3 Volledige en proportionele schadevergoeding

Zoals gezegd, ligt de juridische basis voor het toekennen van een schadevergoeding bij beroepsziekten bij artikel 7:658 BW. Bij werkgerelateerde aandoeningen wordt daarom eerst vastgesteld of er sprake is van een beroepsziekte. De definitie van een beroepsziekte is een ziekte of aandoening die in overwegende mate het gevolg is van belasting door arbeid of arbeidsomstandigheden. (24) Dit wordt in de praktijk geoperationaliseerd door aan te nemen dat de kans dat de ziekte is veroorzaakt door omstandigheden in het werk 50 procent of meer is.

Bij bijna alle beroepsziekten wordt, nadat is vastgesteld dat er sprake is van een beroepsziekte, een volledige schadevergoeding toegekend.^d Bij asbestgerelateerde longkanker echter wordt in beginsel een proportionele schadevergoeding toegepast.^e (28)

Omdat het medisch gezien niet mogelijk is om vast te stellen of longkanker veroorzaakt is door blootstelling aan asbest of door andere oorzaken, kan juridisch gezien niet vastgesteld worden dat de schade is veroorzaakt door onrechtmatig handelen of toerekenbaar tekortschieten van de aansprakelijk gestelde werkgever. De Hoge Raad heeft daarom in het arrest Nefalit/Karamus^f (29) een rechtsregel geformuleerd – ook wel aangeduid als proportionele aansprakelijkheid – die bedoeld is voor gevallen waarin niet vastgesteld kan worden of de schade is veroorzaakt door een normschending van de aansprakelijk gestelde werkgever of van iemand waarvoor hij aansprakelijk is, dan wel door een oorzaak die voor risico van de benadeelde zelf komt (of door een combinatie van beide oorzaken) en waarin de kans dat de schade door de normschending is veroorzaakt niet zeer klein of zeer groot is. Voor dit soort gevallen mag een proportionele (dus een gedeeltelijke) aansprakelijkheid worden aangenomen, aldus de Hoge Raad. Dit brengt met zich dat de rechter degene die aansprakelijk gesteld is, kan veroordelen tot schadevergoeding in evenredigheid met de in een percentage uitgedrukte kans dat de schade door zijn normschending is veroorzaakt.^g (30) De rechter dient dat kanspercentage vast te stellen op basis van een gemotiveerde, en zo nodig op deskundige voorlichting berustende, schatting van de kans dat de schade is veroorzaakt door de diverse in aanmerking te nemen mogelijke oorzaken.

3.4 Geen onderscheid naar rookverleden

Aangezien in het grootste deel van de asbestgerelateerde longkanker-zaken de benadeelde ook heeft gerookt, komt de vraag op of de kans dat longkanker is veroorzaakt door roken – al dan niet op basis van deskundige voorlichting – dan (ook) geschat moet worden. In het advies over asbestgerelateerde longkanker maakt de Gezondheidsraad een uitwerking voor een proportionele benadering voor rokers en niet-rokers. Niet-rokers worden gedefinieerd als mensen die na hun twintigste niet hebben gerookt. Vervolgens roept de Gezondheidsraad de vraag op: 'Hoe zit het met personen met longkanker die weinig hebben gerookt, dan wel op

^d Het is mogelijk dat een werknemer bij meerdere werkgevers is blootgesteld en door de optelsom van blootstellingen een beroepsziekte heeft gekregen, maar dat de blootstelling bij elke afzonderlijke werkgever onvoldoende was om van een beroepsziekte te kunnen spreken. In dat geval is elke werkgever slechts aansprakelijk voor de schade voor het aandeel dat de blootstelling tijdens het betreffende dienstverband aan het ontstaan van de beroepsziekte heeft bijgedragen.

^e Er vinden in Nederland weinig juridische procedures plaats over compensatie bij asbestgerelateerde longkanker. Van Ittersum (2017) merkt hierover het volgende op: '*in tegenstelling tot het relatief grote aantal vonnissen en arresten over mesothelioomclaims, is het aantal rechterlijke uitspraken over asbestgerelateerde longkanker vrijwel nihil.*' Onduidelijk is hoeveel zaken in een minnelijk traject worden geregeld.

^f HR 31 maart 2006, ECLI:NL:HR:2006:AU6092, NJ 2011, 250, m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai (Nefalit /Karamus), zie ook HR 31 maart 2006, ECLI:NL:HR:2006:AU6093 (Hollink / Eternit).

^g HR 14 december 2012, ECLI:NL:HR2012:BX8349, NJ 2013, 236, m.nt. S.D. Lindenbergh (Nationale-Nederlanden / X).

een gegeven ogenblik met roken zijn gestopt? Alhoewel in principe nadere modellering mogelijk is, zijn de wetenschappelijke gegevens onvoldoende om hier tot een betrouwbare, nadere differentiatie van het risicogetal en daarmee van de veroorzakingswaarschijnlijkheid te komen. Daar komt bij dat de rookhistorie in het algemeen niet of nauwelijks betrouwbaar te achterhalen is, zeker als er ook nog belangen bij een bepaalde uitkomst een rol spelen.' (9) Daarom beveelt de Gezondheidsraad aan om in eerste instantie geen verder onderscheid naar rookgedrag te hanteren.

Een onderscheid naar rookgedrag is ook niet nodig om toch tot een proportionele schadevergoeding te komen. In de asbestgerelateerde longkanker-zaken die aan de basis van de rechtsregel van de Hoge Raad over proportionele aansprakelijkheid liggen, was immers ook alleen de mate waarin het slachtoffer aan asbest was blootgesteld bepalend voor de omvang van de (verplichting tot) schadevergoeding.

In de rechtspraak waren percentages gestoeld op uitgebreid en intensief onderzoek naar de mate van blootstelling. De werkgroep operationaliseert dit door het aantal vezeljaren waaraan betrokkene is blootgesteld als de basis te nemen voor de omvang van de (verplichting tot) schadevergoeding.

De argumentatie voor een dergelijke benadering is dat als een werknemer in het verleden aan asbest is blootgesteld de kans dat de werknemer asbestgerelateerde longkanker heeft, groter is naarmate er een hogere blootstelling heeft plaatsgevonden. Naar de werkgever/verzekeraar valt ook te beargumenteren dat de omvang van de verplichting tot schadevergoeding groter is naarmate de werknemer meer aan asbest is blootgesteld.

Het praktische voordeel van deze benadering is dat er geen onderzoek hoeft plaats te vinden naar de mate waarin de werknemer heeft gerookt.

3.5 Twee varianten nader beschouwd

De werkgroep onderscheidt in het vervolg van dit rapport twee benaderingen voor compensatie van patiënten met ARLC:

1. Er wordt een schadevergoeding betaald voor de volledige schade wanneer bewezen kan worden dat de kans dat ziekte veroorzaakt is door factoren in het werk gelijk is of groter is dan de kans dat de ziekte is ontstaan door factoren buiten het werk;
2. De benadering van proportionele aansprakelijkheid waarbij de hoogte van de schadevergoeding wordt bepaald door de mate waarin het slachtoffer aan asbest is blootgesteld.

Bij de benadering van de volledige schadevergoeding wordt het slachtoffer volledig voor zijn schade gecompenseerd, mits aangetoond kan worden dat de kans dat hij ziek is geworden voor meer dan de helft in het werk ligt. Het slachtoffer krijgt niets als de kans dat de ziekte door het werk is veroorzaakt, lager is dan 50%. Tijdens de internationale expertmeeting van 25 januari 2017 bleek dat in België, Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Duitsland – landen waarin, anders dan in Nederland, het 'risque professionnel' geldt – wordt uitgegaan van deze 'alles of niets' benadering voor asbestgerelateerde longkanker.

Vanuit het perspectief van het slachtoffer is het voordeel van de proportionele benadering dat een harde grens tussen wel en geen beroepsziekte c.q. wel en geen schadevergoeding wordt voorkomen. Het kan als onrechtvaardig worden ervaren dat een slachtoffer die 24 vezeljaren is blootgesteld aan asbest geen schadevergoeding ontvangt en een slachtoffer die 25 vezeljaren is blootgesteld een volledige schadevergoeding krijgt. Daar staat tegenover dat het slachtoffer bij een proportionele benadering bijna nooit een volledige schadevergoeding ontvangt, maar vrijwel altijd een percentage van zijn schade vergoed krijgt.

Voor de werkgever/verzekeraar zullen er, wanneer wordt gekozen voor een proportionele benadering, meer zaken zijn die tot een schadevergoeding leiden. De vergoedingen in de individuele dossiers zullen gemiddeld echter lager zijn. Naar de werkgever/verzekeraar valt ook te

beargumenteren dat de schadevergoeding hoger is naarmate de asbestblootstelling in het verleden hoger was. Hoewel werkgevers/verzekeraars op voorhand hebben aangegeven dat het meewegen van roken – als belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van longkanker – voor hen belangrijk is, wordt dit, zoals hiervoor beschreven, afgeraden door de Gezondheidsraad en speelt het roken ook geen rol bij de toepassing van de door het Hoge Raad in het leven geroepen rechtsregel van proportionele aansprakelijkheid in asbestzaken.^h (29) Daarnaast is het ook, vanuit kostentechnisch aspect, voordeliger om geen onderzoek te hoeven doen naar de eigen verklaring van het rookgedrag van het slachtoffer. Overigens bleek tijdens de internationale expertmeeting van 25 januari 2017 ook dat bij de regelingen voor asbestgerelateerde longkanker in andere landen het roken niet wordt meegewogen.

Tot slot wijst de werkgroep op het perspectief van de uitvoerder van de regeling. Door een proportionele benadering zullen meer mensen in aanmerking komen voor een schadevergoeding. Er zal in meer gevallen bemiddeld moeten worden met een (ex)werkgever of diens verzekeraar. Dat maakt de uitvoeringskosten hoger. Het is bij alle benaderingen van groot belang dat zorg wordt gedragen voor goede voorlichting opdat mensen met longkanker zich niet ten onrechte bij het IAS melden (zie verder paragraaf 5.4).

3.6 De hoogte van de tegemoetkoming en van de schadevergoeding

Zoals beschreven in paragraaf 4.2 kunnen in Nederland asbestslachtoffers met de ziekten maligne mesothelioom en asbestose in combinatie met een bepaalde mate van longfunctieverlies, een tegemoetkoming van de overheid ontvangen. Daarnaast is het mogelijk via bemiddeling met de (voormalige) werkgever of diens verzekeraar een volledige schadevergoeding te verkrijgen. Het IAS werkt met normbedragen voor de volledige schadevergoeding. Het werken met normbedragen voor schadevergoeding bevordert de snelheid in het bemiddelingsproces. Het is immers in de meeste gevallen niet meer nodig om per situatie de schade te berekenen. De bedragen worden jaarlijks geïndexeerd. In 2018 is de tegemoetkoming van de overheid vastgesteld op € 20.355,-. Het normbedrag voor een volledige schadevergoeding bedraagt € 64.522,-.

De opdracht aan de werkgroep is om voor de varianten voor asbestgerelateerde longkanker aan te sluiten bij de huidige praktijk van compensatie bij asbestslachtoffers. Dat betekent dat, net zoals dat geldt voor de regelingen voor maligne mesothelioom en asbestose, mensen met asbestgerelateerde longkanker het recht hebben op een tegemoetkoming van de overheid en dat het vervolgens mogelijk is om via bemiddeling een volledige schadevergoeding te verkrijgen.

Voor de *variant van de volledige schadevergoeding* (ook wel 'variant 1') is het bepalen van de bedragen voor de tegemoetkoming en de volledige schadevergoeding relatief eenvoudig. Als er sprake is van een beroepsziekte kan het asbestslachtoffer een volledige schadevergoeding claimen. Op dat moment heeft het asbestslachtoffer ook recht op een tegemoetkoming van de overheid.

Volgens de Helsinki-criteria (zie paragraaf 2.2) is er sprake van asbestgerelateerde longkanker wanneer een longkankerpatiënt 25 vezeljaren of meer is blootgesteld. De kans dat de ziekte veroorzaakt is door factoren in het werk is dan namelijk gelijk of groter dan de kans dat de ziekte is ontstaan door factoren buiten het werk.

Dat betekent in de variant van de volledige schadevergoeding dat wanneer een longkankerpatiënt 25 vezeljaren is blootgesteld hij in aanmerking komt voor een tegemoetkoming van de overheid en dat er voor hem bemiddeld wordt met de (voormalig) werkgever om te komen tot een volledige schadevergoeding.

^h Zie specifiek het arrest Hollink / Eternit (zie voetnoot 6): Hollink had niet gerookt en toch kwam men tot een proportionele aansprakelijkheid van 63,5%.

Voor de variant van de *proportionele benadering* (ook wel 'variant 2') is het bepalen van de bedragen voor de tegemoetkoming en de volledige schadevergoeding minder eenduidig. Er zal immers een soort staffel moeten worden opgesteld van de vezeljaren dat het slachtoffer is blootgesteld met de daarbij behorende vezeljaren.

Om praktische redenen is besloten aansluiting te zoeken bij de bestaande regeling voor asbestslachtoffers met asbestose. Er is volgens deze regeling sprake van asbestose als iemand met longfibrose en verlies van longfunctie meer dan 5 vezeljaren aan asbest is blootgesteld. Slachtoffers met een bepaalde mate van longfunctieverlies hebben recht op de tegemoetkoming van de overheid. De hoogte van de volledige schadevergoeding voor asbestslachtoffers met asbestose is afhankelijk van de mate van longfunctieverlies.

Naar analogie met deze regeling ligt het voor de hand om voor de variant van de *proportionele benadering* bij 5 vezeljaren asbestblootstelling te spreken van asbestgerelateerde longkanker. Bij 5 vezeljaren wordt de tegemoetkoming van de overheid ter beschikking gesteld. Dat impliceert dat de eerste trede van de *proportionele schadevergoeding* begint bij 5 vezeljaren met een schadevergoeding ter hoogte van de tegemoetkoming. De hoogte van de tegemoetkoming van de overheid is constant, dus varieert niet afhankelijk van het aantal vezeljaren.

De volgende vraag is bij hoeveel vezeljaren de hoogste trede van de *proportionele schadevergoeding* wordt bereikt. Dan bestaat er immers recht op de volledige schadevergoeding. De vaststelling van dit maximum is arbitrair. De werkgroep heeft gemeend dat vanaf 45 vezeljaren bemiddeling voor de maximale schadevergoeding aan de orde is. Naar schatting komt een derde van de mensen die zich aanmelden bij het IAS hiervoor in aanmerking. Dit leidt dan tot de volgende staffel voor de schadebedragen in de variant van de *proportionele benadering*:

<i>blootstelling (in vezeljaren)</i>	<i>schadevergoeding (in €, niveau 2018)</i>
5-15	20.355,-
15-25	31.397,-
25-35	42.439,-
35-45	53.480,-
≥45	64.522,-

Ter vergelijking van de schadebedragen bij de twee varianten kan de volgende tabel dienen.

vezeljaren	variant volledige schadevergoeding		variant proportionele schadevergoeding	
	tegemoetkoming overheid	schadevergoeding werkgever	tegemoetkoming overheid	schadevergoeding werkgever
0-5			-	-
5-15	-	-	} € 20.355,-	€ 20.355,-
15-25				€ 31.397,-
25-35				€ 42.439,-
35-45	} € 20.355,-	} € 64.522,-		€ 53.480,-
≥45				€ 64.522,-

Tabel 1. Toekenning van de tegemoetkoming en bemiddeling voor schadevergoeding afhankelijk van het aantal vezeljaren voor de twee varianten (de bedragen bevinden zich op het niveau van 2018).

In Tabel 1 kunnen we zien dat een asbestslachtoffer dat 25 vezeljaren is blootgesteld na succesvolle bemiddeling in variant 1 het volledige schadebedrag en in variant 2 een bedrag van € 42.439,- ontvangt. Als een slachtoffer 15 vezeljaren is blootgesteld ontvangt hij in variant 1 niets en in variant 2 na succesvolle bemiddeling een bedrag van € 31.397,-.

3.7 Rechtsgang blijft mogelijk

Het is van belang op te merken dat bij elke regeling het voor partijen mogelijk blijft de gang naar de rechter te maken. Zoals dat nu ook het geval is bij de regelingen voor mesothelioom en asbestose, hoeft een asbestslachtoffer geen gebruik te maken van de bemiddeling van het IAS, dan wel kan het slachtoffer als de bemiddeling niet slaagt een civiele procedure beginnen. Bij een regeling voor asbestgerelateerde longkanker zal dat niet anders zijn. Wanneer uiteindelijk gekozen wordt voor de variant van een proportionele schadevergoeding blijft het mogelijk dat partijen in een civiele procedure bij de rechter pleiten voor een volledige schadevergoeding conform het bepaalde in artikel 7:658 BW. Omgekeerd, wanneer gekozen wordt voor de variant van volledige schadevergoeding en een slachtoffer is minder dan 25 vezelja- ren blootgesteld, dan kan hij naar de rechter stappen om een proportionele schadevergoeding te eisen.

4. Uitvoering van de regeling

In het vorige hoofdstuk zijn twee varianten uitgewerkt voor een regeling voor slachtoffers met asbestgerelateerde longkanker. In dit voorliggende hoofdstuk gaat het om de uitvoering van deze varianten voor een regeling. Wat is er nodig opdat deze regeling ook daadwerkelijk uitgevoerd kan worden? Ingegaan wordt op de werkwijze van het Instituut Asbestslachtoffers (IAS), de actualisering van de asbestkaart, het oprichten van een panel voor asbestgerelateerde longkanker en de voorlichting over de regeling.

4.1 Werkwijze Instituut Asbestslachtoffers

Onderdeel van de opdracht aan de werkgroep was dat de regeling uitgevoerd kan worden door het IAS. In paragraaf 3.2 is de oprichting van het instituut beschreven. Op dit moment voert het IAS regelingen uit voor twee asbestgerelateerde aandoeningen. Met de invoering van een regeling voor asbestgerelateerde longkanker zal daar een derde aandoening aan worden toegevoegd.

Het IAS voert in grote lijnen de volgende taken uit:

- het doen van intake
- het uitvoeren van een arbeidshistorisch onderzoek
- het vaststellen van de diagnose
- het geven van advies aan het slachtoffer omtrent aansprakelijkstelling
- het geven van een advies aan de SVB omtrent de tegemoetkoming
- het uitvoeren van een bemiddeling tussen partijen.

In wezen verschillen deze taken niet voor de ziekte maligne mesothelioom of asbestose. Ook voor een toekomstige regeling op het gebied van asbestgerelateerde longkanker zullen deze taken moeten worden uitgevoerd.

De verschillen tussen de regelingen voor maligne mesothelioom en asbestose betreffen vooral het verzamelen van informatie voor het vaststellen van de diagnose. Daar zit ook het belangrijkste verschil met de uitvoering van een regeling asbestgerelateerde longkanker. Voor het vaststellen of er sprake is van ARLC dient er een onderbouwde en transparante berekening van het aantal vezeljaren te worden gemaakt. Mede voor dat doel zal een ARLC-panel worden opgericht dat ondersteuning biedt aan de dossierbehandelaars. Voor de beschrijving van de taak en werkwijze van het ARLC-panel wordt verwezen naar paragraaf 4.3.

Het IAS is gewend om patiënten met een terminale ziekte of een ernstige chronische ziekte en nabestaanden te woord te staan.

Ook werkt het IAS met streefcijfers om snelheid in de dossierbehandeling te betrachten.

Al met al zijn de taken die het IAS uitvoert in grote lijnen vergelijkbaar met de uitvoering van een regeling op het gebied van asbestgerelateerde longkanker en moet het IAS goed in staat worden geacht deze taken ook voor asbestgerelateerde longkanker uit te voeren.

De twee voorgestelde varianten voor een regeling asbestgerelateerde longkanker leiden niet tot verschil in taakuitvoering door het IAS. Wel zullen bij de variant van proportionele schadevergoeding er aanmerkelijk méér dossiers in behandeling worden genomen dan bij de variant van volledige schadevergoeding.

Hoe dan ook zal, wanneer een regeling op gebied van ARLC van toepassing wordt, het aantal dossiers dat wordt behandeld toenemen. Het is van belang dat de personeelsbezetting is afgestemd op de uiteindelijke prognose van het aantal longkankerpatiënten dat bij het IAS zal aankloppen.

4.2 Actualisatie asbestkaart

De asbestkaart (6) is een elektronisch expertsysteem voor het beoordelen van de historische asbestblootstelling in bedrijfstakken en beroepen in de periode 1945-1994. Beschikbare informatie over de asbestblootstelling en ontwikkelingen in productieprocessen en arbozorg-systemen in Nederland worden gebruikt om de trends in de historische blootstelling aan asbest te beschrijven.

De asbestkaart speelt een rol in de bemiddeling van het IAS. Aan de hand van de asbestkaart kan worden vastgesteld hoe aannemelijk het is dat iemand in het verleden aan asbest is blootgesteld geweest. Op basis van de asbestkaart is in het verleden ook de risicomatrix opgesteld om vezeljaren te berekenen bij asbestslachtoffers met asbestose.

Daarnaast heeft de asbestkaart ook een informatieve functie naar het publiek. Zo kan worden gekeken of, en zo ja in welke mate, bepaalde functies in het verleden waren blootgesteld aan asbest.

De asbestkaart is gemaakt kort na de millenniumwisseling. Sindsdien is er van veel meer slachtoffers in Nederland het arbeidsverleden in kaart gebracht. Daarnaast oogt de lay-out van de asbestkaart sterk verouderd en is de navigatie door het systeem niet meer conform de huidige gebruikerswensen.

De werkgroep heeft in dat kader aan het Nederlands Kenniscentrum Arbeid en Longaandoeningen (NKAL) gevraagd om te onderzoeken of de asbestkaart geactualiseerd moet worden. Om deze vraag te beantwoorden is nagegaan in hoeverre beroepen van asbestslachtoffers die zich bij het IAS hebben aangemeld al dan niet voorkomen op de asbestkaart. Een search in de recente epidemiologische literatuur moest verhelderen of recent beroepen zijn onderzocht die niet zijn opgenomen in de asbestkaart. Ook zijn zeventig individuele dossiers voor de regeling asbestose bekeken, waarbij sprake was van langdurige blootstelling maar het beroep niet paste in de risicomatrix asbestose. (33)

De onderzoekers komen tot de conclusie dat bij het overgrote deel van de bestaande beoordelingen van beroepsziekteclaims gewoon een directe link met de asbestkaart kan worden gelegd. Dit betekent dat de asbestkaart in het overgrote deel van de beoordelingen naar behoren functioneert. Slechts in 5% van de dienstverbanden, waarbij op grond van de arbeidsanamnese duidelijke aanwijzingen zijn voor asbestblootstelling, kan de link met de asbestkaart niet worden gelegd. Deze dienstverbanden zijn versnipperd over een groot aantal sectoren. Een update van de asbestkaart zal naar de mening van het NKAL slechts een beperkte verbetering opleveren, terwijl er een grote inspanning moet worden geleverd om deze update daadwerkelijk te realiseren.

Een update van de asbestkaart blijkt wel mogelijk op het gebied van producten en toepassingen. In bestaande documentatie over historische toepassingen van asbest in Nederland zijn verschillende producten en toepassingen gevonden die nog niet zijn opgenomen in de huidige asbestkaart. Het opnemen van deze toepassingen kan in bestaande dossiers behulpzaam zijn om een directe link met asbestwerkzaamheden te identificeren.

Uit de beoordelingen van de bestaande claims in het kader van het asbestose protocol blijkt dat er een duidelijk verschil bestaat tussen de asbestkaart en de risicomatrix voor asbestose. Bij een groot aantal asbestose dossiers bleek er namelijk geen directe link te kunnen worden gelegd met de risicomatrix zoals vastgelegd in het Protocol asbestose van de Gezondheidsraad. Bij 95% van deze dossiers bleek er echter wel een link met de asbestkaart te kunnen worden gelegd. De onderzoekers van NKAL bevelen daarom aan om de beoordeling van de blootstelling in het kader van een regeling asbestgerelateerde longkanker te doen aan de hand van de asbestkaart.

4.3 Oprichting van een ARLC-panel

De werkgroep adviseert om een ARLC-panel op te richten. Voor de aandoeningen mesotheliom en asbestose bestaat al een onafhankelijk panel. Een dergelijk panel kan een onafhanke-

lijk oordeel vellen of er sprake is van asbestgerelateerde longkanker. Het huidige mesotheliomen-panel en asbestose-panel van het IAS functioneren goed als second opinion na het oordeel van de longarts.

Bij ARLC is de diagnose longkanker meestal evident. De moeilijkheid betreft de vraag of betrokkene in het verleden zodanig aan asbest is blootgesteld dat er mogelijk sprake is van asbestgerelateerde longkanker. Hiervoor is de discipline van de arbeidshygiëne noodzakelijk. De arbeidshygiëne heeft als vakgebied het herkennen, evalueren en beheersen van arbeidsrisico's. In het geval van ARLC zal het gaan om de arbeidshygiënische beoordeling van blootstellingen in het verleden.

Het te vormen ARLC-panel zou moeten bestaan uit de medisch adviseur van het IAS plus drie vooraanstaande arbeidshygiënisten. De arbeidshygiënisten in het panel hebben een reputatie opgebouwd met de beoordeling van historische asbestblootstelling. De rol van de medisch adviseur is om te beoordelen of het diagnostisch traject goed is verlopen, zij ziet elk dossier. De rol van de drie arbeidshygiënisten is drieledig:

- het opstellen van algemene richtlijnen voor de berekening van vezeljaren bij casuïstiek, bijvoorbeeld drie jaar fulltime werken als schilder op een scheepswerf in de periode 1980-85 betekent x vezeljaren;
- het opleiden van de dossierbehandelaars van het IAS;
- het beoordelen van de moeilijke gevallen.

Anders dan voor de medisch adviseur is het niet nodig dat de arbeidshygiënisten alle gevallen zien. Het panel moet de beoordeling vanaf papier doen. De ervaring met de andere IAS-panelen is dat het panel een redelijk aantal dossiers dient te behandelen om expertise te kunnen opbouwen. Gezien de progressie van de ziekte is een vereiste dat het panel snel tot een oordeel komt. Door de terugkoppeling over de 'moeilijke gevallen' bevordert het panel ook de deskundigheid van de dossierbehandelaars.

4.4 Voorlichting over de regeling betreffende ARLC

Voorlichting moet er toe dienen dat rechthebbenden zo goed mogelijk worden geïnformeerd over de dienstverlening van het IAS. Tegelijkertijd moet voorlichting er ook toe leiden dat bij niet-rechthebbenden er geen valse hoop en vervolgens teleurstelling ontstaat als zij niet in aanmerking komen voor een compensatieregeling.

Het staat in beginsel iedereen vrij zich tot het IAS te wenden. De voorlichting dient er op gericht te zijn dat alleen personen die een serieuze kans maken op een tegemoetkoming en schadevergoeding zich bij het IAS melden.

Het risico dat veel aanmelders worden teleurgesteld is niet ondenkbeeldig. Bij de introductie van de regeling asbestose in 2014 kwam maar liefst 84% van de aanmeldingen niet voor de regeling in aanmerking. In 2016 en 2017 (tot september 2017) is dat teruggebracht tot 55%. Het percentage afwijzingen is echter nog steeds veel hoger dan voor de regeling mesotheliom, daar bedraagt het aantal afwijzingen slechts 10% van de aanmeldingen.

Voorlichting vindt plaats via verschillende media:

- Vrije nieuwsgaring
- Longartsen
- IAS-folder
- IAS-website

De vrije nieuwsgaring moet juist van toon zijn en geen verkeerde verwachtingen wekken. Door het eenmalige karakter van het nieuws blijft dit bij de uiteindelijke doelgroep niet lang hangen.

Aan de wijze waarop longartsen de patiënt te woord staan, moet veel gewicht worden toegekend. Op dit moment zijn longartsen de belangrijkste informatiebron voor asbestslachtoffers. Uit het belevingsonderzoek dat het IAS uitvoert onder asbestslachtoffers, blijkt dat 80% van de personen die zich aanmelden door de longarts op de hoogte is gesteld van de mogelijkheden die het IAS biedt. Daarom zal een intensief communicatietraject met de longartsen vooraf moeten gaan aan de invoering van de regeling. De meeste longartsen vragen op dit moment

bij longkanker niet aan de patiënt of hij/zij in het verleden beroepsmatig aan asbest is blootgesteld.

Door longartsen wordt vaak persoonlijk verwezen naar de IAS-folder, die aanwezig is op de longpoli. De tekst in de folder moet daarom zeer zorgvuldig worden opgesteld. Het is de kunst om in de folder zowel in de tekst, als in de presentatie geen verkeerde verwachtingen te wekken. Slechts in een beperkt aantal gevallen zijn mensen in het verleden zodanig aan asbest blootgesteld geweest dat het aannemelijk is dat de ziekte longkanker is veroorzaakt door de asbestblootstelling.

4.5 Aanmeldcriteria

Iedereen kan zich bij het IAS melden, maar niet voor iedereen hoeft het IAS een dossier te openen. In die gevallen waar het uitgesloten is dat er recht bestaat op een tegemoetkoming of bemiddeling is het verstandig, voor zowel de patiënt als het IAS, om de aanmelding niet voort te zetten. De patiënt wordt een teleurstelling bespaard, die vaak groter wordt naarmate de verwachting dat het IAS iets kan betekenen langer duurt. En het IAS kan de middelen inzetten waar ze het meest bijdragen aan de missie, het verkorten van de juridische lijdensweg van asbestslachtoffers.

Het is van belang dat de criteria om een dossier te openen patiënten niet ten onrechte de verwachting geven dat ze een kans maken op een tegemoetkoming of een schadevergoeding waar die er niet is. Anderzijds dienen de criteria ook weer niet mensen uit te sluiten die wel intensief met asbest hebben gewerkt, maar waar het geheugen hen voor wat betreft de details van de blootstelling in de steek laat. De werkgroep stelt de volgende aanmeldcriteria voor om een dossier te openen: alle longkankerpatiënten die in het verleden met asbest hebben gewerkt. De asbestblootstelling hoeft niet te hebben plaatsgevonden tijdens een dienstverband als werknemer. Dat betekent dat als iemand zich bij het IAS aanmeldt er een telefoongesprek plaatsvindt waarbij drie zaken dienen te worden gecheckt:

- Gaat het om een primaire longkanker? Is de diagnose gesteld door een longarts?
- Is de patiënt in het verleden tijdens het werk met asbest in contact gekomen? Tijdens welk werk is dat geweest? Welk beroep heeft men toen uitgeoefend?
- Kan de patiënt omschrijven op welke manier de blootstelling plaatsvond? Een incidentele blootstelling is in elk geval niet voldoende om een dossier te openen. Als patiënt een beroep heeft dat op de asbestkaart voorkomt dan kan hij/zij zich aanmelden. Als patiënt een beroep heeft gehad dat niet op de asbestkaart staat dan dient hij aannemelijk te maken dat er blootstelling aan asbest heeft plaatsgevonden.

Het is mogelijk dat een patiënt voet bij stuk houdt dat er een dossier wordt geopend. Het IAS kan iemand niet weigeren zijn of haar aanvraag in behandeling te nemen. Wel dient het IAS deze patiënt erop te wijzen dat de kans dat er sprake is van asbestgerelateerde longkanker zeer gering is.

De werkgroep beveelt aan dat de aanmeldcriteria en het belscript worden geëvalueerd na een jaar. Ook dient te worden geëvalueerd hoeveel keren iemand voet bij stuk houdt dat er een dossier wordt geopend en hoe vaak er sprake was van asbestgerelateerde longkanker.

5. Prognose van het beroep op een regeling

Aan de werkgroep is gevraagd om een prognose op te stellen van het beroep op een of meerdere voorgestelde regelingen asbestgerelateerde longkanker. Het is evident dat, alvorens te kunnen besluiten over een eventuele regeling, het van belang is om zicht te hebben op het toekomstig gebruik en de daarmee gepaard gaande kosten.

In dit hoofdstuk wordt allereerst een schatting gemaakt van het aantal mensen in Nederland dat jaarlijks longkanker krijgt en in het verleden intensief en beroepsmatig aan asbest is blootgesteld. Dit is de groep waarvan verwacht kan worden dat ze zich bij het IAS meldt. Vervolgens heeft het IAS de taak uit te zoeken of deze mensen aan de criteria voldoen om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming van de overheid en bemiddeling met de (ex)werkgever. Hierbij is de historische asbestblootstelling, ofwel de verdeling van de populatie naar het aantal vezeljaren, van belang.

Voor de prognose is het verder wenselijk om de ervaringsgegevens van het IAS te gebruiken om te komen tot een schatting van het aantal daadwerkelijke aanmeldingen en het aantal geslaagde bemiddelingen. Het hoofdstuk besluit met een overzicht van de kosten die hiermee gemoeid zijn voor de verschillende partijen. Deze prognoses worden uitgewerkt voor de twee varianten: volledige en proportionele schadevergoeding.

Vooraf dient nog een opmerking te worden gemaakt over de betrouwbaarheid van de prognose. Er is gebruik gemaakt van parameters die op basis van de beschikbare gegevens zo goed mogelijk zijn onderbouwd, dat leidt tot getallen die heel exact lijken. Echter, niet vergeten mag worden dat bijvoorbeeld ook de jaarlijkse instroom van asbestslachtoffers met mesothelioom moeilijk exact is te voorspellen. De werkgroep staat in grote lijnen achter de prognose, maar raadt aan een onzekerheidsmarge in acht te nemen.

5.1 Onderzoek naar schatting van het aantal gevallen van ARLC

Jaarlijks krijgen circa 12.600 mensen in Nederland de diagnose longkanker. Dit zijn 7.028 mannen en 5.532 vrouwen. (30) Waarschijnlijk hebben de meeste longkankerpatiënten in het verleden op enigerlei wijze blootgestaan aan asbest. Aangezien om voor een regeling voor asbestgerelateerde longkanker in aanmerking te komen, het een vereiste is dat men langdurig of zeer intensief beroepsmatig met asbest in contact moet hebben gestaan, zal niet iedereen zich bij het IAS melden.

De Gezondheidsraad maakte in zijn advies van (2005) melding van circa 700 overlijdensgevallen ten gevolge van asbestgerelateerde longkanker per jaar. (9) Deze schatting is gebaseerd op epidemiologisch onderzoek onder Nederlandse mannen die in de jaren '50 en '60 van de vorige eeuw met asbest in aanraking kwamen. (20)

Recent heeft Van der Bij et al een onderzoek gedaan waarin drie verschillende methoden om tot een schatting te komen worden vergeleken. (7) De eerste methode is om het aantal ARLC-slachtoffers af te leiden van het aantal mesothelioom-slachtoffers. De tweede methode berekent het aantal slachtoffers met ARLC op basis van historische blootstellingsgegevens. In de derde methode worden kengetallen voor blootstelling afgewogen tegenover andere gezondheidsrisico's en gecombineerd met demografische gegevens.

De verschillende methoden zijn toegepast voor de Nederlandse situatie en leiden tot verschillende schattingen. De eerste methode voorspelt een jaarlijks aantal gevallen van ARLC van ongeveer 1750 dat tot 2030 vrij constant blijft. De tweede methode voorspelt een aantal van 826 gevallen in 2011. Het aantal zal in de loop der tijd afnemen tot 370 in 2030. De derde methode ten slotte komt in 2011 op 459 gevallen van ARLC en op 207 in 2030.

Een laatste onderzoek, niet gepubliceerd en oriënterend van aard, is ten slotte zelf uitgevoerd door leden van de werkgroep asbestgerelateerde longkanker. In een groot niet-academisch

ziekenhuis zijn recente dossiers van longkankerpatiënten onderzocht. Van 117 onderzochte patiënten met longkanker blijkt 7% in het verleden een structurele en beroepsmatige asbestexpositie te hebben gehad.

De werkgroep stelt vast dat afhankelijk van de gehanteerde methode er verschillende schattingen mogelijk zijn. Het is, alle onderzoeken afwegende, waarschijnlijk dat op dit moment circa 800 longkankerpatiënten per jaar in het verleden beroepsmatig aan asbest zijn blootgesteld en in beginsel in aanmerking komen voor dienstverlening door het IAS. Dit aantal zal in de loop der tijd afnemen tot zo'n 350 in 2030.

5.2 De verdeling naar vezeljaren bij intensief en beroepsmatig blootgestelde longkankerpatiënten

De verwachting bestaat dat binnen de groep van longkankerpatiënten die in het verleden intensief en beroepsmatig aan asbest zijn blootgesteld, er grote onderlinge verschillen bestaan in de intensiteit van de blootstelling. De historische asbestblootstelling van longkankerpatiënten, uitgedrukt in het aantal vezeljaren, is echter bepalend of er sprake is van asbestgerelateerde longkanker en of het IAS kan adviseren over een tegemoetkoming door de overheid en kan bemiddelen met een (ex)werkgever. Voor een schatting van het aantal longkankerpatiënten dat een tegemoetkoming kan ontvangen en waarvoor zal worden bemiddeld, is het dus van belang om zicht te hebben op de verdeling naar vezeljaren binnen deze groep.

Op dit moment beschikken we niet over exacte gegevens van de asbestblootstelling bij longkankerpatiënten. Het IAS beschikt echter wel over de verdeling van vezeljaren bij mensen die zich hebben aangemeld om in aanmerking te komen voor de regeling voor asbestose. Men komt in aanmerking voor de asbestoseregeling als sprake is van longfunctiebeperking, van longfibrose en indien men in het verleden aan asbest is blootgesteld (een minimum van 5 vezeljaren). De wijze waarop het IAS de vezeljaren berekent is beschreven in paragraaf 2.4. Als basis voor de schatting zijn tweehonderd recente IAS-dossiers voor de asbestoseregeling nader tegen het licht gehouden. Per dossier is het aantal vezeljaren geïnventariseerd. Voor zeventig dossiers kon de risicomatrix niet worden gebruikt omdat de functie niet voorkomt in de matrix. Voor de overige dossiers was het mogelijk het aantal vezeljaren te bepalen. De onderstaande tabel geeft informatie over de verdeling naar vezeljaren voor de mensen die wel en die niet de diagnose asbestose kregen.

	wel asbestose (N=65)	geen asbestose (N=65)	totaal (N=130)
Q1, eerste kwartiel	17	14	15
Mediaan	30	22	27
Gemiddelde	40	36	38
Q3, derde kwartiel	54	53	54
min/max	0/157	0/122	0/157

Tabel 2. Aantal vezeljaren vastgesteld met behulp van de risicomatrix voor mensen die zich bij het IAS hebben aangemeld voor de regeling asbestose in 2016 en 2017.

We zien dat het aantal vezeljaren dat men is blootgesteld onder alle aanmeldingen relatief hoog is. Gemiddeld is men 38 vezeljaren blootgesteld, de mediaan voor de hele groep is 27 vezeljaren. Daarnaast valt op dat de mensen die uiteindelijk geen asbestose blijken te hebben in het verleden gemiddeld aan minder vezeljaren zijn blootgesteld, dan degenen die wel de diagnose kregen (bij de eerste groep is de mediaan 22 en bij de tweede groep is de mediaan 30 vezeljaren). Een grafiek van de verdeling is te vinden in bijlage 3.

De groep die niet de diagnose asbestose heeft gekregen lijkt wat betreft de asbestblootstelling in het verleden waarschijnlijk meer op de groep die zich zal aanmelden voor asbestgerelateerde longkanker. De verdeling naar vezeljaren binnen de groep 'geen asbestose' is om die

reden gebruikt voor de schatting van de kosten die voortvloeien uit een regeling voor asbestgerelateerde longkanker.

Om meerdere redenen is het belangrijk dat er goed zicht is op het beroep dat zal worden gedaan op een regeling voor asbestgerelateerde longkanker. Ten eerste is het van belang dat de overheid en werkgevers/verzekeraars weten welke kosten er aan een regeling zijn verbonden. Ten tweede is het voor de uitvoering van de regeling van belang om zicht te hebben op het aantal dossiers dat dient te worden behandeld.

In het vervolg van dit hoofdstuk wordt een onderbouwde prognose gemaakt van het beroep op de regeling. Deze prognose wordt uitgewerkt voor de twee varianten van een regeling asbestgerelateerde longkanker.

5.3 Een prognose van de aanmeldingen

Eerder is vastgesteld dat van de longkankerpatiënten die jaarlijks de diagnose krijgen er ca. 800 in het verleden intensief en beroepsmatig aan asbest waren blootgesteld. We gaan uit van een effectieve voorlichting aan betrokkenen en toepassen van de aanmeldcriteria, zodanig dat geen longkankerpatiënten zich melden die niet op deze wijze aan asbest zijn blootgesteld.

Verder gaan we uit van een zodanige bekendheid met de regeling dat 80% van de betrokkenen zich daadwerkelijk meldt bij het IAS. Dit percentage is gebaseerd op de vergelijking van de aanmeldingen bij het IAS met de incidentie vastgesteld door de Nederlandse Kankerregistratie voor de diagnose mesothelioom. In 2007 meldde iets meer dan 60% van de patiënten zich. Sinds 2011 ligt het percentage rond de 80%. Vooral vrouwelijke patiënten en patiënten met een slechte prognose melden zich minder bij het IAS.ⁱ

Op basis van de ervaringsgegevens met mesothelioomslachtoffers lijkt gebruik van 80% in het begin wat aan de hoge kant, omdat nog niet alle longartsen direct goed bekend zullen zijn met de regeling. Anderzijds is het ook mogelijk dat longartsen in deze beginperiode ten onrechte longkankerpatiënten doorverwijzen naar het IAS door dezelfde onbekendheid.

Als we uitgaan van 80% komt dit neer op ca 650 aanmeldingen van longkankerpatiënten bij het IAS per jaar. Dit aantal zal in de loop der tijd langzaam afnemen tot minder dan 300 aanmeldingen in 2030.

5.4 Een prognose van het aantal tegemoetkomingen

Het aantal tegemoetkomingen dat wordt verstrekt is afhankelijk van de gekozen variant (zie paragraaf 3.6). Voor de variant van volledige schadevergoeding (variant 1) is er sprake van asbestgerelateerde longkanker als de longkankerpatiënt 25 vezeljaren is blootgesteld. Het recht op een tegemoetkoming ontstaat dus bij 25 vezeljaren blootstelling.

Voor de variant van proportionele schadevergoeding (variant 2) verstrekt de overheid een tegemoetkoming wanneer een longkankerpatiënt kan aantonen dat hij in het verleden 5 vezeljaren is blootgesteld aan asbest.

Om tot een prognose te komen gebruiken we de verdeling naar vezeljaren in een vergelijkbare populatie. In paragraaf 5.2 is binnen de groep patiënten die zich hebben aangemeld voor de asbestoseregeling maar geen asbestose bleken te hebben, de verdeling naar vezeljaren vastgesteld. Deze procentuele verdeling wordt gebruikt om het aantal vezeljaren te schatten bij patiënten die zich aanmelden voor een regeling voor asbestgerelateerde longkanker.

Binnen deze vergelijkbare populatie is 46% 25 vezeljaren of meer blootgesteld. De werkgroep kiest ervoor om in de voorspelling te werken met afgeronde getallen, om niet te suggereren dat het gaat om een prognose die tot op het aantal individuen nauwkeurig is. Als gekozen wordt voor variant 1 is de verwachting dat voor ongeveer 300 mensen geldt dat zij asbestgerelateerde longkanker hebben en daarmee de tegemoetkoming van de overheid ontvangen.

ⁱ IAS Jaarverslag 2016, p 10.

Binnen dezelfde populatie is 11% minder dan 5 vezeljaren blootgesteld. Mocht de voorkeur uitgaan naar variant 2 luidt de prognose dat voor ruim 550 mensen wordt vastgesteld dat zij asbestgerelateerde longkanker hebben, waarmee recht bestaat op de tegemoetkoming van de overheid.

Deze aantallen zullen naar verwachting in 2030 zijn gedaald tot ongeveer 125 (variant 1), resp. 250 (variant 2).

5.5 Een prognose van het aantal schadevergoedingen

Het IAS kan lang niet voor alle slachtoffers of nabestaanden die een tegemoetkoming ontvangen bemiddelen. Ten eerste is het mogelijk dat het slachtoffer niet in loondienst maar bijvoorbeeld als zzp'er gewerkt heeft. Dan komt betrokkene in aanmerking voor een TNS-uitkering. Gezien de eis van het aantal vezeljaren dat voor de diagnose asbestgerelateerde longkanker wordt gesteld, is het niet heel waarschijnlijk dat zich veel slachtoffers zullen aanmelden voor de TNS-regeling.

Een probleem bij de bemiddeling voor schadevergoeding is dat bedrijven niet meer bestaan of niet meer zijn terug te vinden. Daar waar wel een werkgever wordt gevonden en bemiddeling kan worden gestart is het evenmin zeker dat de bemiddeling leidt tot een volledige schadevergoeding. Het is mogelijk dat het slachtoffer of de nabestaande niet kan bewijzen dat het slachtoffer in dienst was en is blootgesteld. Een andere belemmering is dat de werkgever zich beroept op verjaring of het bewijs naast zich neerlegt.

Een prognose van het aantal geslaagde bemiddelingen bij een ARLC-regeling kan het beste worden gemaakt op basis van de recente cijfers van de bemiddelingen door het IAS voor slachtoffers met de ziekte asbestose. Deze mensen zijn immers ook lange tijd blootgesteld geweest aan asbest, waardoor de problemen in de bewijsvoering met incidentele blootstelling zoals die gelden voor slachtoffers met mesothelioom minder zullen voorkomen. Over de periode januari 2015 – oktober 2017 heeft 41% van de slachtoffers met asbestose een volledige schadevergoeding van de werkgever/verzekeraar ontvangen (dat is inclusief de gevallen waar geen bemiddelbare werkgever kon worden gevonden).

Als gekozen wordt voor de variant van volledige schadevergoeding is de verwachting dat ongeveer 125 mensen een volledige schadevergoeding ontvangen. Dit aantal zal in 2030 zijn afgenomen tot zo'n 50 personen.

Wanneer de keuze valt op de variant van proportionele schadevergoeding zal de hoogte van de schadevergoeding in relatie staan tot de asbestblootstelling in het verleden. Als onderliggende methode voor de prognose gebruiken we weer de verdeling naar vezeljaren in de populatie zoals beschreven in paragraaf 5.2. De resultaten zijn samengevat in onderstaande tabel.

Vezeljaren	# schadevergoeding	Schadebedragen	Totale schadelast
5-15	40	€ 20.355,-	814.200
15-25	70	€ 31.397,-	2.197.790
25-35	15	€ 42.439,-	636.585
35-45	20	€ 53.480,-	1.069.600
≥45	80	€ 64.522,-	5.161.760
Totaal	225		9.879.935

Tabel 3. Aantallen personen die een schadevergoeding ontvangen volgens variant 2 (bedragen gelden voor 2018)

Volgens variant 2 ontvangen ongeveer 225 personen een schadevergoeding van de werkgever of verzekeraar. Daarbij moet ook de bemiddelingsfee voor het IAS (à € 4.185 excl btw) bij worden opgeteld. De totale jaarlijkse kosten voor werkgevers/verzekeraars bedragen bij variant 2 daarmee ongeveer € 10.800.000,-.

De totale kosten voor schadevergoeding van de werkgever/verzekeraar van variant 1 bedragen ongeveer € 8.600.000,-.

5.6 Vergelijking prognoses met het buitenland

Om deze prognoses in perspectief te plaatsen is het nuttig om een vergelijking te maken met de buitenlandse cijfers zoals aangeleverd door Van der Laan.^j (4) In tabel 4 zijn de prognoses voor het aantal mensen met asbestgerelateerde longkanker vergeleken met het aantal diagnoses maligne mesothelioom zoals gesteld na aanmelding door het IAS. Deze cijfers en het verhoudingsgetal ARLC/Mesothelioom kunnen vervolgens worden vergeleken met buitenlandse cijfers.

We zien dat het verhoudingsgetal van variant 1 iets hoger ligt dan in België, maar lager dan in Duitsland. Het verhoudingsgetal van variant 2 is hoger dan in Duitsland, maar nog steeds aanmerkelijk lager dan in Frankrijk.

Land	# ARLC	# Mesotheliomen	Verhouding ARLC/Mesothelioom
UK	285	2311	0,12
België	72	175	0,41
Duitsland	793	970	0,81
Frankrijk	1517	690	2,1
Australië (NSW)	35	159	0,22
Nederland prognose variant 1	300	546	0,55
Nederland prognose variant 2	550	546	1,01

Tabel 4. Prognoses aantallen ARLC en mesothelioom volgens de twee varianten in vergelijking met buitenlandse cijfers

5.7 Een prognose van de uitvoeringskosten

Hieronder is een berekening gemaakt van de volledige kosten waarvan de parameters bekend zijn: de uitvoeringskosten van het IAS, de bedragen die worden uitgekeerd door de overheid in het kader van de TAS-regeling en de bedragen aan schadevergoeding die worden betaald aan asbestslachtoffers. Geen rekening is gehouden met de uitvoeringskosten aan de kant van de SVB of werkgevers en verzekeraars.

De vraag is of bij variant 1 het IAS in alle gevallen een volledige intakeprocedure zal moeten verrichten. Minder dan 50% van de gegadigden komt in aanmerking voor een tegemoetkoming van de overheid vanwege de relatief hoge drempel van 25 vezeljaren. Het IAS probeert met de bestaande intakeprocedure zoveel mogelijk de patiënten te ontzien. Toch vormen het huisbezoek, de aansprakelijkstelling en het leveren van de medische informatie, een belasting voor mensen die alle energie op dat moment nodig hebben.

Door goed gebruik van het bescrypt zal niet voor alle belangstellenden een dossier worden geopend. De uitvoeringskosten voor het aantal IAS-dossiers kunnen zo worden verminderd, hoewel met een strengere intake ook kosten zijn gemoeid. Het zou goed zijn om in het buitenland te kijken of daar een vorm van triage bestaat.

Bij variant 2 is de drempel van 5 vezeljaren lager. Ook in deze variant is het van belang om geen valse verwachtingen te wekken (zie ook paragraaf 4.5). Gezien de relatief kleinere kans dat men niet in aanmerking komt voor de tegemoetkoming zullen alle aanmeldingen de intakeprocedure moeten doorlopen.

Tabel 5 geeft een samenvattend overzicht van het aantal personen dat gebruik maakt van een regeling ARLC en van de belangrijkste kosten. Opgenomen zijn de bedragen voor de te-

^j Cijfers voor 2013 voor UK t/m Australië afkomstig van G. van der Laan 2015, p 14.

gemoetkoming van de overheid en voor de schadevergoeding van de werkgever. Ook de kosten voor de uitvoering van de regeling van het IAS zijn opgenomen, maar niet de uitvoeringskosten voor de SVB en voor werkgevers en verzekeraars.

We zien dat variant 2, van de proportionele aansprakelijkheid, in alle opzichten duurder is dan variant 1 van de volledige schadevergoeding. Dat komt natuurlijk omdat bijna twee keer zoveel asbestslachtoffers in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de overheid en een schadevergoeding door de werkgever.

	Variant 1	Variant 2
Aantallen		
Aanmeldingen	650	650
Na bescrypt naar intakeprocedure	350	-
Tegemoetkoming overheid	175	325
Schadevergoeding werkgever / verzekeraar	125	225
Kosten		
Uitvoeringskosten IAS	€ 350.000,-	€ 410.000,-
Tegemoetkoming overheid	€ 3.500.000,-	€ 6.600.000,-
Schadevergoeding werkgever / verzekeraar	€ 8.600.000,-	€ 10.800.000,-
Totale kosten	€ 12.450.000,-	€ 17.810.000,-

Toelichting:

Uitvoeringskosten IAS: dossierkosten minus bemiddelingsfee per consensus dossier

Tegemoetkoming overheid: aantal tegemoetkomingen die niet teruggevorderd kunnen worden

Tabel 5. Samenvattend overzicht aantallen en kosten per jaar voor twee varianten

Na verloop van tijd zullen de aantallen dalen en daarmee ook de kosten. In tabel 6 is een samenvattend overzicht gegeven voor 2030.

	Variant 1	Variant 2
Aantallen		
Aanmeldingen	300	300
Na bescrypt naar intakeprocedure	150	-
Tegemoetkoming overheid	70	140
Schadevergoeding werkgever / verzekeraar	55	110
Kosten		
Uitvoeringskosten IAS	€ 145.000,-	€ 270.000,-
Tegemoetkoming overheid	€ 1.420.000,-	€ 2.850.000,-
Schadevergoeding werkgever / verzekeraar	€ 3.780.000,-	€ 5.320.000,-
Totale kosten	€ 5.345.000,-	€ 8.440.000,-

Toelichting: zie tabel 5

Tabel 6. Samenvattend overzicht aantallen en kosten voor twee varianten in 2030

6. Slotbeschouwing en aanbevelingen

Ruim anderhalf jaar heeft de werkgroep zich gebogen over aspecten met betrekking tot een regeling voor compensatie bij asbestgerelateerde longkanker in Nederland. In de werkgroep waren de verschillende geledingen vertegenwoordigd, die stonden voor uiteenlopende belangen. De werkgroep beschouwde de uitvoering van de opdracht als een inhoudelijk en praktisch vraagstuk, misschien dat daarom er vanaf het begin binnen de werkgroep veel eensgezindheid bestond over de wijze waarop de opdracht moest worden uitgevoerd. Aan het slot wil de werkgroep deze rapportage kort van een beschouwing voorzien.

Er zijn redenen om te komen tot een regeling asbestgerelateerde longkanker in Nederland:

- wetenschappelijk is er geen twijfel dat intensieve en arbeidsgebonden blootstelling aan asbest longkanker kan veroorzaken;
- in alle West-Europese landen bestaat er een regeling, die zonder noemenswaardige problemen wordt uitgevoerd;
- alle betrokken partijen hebben in het Convenant Instituut Asbestslachtoffers de wenselijkheid uitgesproken van een regeling voor asbestgerelateerde longkanker;
- Nederland heeft met het IAS een werkwijze ontwikkeld die, met behoud van het specifieke stelsel van het *risque social*, erkenning geeft aan het leed van asbestslachtoffers en vermindering van de juridische lijdensweg.

De werkgroep begrijpt ook dat er redenen zijn waarom niet alle partijen bij voorbaat enthousiast zijn over een regeling asbestgerelateerde longkanker:

- anders dan bij maligne mesothelioom zijn er weinig claims over asbestgerelateerde longkanker, terwijl de kosten in verband met uitvoering van een regeling hoog zijn;
- er zijn internationale criteria opgesteld om in individuele gevallen de veroorzakingswaarschijnlijkheid vast te stellen, toch is het debat hierover in wetenschappelijke kring nog niet verstomd;
- roken wordt als de belangrijkste oorzaak van longkanker gezien. Asbestslachtoffers met longkanker hebben meestal ook gerookt.

Naar de mening van de werkgroep is het van belang om als de regeling wordt ingevoerd veel aandacht te besteden aan de voorlichting. Dit voorkomt teleurstelling bij longkankerpatiënten die ten onrechte menen in aanmerking te komen. Er ligt een taak voor het IAS om longartsen naar behoren te informeren, maar ook om goede informatie te verstrekken in de folders en op de website. Ook het belscript, dat wordt afgenomen voordat een dossier wordt aangemaakt, dient gemonitord en na zekere tijd geëvalueerd te worden.

Voor het vaststellen van de blootstelling volgt de werkgroep het advies van het NKAL dat de asbestkaart betere informatie bevat dan de risicomatrix. Een actualisering van de asbestkaart is niet nodig.

Verder is het een taak van het ARLC-panel om de wetenschappelijke inzichten te blijven volgen.

Veel discussie over asbestgerelateerde longkanker in Nederland ging in het verleden over de vraag naar het rookverleden van longkankerpatiënten die in het werk intensief aan asbest waren blootgesteld. Naar de mening van de werkgroep is het niet zinvol om deze discussie voort te zetten omdat dit het onderwerp onnodig compliceert. In het buitenland is dit onderwerp ook niet aan de orde^k. (32)

^k De enige uitzondering is Denemarken, zie C. Kieffer et al, *Asbestos related occupational diseases in Europe* Eurogip 2006 p 32.

De werkgroep heeft gemeend dat het niet op zijn weg ligt om te kiezen voor één van de varianten van een regeling, maar dat de taak van de werkgroep juist is om deze varianten met de verschillende consequenties goed over het voetlicht te brengen opdat stakeholders, verenigd in de Raad van Toezicht en Advies van het IAS, een goede keuze kunnen maken. Hieronder worden de verschillende aspecten van de twee varianten nog op een rijtje gezet.

De variant van volledige schadevergoeding sluit aan bij de wijze waarop in het buitenland de compensatie van asbestgerelateerde longkanker is geregeld én hoe in Nederland in het algemeen de schade met betrekking tot beroepsziekten wordt behandeld.

Voor het slachtoffer heeft deze variant het voordeel dat als eenmaal is vastgesteld dat er sprake is van asbestgerelateerde longkanker hij of zij de volledige schadevergoeding krijgt. Voor de overheid is het voordeel van deze variant dat er minder tegemoetkomingen worden verstrekt dan in de variant van de proportionele aansprakelijkheid. De kosten voor werkgevers en verzekeraars om een schadevergoeding te betalen vallen per saldo lager uit.

Voor de uitvoeringsorganisatie IAS zijn er minder kosten in verband met de bemiddeling. Wel zal er, nog meer dan bij de variant van proportionele aansprakelijkheid, aandacht moeten worden besteed aan verwachtingenmanagement, om te voorkomen dat een kwetsbare groep mensen na aanmelding wordt teleurgesteld.

De variant van proportionele schadevergoeding sluit aan bij de wijze waarop in Nederland in het verleden recht is gesproken over de compensatie voor asbestgerelateerde longkanker. In deze variant bestaat er in de schadeafhandeling geen harde cesuur tussen slachtoffers die in het verleden meer en die minder aan asbest zijn blootgesteld.

Vanuit het perspectief van het slachtoffer is het voordeel dat er méér slachtoffers in aanmerking komen voor een schadevergoeding en een tegemoetkoming van de overheid. De schadevergoeding is echter gemiddeld lager dan bij de variant van volledige schadevergoeding. De kosten voor de overheid (in verband met de tegemoetkoming) en voor werkgevers en verzekeraars (in verband met de schadevergoeding) vallen per saldo hoger uit. Dit geldt ook voor de uitvoeringskosten van het IAS.

Literatuur

- (1) [Convenant Instituut Asbestslachtoffers](#) d.d. 23 november 1998. Het Convenant Instituut Asbestslachtoffers is ondertekend door centrale werkgevers- en werknemersorganisaties, het Verbond van Verzekeraars, het Comité Asbestslachtoffers en de rijksoverheid.
- (2) [Instituut Asbestslachtoffers](#) – www.ias.nl. Gezien op 4 april 2018
- (3) [Staatscourant](#). Regeling van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 21 maart 2014, nr. 2014-0000018380
- (4) Laan, G. van der (2015). Compensatie voor asbestgerelateerde longkanker? Een oriënterend onderzoek naar een protocol met diagnostische en blootstellingscriteria. Onderzoek in opdracht Instituut Asbestslachtoffers. Pag. 5.
- (5) [Gezondheidsraad](#) (1999). Protocollen asbestziekten: asbestose. Bijlage E: Risicomatrix
- (6) Swuste, P, Burdorf, A & Dahhan, M. (2004). www.asbestkaart.nl . Delft, november 2004
- (7) [Van der Bij S](#), Vermeulen RCH, Portengen L, et al (2016). Expected number of asbestos-related lung cancers in the Netherlands in the next two decades: a comparison of methods. *Occup Environ Med* 2016;73:342-349.
- (8) [Doll, R. e.a](#) (1955) 'Mortality from lung cancer in asbestos workers' in: *British Journal of Industrial Medicine* 1955 pp 12 81-86.
- (9) [Gezondheidsraad, 2005](#). Gezondheidsraad. 'Protocollen asbestziekten: longkanker' Nr 2005/09 Den Haag 2005, p 38
- (10) [IARC \(1973\)](#). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 2 Some inorganic and organometallic compounds.
- (11) [IARC \(1977\)](#). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 14 Asbestos.
- (12) [IARC \(1982\)](#). Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Supplement 4 Chemicals, Industrial Processes and Industries Associated with Cancer in Humans: An Updating of IARC Monographs Volumes 1 to 29.
- (13) [Wolf, H. et al \(2015\)](#). 'Asbestos, asbestosis, and cancer, the Helsinki criteria for diagnosis and attribution 2014: recommendations' in: *Scand J Work Environ Health* 2015;41(1):5-15
- (14) [Olsson, AC, Vermeulen R, Schüz J, Kromhout H, Pesch B, Peters S, Behrens T, Portengen L, Mirabelli D, Gustavsson P, Kendzia B, Almansa J, Luzon V, Vlaanderen J, Stücker I, Guida F, Consonni D, Caporaso N, Landi MT, Field J, Brüske I, Wichmann HE, Siemiatycki J, Parent ME, Richiardi L, Merletti F, Jöckel KH, Ahrens W, Pohlmann H, Plato N, Tardón A, Zaridze D, McLaughlin J, Demers P, Szeszenia-Dabrowska N, Lissowska J, Rudnai P, Fabianova E, Stanescu Dumitru R, Bencko V, Foretova L, Janout V, Boffetta P, Bueno-de-Mesquita B, Forastiere F, Brüning T, Straif K\(2017\)](#). Exposure-Response Analyses of Asbestos and Lung Cancer Subtypes in a Pooled Analysis of Case-Control Studies.. *Epidemiology*. Mar;28(2):288-299
- (15) [Gustavsson P, Jakobsson R, Nyberg F, Pershagen G, Järup L, Schéele P \(2000\)](#). Occupational exposure and lung cancer risk: a population-based case-referent study in Sweden. *Am J Epidemiol*. 2000 Jul 1;152(1):32-40
- (16) Damme, K. van. The Belgian case, presentatie op expertmeeting IAS op 25-1-2017, Den Haag.
- (17) [Hagmolen of ten Have, W. van, Rooijackers, J.M. en Burgers, J.A. \(2016\)](#). 'Financiële compensatie voor patiënten met asbestose' *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2016;160: D544
- (18) [Burdorf, A. en Swuste, P.H.J.J. \(1999\)](#); zie ook Gezondheidsraad Protocollen asbestziekten: asbestose Den Haag 1999 p 65-67
- (19) IAS. Expertmeeting asbest en longkanker d.d. 25 januari 2017
- (20) [Van Loon AJ, Kant IJ, Swaen GM, Goldbohm RA, Kremer AM, van den Brandt PA](#). Occupational exposure to carcinogens and risk of lung cancer: results from The Netherlands cohort study. *Occup Environ Med* 1997; 54(11): 817-824
- (21) [Ruiter, J. de \(1997\)](#). Asbestslachtoffers. Advies in opdracht van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag.
- (22) [HR 17 december 2004](#), ECLI:NL:HR:2004: AR3290, NJ 2006, 147, m. nt. C.J.H. Brunner (Hertel / Van der Lugt)

- (23) *Lindenbergh, S.D. (2016)*. Arbeidsongevallen en beroepsziekten (Monografieën Privaatrecht nr. 13), Deventer: Wolters Kluwer 2016, p. 84 en 85
- (24) *Laarman, B. e.a. (2016)*. Perspectieven op het Instituut Asbestslachtoffers. Boom Juridisch Den Haag 2016.
- (25) *Jaarverslag IAS over 2017*
- (26) *Arbowet*, art 1.11
- (27) *Ittersum, J. van (2016)*. De juridische lijdensweg van maligne mesothelioom- en asbestgerelateerde longkankerslachtoffers. Scriptie Universiteit Leiden Faculteit der Rechtsgeleerdheid Afdeling Civiel Recht
- (28) *HR 31 maart 2006*, ECLI:NL:HR:2006:AU6092, NJ 2011, 250, m.nt. T.F.E. Tjong Tjin Tai (Nefalit /Karamus), zie ook HR 31 maart 2006, ECLI:NL:HR:2006:AU6093 (Hollink / Eternit).
- (29) *HR 14 december 2012*, ECLI:NL:HR2012:BX8349, NJ 2013, 236, m.nt. S.D. Lindenbergh (Nationale-Nederlanden / X)
- (30) *KWF.NL. Longkanker*. April 2018.
- (31) *Jaarverslag IAS over 2016*, pagina 10
- (32) *Kieffer, C. e.a. (2006)*. Asbestos related occupational diseases in Europe Eurogip 2006 p
- (33) *Houba, A. & Zaat, V. (2018)*. Update asbestkaart. Een oriënterend onderzoek in opdracht van het Instituut Asbestslachtoffers, NKAL Utrecht.

Bijlage 1. Opdracht werkgroep asbestgerelateerde longkanker

Stel een of meerdere voorstellen op voor een regeling ter schadeloosstelling van slachtoffers van asbestgerelateerde longkanker.

De regeling moet zijn gebaseerd op de laatste wetenschappelijke inzichten betreffende de causaliteit van asbest bij het ontstaan van longkanker en passen binnen de wijze waarop in Nederland erkenning wordt gegeven aan asbestslachtoffers.

Tevens dient de regeling te kunnen rekenen op consensus van alle partijen die het convenant asbestslachtoffers hebben ondertekend. De regeling moet de basis zijn voor een protocol dat wordt uitgevoerd door het Instituut Asbestslachtoffers (IAS).

Bij het opstellen van het voorstel kan de werkgroep zich laten inspireren door de bestaande praktijk op dit onderwerp in de ons omringende landen.

Onderdeel van het voorstel is een beschrijving van over welke expertise het IAS dient te beschikken om deze regeling goed uit te voeren.

Ook dient het voorstel een prognose te bevatten van aantallen personen die een beroep kunnen doen op een dergelijke regeling, dan wel mensen die mogelijk ten onrechte aankloppen voor de regeling. Tevens dient een inschatting te worden gemaakt van de schadelast en de uitvoeringskosten nu en in de toekomst.

Als de werkgroep ervoor kiest om meerdere voorstellen uit te werken dient het eindproduct van de werkgroep ook een vergelijking te bevatten van de verschillende voorstellen op de bovenstaande aspecten.

Het verzoek is om binnen vier maanden de opdracht te hebben uitgevoerd, te rekenen vanaf de eerste bijeenkomst van de werkgroep.

Bijlage 2. Samenstelling werkgroep

Mr J.M. (Jolien) Bruidegom
Advocaat Nationale Nederlanden

M.C.J. (Marius) Klop, arts
medisch adviseur Klop Medisch Advies

Prof. dr. J. (Hans) Kromhout
Hoogleraar Institute for Risk Assessment Sciences Universiteit Utrecht

Dr. J. (Hugo) Schouwink
Longarts Medisch Spectrum Twente

Mr. dr. R.F. (Bob) Ruers
Advocaat bij Wout van Veen advocaten tot 31-12-2016

Mr H.Th. (Henriët) Vos
Advocaat Nationale Nederlanden

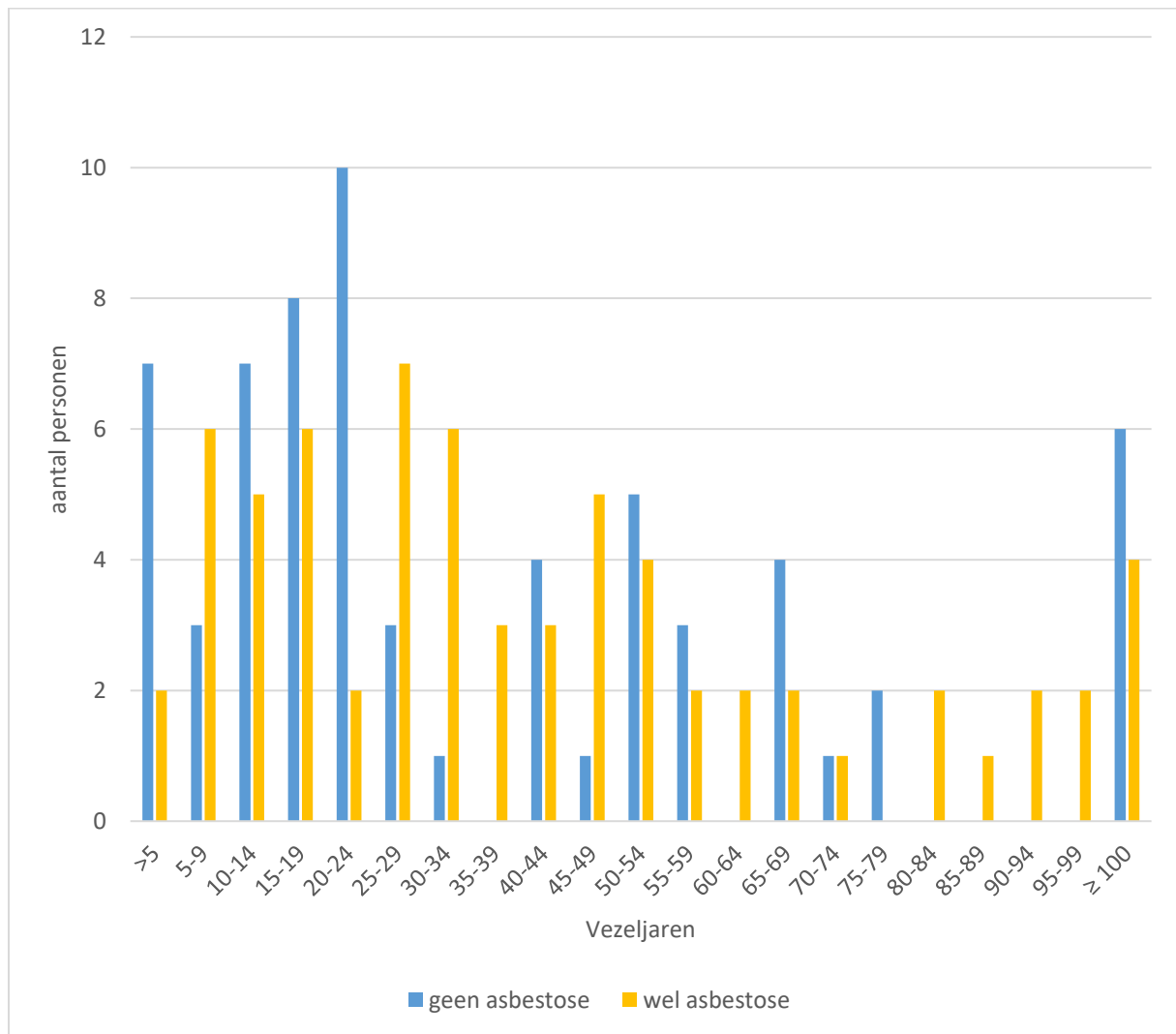
Toegevoegd aan de werkgroep zijn:

Dr. J.M. (Jan) Warning
Directeur IAS

Drs. S.A. (Simone) Aarendonk
Beleidsmedewerker IAS

Bijlage 3. Verdeling vezeljaren

Om een indruk te krijgen van de verdeling naar vezeljaren bij mensen die zich aanmelden bij het IAS zijn tweehonderd recente IAS-dossiers voor de asbestoseregeling nader tegen het licht gehouden. Per dossier is het aantal vezeljaren geïnventariseerd. Voor zeventig dossiers kon de risicomatrix niet worden gebruikt omdat de functie niet voorkomt in de matrix. Voor de overige dossiers was het mogelijk het aantal vezeljaren te bepalen. De onderstaande grafiek geeft informatie over de verdeling naar vezeljaren voor de mensen die wel en die niet de diagnose asbestose kregen.



Grafiek 1. Verdeling van het aantal vezeljaren bij personen die wel en niet de diagnose asbestose kregen, bij een steekproef van 130 recente IAS-dossiers