

Advies van het Europees Economisch en Sociaal Comité over de rechten van inwonende zorgverleners**(initiatiefadvies)**

(2016/C 487/02)

Rapporteur: **Adam ROGALEWSKI**

Besluit van de voltallige vergadering	21.1.2016
Rechtsgrondslag	Artikel 29, lid 2, rvo Initiatiefadvies
Bevoegde afdeling	Afdeling Werkgelegenheid, Sociale Zaken en Burgerschap
Goedkeuring door de afdeling	9.9.2016
Goedkeuring door de voltallige vergadering	21.9.2016
Zitting nr.	519
Stemuitslag (voor/tegen/onthoudingen)	168/2//6

1. Aanbevelingen

1.1. Er moet een discussie komen over de invoering van een gemeenschappelijke definitie van „door inwonenden” verrichte zorgtaken in Europa die als thuiszorg erkend worden. De definitie van door inwonenden verrichte zorgtaken moet betrekking hebben op arbeidsvoorwaarden voor werknemers (in loondienst of zelfstandig) in particuliere woningen, waar het werk in eerste instantie zorgverlening aan ouderen en gehandicapten betreft. Inwonende zorgverleners, ongeacht of zij in loondienst werken of zelfstandig zijn, moeten behandeld worden als deel van het systeem voor langdurige zorgverlening (long term care — LTC). De invoering van een gemeenschappelijke definitie is bedoeld om het bestaan van inwonende zorgverleners op de Europese arbeidsmarkt te erkennen en om de kwaliteit van de door hen verleende langdurige zorg te verbeteren.

1.2. Met het oog op de beleidsvorming dient Eurostat adequate gegevens over inwonende zorgverleners te verzamelen.

1.3. Het Europees Economisch en Sociaal Comité (EESC) pleit voor onderzoek door de Europese Commissie naar de situatie van deze werknemers, met inbegrip van hun aantal, nationaliteit, migratiestatus, grensoverschrijdende mobiliteit, integratie op de arbeidsmarkt en sociale bescherming, de sociale en arbeidsomstandigheden en kwalificaties, alsook hun feitelijke en potentiële bijdrage aan de Europese economieën.

1.4. Inwonende verzorgers dienen op vergelijkbare wijze te worden behandeld als andere zorgverleners. Dit betekent dat zij soortgelijke bescherming moeten genieten, zoals beperking van de arbeidstijd (inclusief wachtdienst) en bescherming tegen schijnzelfstandigheid. Inwonende zorgverleners in loondienst mogen niet uitgesloten worden van regelgeving inzake werkgelegenheid op EU- en lidstaatsniveau, onder andere ten aanzien van eerlijke beloning, bescherming van de gezondheid en veiligheid, sociale zekerheid en het recht op vrijheid van vereniging en het recht op collectieve onderhandelingen.

1.5. Tekorten in de langdurige zorg in Europa moeten worden aangepakt door te zorgen voor fatsoenlijke betaling en arbeidsomstandigheden, het gebrek aan investeringen tegen te gaan, ervoor te zorgen dat het beginsel van vrij verkeer wordt nageleefd, dat belemmeringen die verhinderen dat werknemers hun rechten kunnen uitoefenen, worden opgeheven en dat manieren worden gezocht om migranten toegang te verschaffen tot reguliere arbeid.

1.6. De Europese Unie wordt verzocht nauw samen te werken met de lidstaten om het aanbod en de mobiliteit van inwonende zorgwerkers te coördineren als onderdeel van een benadering om het algehele vermogen van de sector om hoogwaardige zorg te verlenen, te verbeteren. Specifieke maatregelen dienen het volgende te omvatten:

- verbetering van de waarborgen van de richtlijn inzake sancties tegen werkgevers (2009/52/EG) om de arbeidsrechten van werknemers zonder papieren te beschermen, in verband met de bestrijding van niet-reguliere arbeid; de richtlijn inzake de rechten van slachtoffers (2012/29/EU) moet strikt worden toegepast om effectieve ondersteuning te bieden aan inwonende zorgverleners die het slachtoffer zijn van uitbuiting, ongeacht hun migratiestatus;
- afstemming van alle relevante EU-richtlijnen op Verdrag nr. 189 van de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO), dat huishoudelijk personeel rechten verschaft;
- de rechten van inwonende zorgverleners en -ontvangers betrekken bij toekomstige herzieningen of voorstellen voor Europese en nationale wetgeving;
- prioriteit geven aan de hervorming van overeenkomsten voor thuiszorg in het Europees platform tegen zwartwerk, een door het EESC gewaardeerd initiatief;
- onderbrenging van de rechten van zorgverleners in het Europees Semester en opname hiervan in de raadplegingen over een „nieuwe start voor het combineren van werk en privéleven”;
- opzetten van een Europese informatiecampagne over de rechten van inwonend zorgpersoneel, bestemd voor gebruikers en verstrekkers van zorg;
- bevordering en ondersteuning van de oprichting van organisaties en coöperaties van inwonend zorgpersoneel;
- werk maken van de erkenning, harmonisatie en overdraagbaarheid van kwalificaties en ervaring van inwonend zorgpersoneel door gebruik te maken van instrumenten voor de erkenning van kwalificaties, inclusief instrumenten die onlangs geïntroduceerd zijn door de agenda voor nieuwe vaardigheden en banen ⁽¹⁾;
- herbestemming van Europese fondsen ter financiering van opleidingen voor huidige en potentiële inwonende zorgverleners om de kwaliteit van de zorg te verbeteren;
- detachering van inwonende verzorgers volgen en verbeteren door toepassing van het beginsel „gelijke beloning voor gelijk werk”.

Verder moet worden opgemerkt dat het Commissievoorstel voor de Europese pijler voor sociale rechten (EPSR) geen enkele verwijzing bevat naar de situatie van inwonende zorgverleners. De opname van hun sociale rechten moet worden meegenomen bij de verdere voorbereiding van de EPSR, waarover het EESC momenteel een advies voorbereidt.

1.7. De lidstaten moeten ervoor zorgen dat de rechten van zorgontvangers en verzorgers, met inbegrip van inwonend zorgpersoneel, worden beschermd. Specifieke maatregelen dienen het volgende te omvatten:

- ratificatie en implementatie van IAO-verdrag nr. 189 ⁽²⁾ en regularisatie van inwonend zorgpersoneel zonder papieren;
- uitwerking van ondersteunende maatregelen, waaronder optreden als tussenpersoon om zorgontvangers te helpen bij het vinden van inwonend zorgpersoneel;

⁽¹⁾ COM(2010) 682 final: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0682&from=NL>

⁽²⁾ IAO-verdrag nr. 189 trad in werking op 5 september 2013 en is tot nu toe geratificeerd door België, Duitsland, Finland, Ierland, Italië, Portugal en Zwitserland, naast 14 landen buiten Europa.

- invoering van een alomvattende steunregeling voor zorgontvangers en hun gezinsleden, waaronder fiscale stimulansen of subsidies;
- aanbieden van opleidingsprogramma's aan inwonende zorgverleners, die moeten kunnen profiteren van betaald verlof teneinde zulke programma's bij te wonen;
- bevordering van de vrijheid van vereniging en collectieve onderhandelingen in de sector, onder meer door ondersteuning van de rechten van inwonende verzorgers en hun werkgevers om zich bij verenigingen aan te sluiten of die op te richten;
- aanpakken van sociale dumping en uitbuiting;
- proactief reguleren van de sector langdurige zorg, met name wat betreft de naleving van de arbeidswetgeving, om ervoor te zorgen dat zorgontvangers en inwonende verzorgers beschermd zijn. Dit moet arbeidsinspecties en andere relevante nationale en niet-gouvernementele organisaties in staat stellen om werkplekken in particuliere huishoudens te betreden.

1.8. Het EESC benadrukt dat financiële steun voor zorgontvangers met inwonende zorgverleners moet worden verstrekt via adequate, duurzame overheidsinvesteringen op de lange termijn.

1.9. Vakbonden, werkgevers en maatschappelijke organisaties moeten betrokken worden bij de planning op nationaal en EU-niveau. De sociale en civiele dialoog met alle belanghebbenden moet op elk niveau worden bevorderd.

1.10. Het EESC zou een actieve rol moeten spelen bij de bevordering van de ontwikkeling van Europees beleid ter ondersteuning van zorgverleners, -ontvangers en hun gezinnen, onder meer door de organisatie van een conferentie over de toekomst van de thuiszorg in Europa.

2. Achtergrond

2.1. Het tekort aan arbeidskrachten in de gezondheidszorg is een „tikkende tijdbom”. In de huidige crisis ⁽³⁾ zal het tekort aan arbeidskrachten oplopen tenzij passende beleidsmaatregelen worden ingevoerd. Reeds in 1994 omschreef de Commissie zorg als een strategische sector. In 2010 waarschuwde de Commissie ervoor dat er tegen 2020 een tekort van twee miljoen gezondheidswerkers zou ontstaan als dringende maatregelen uit zouden blijven om iets te doen aan het tekortschietende aanbod, een tekort van wel één miljoen werknemers voor langdurige zorg ⁽⁴⁾.

2.2. Er zijn veel inwonende zorgverleners, maar zij vormen een gemarginaliseerd deel van de werknemers in de langdurige zorg. Ze zijn erg mobiel en bevinden zich onder aan de hiërarchie binnen de sector. Inwonende zorgverleners op Europees en nationaal niveau worden vaak uitgesloten van het overleg over de planning in deze sector.

2.3. Het precieze aantal inwonende zorgverleners staat niet vast door een gebrek aan gegevens; in databanken worden zij vaak over het hoofd gezien. Als gebrekkig erkende en beloonde zorgverleners zijn inwonende hulpverleners voor beleidsmakers te lang onzichtbaar gebleven.

2.4. Inwonend zorgpersoneel is in alle lidstaten aanwezig. Vaak gaat het om migranten uit derde landen, terwijl anderen Europese burgers zijn die in eigen land of in het buitenland werken. Sommigen werken als migranten zonder papieren niet regulier, en voor anderen geldt een situatie van circulaire of tijdelijke migratie. Velen werken in onzekere arbeidsomstandigheden, met inbegrip van schijnzelfstandigheid.

⁽³⁾ UNI Europa UNICARE (2016).

⁽⁴⁾ Europese Commissie (2013).

2.5. Aangezien er momenteel geen definitie is van inwonende zorgverleners wordt hun situatie gelijkgesteld met die van huishoudelijk personeel ⁽⁵⁾. Volgens de IAO is huishoudelijk werk, met inbegrip van werk in de zorg, goed voor 5 % à 9 % van de totale werkgelegenheid in de geïndustrialiseerde landen ⁽⁶⁾.

2.6. Sommige lidstaten hebben vorderingen gemaakt met betrekking tot het formaliseren en integreren van migranten zonder papieren die zorg verlenen door ondertekening van IAO-verdrag nr. 189.

2.7. Het EESC heeft al bijgedragen tot de beleidsvorming over langdurige zorg met adviezen over de arbeidsrechten van huishoudelijk werkers ⁽⁷⁾, de behoefte aan sociale investeringen ⁽⁸⁾ en langdurige zorg en deinstitutionalisering op de lange termijn ⁽⁹⁾. Dit advies bouwt daarop voort en richt zich op de specifieke situatie van inwonend zorgpersoneel.

3. Tekort aan arbeidskrachten, bezuinigingen, migratie en inwonende zorgverleners

3.1. De snel groeiende thuiszorg hangt samen met de toenemende voorkeur voor zorgverlening aan huis, de voor velen hoge kosten van intramurale zorg en het gebrek aan adequate investeringen in infrastructuur voor de zorgsector.

3.2. Door bezuinigingen namen in de meeste lidstaten de bestaande beperkte infrastructuur en het arbeidsaanbod voor langdurige zorg verder af. Volgens het EESC dienen investeringen in langdurige zorg positief te worden gewaardeerd als een kans voor de economie en als prioriteit voor het scheppen van banen, sociale steun voor gezinnen en gendergelijkheid. Investerings in de sector bevorderen de arbeidsparticipatie en bieden mogelijk een uitweg uit de economische crisis ⁽¹⁰⁾.

3.3. De zorgsector heeft in veel lidstaten met tekorten te kampen. De aanwerving van zowel legaal als niet-regulier inwonend zorgpersoneel vermindert de tekorten op het gebied van langdurige zorg. Met name zorgstelsels in Zuid-Europa leunen sterk op inwonende zorgverleners. In Italië is ongeveer driekwart van de inwonende zorgverleners migrant ⁽¹¹⁾.

3.4. Landen in Midden- en Oost-Europa worden ook getroffen door het tekort aan arbeidskrachten in de zorg, alsook door de stijgende vraag naar zorg in West-Europa. Zo levert Polen veel inwonende verzorgers aan andere landen, ondanks het fors gedaalde aantal werknemers voor huishoudelijke zorg. Deze tekorten worden opgevangen met de komst naar Polen van werknemers uit Oekraïne en andere landen buiten de EU.

3.5. Hoewel het besef van het belang van de sector voor de economische welvaart toeneemt, is de bijdrage van inwonende zorgverleners aan de Europese economie nooit gemeten en zou deze in Europees verband onderzocht moeten worden.

3.6. Veel vrouwen in Europa zitten vast in de zgn. sandwichpositie: er wordt verwacht dat ze voor hun ouders en voor hun kinderen zorgen. Ze maken hiervoor steeds meer gebruik van betaalde zorg. In een wereld van geglobaliseerde zorgarbeid is het gevolg de opkomst van wereldwijde zorgketens ⁽¹²⁾. Migranten die zorg verlenen en in verband met werk verhuizen, moeten vaak zorgverleners vinden voor hun eigen familieleden en nemen zorgverleners in dienst uit andere, vaak armere streken.

⁽⁵⁾ Huishoudelijk werk, zoals omschreven door Eurostat omvat de activiteiten van huishoudens als werkgevers van huishoudelijk personeel, zoals dienstmeisjes, koks, kelners, bedienden, wasvrouwen, tuinlieden, huismeester, gouvernantes, babysitters, mentoren, secretaresses enz.

⁽⁶⁾ International Labour Organisation (2012).

⁽⁷⁾ PB C 21 van 21.1.2011, blz. 39, PB C 12 van 15.1.2015, blz. 16, PB C 242 van 23.7.2015, blz. 9.

⁽⁸⁾ PB C 271 van 19.9.2013, blz. 91, PB C 226 van 16.7.2014, blz. 21.

⁽⁹⁾ PB C 332 van 8.10.2015, blz. 1.

⁽¹⁰⁾ PB C 226 van 16.7.2014, blz. 21.

⁽¹¹⁾ Onderzoeksdienst van het Europees Parlement (2016).

⁽¹²⁾ Hochschild, A. R. (2000) „Global Care Chains and Emotional Surplus Value” in Hutton, W. en Giddens, A. (eds) *On The Edge: Living with Global Capitalism*, Londen.

4. Arbeidsomstandigheden van inwonend zorgpersoneel

4.1. De lage status van inwonende zorgverleners is het gevolg van gendergerelateerde veronderstellingen, nl. dat verzorging laaggeschoold „vrouwenwerk” is. De lage status is ook het gevolg van de structurele marginalisering van migrantenvrouwen. In diverse arbeidsenquêtes worden de huishoudelijk werkers als laag- of ongeschoold ingedeeld. Echter, tal van inwonende zorgverleners beschikken over vaardigheden en kwalificaties die in jarenlange ervaring zijn opgedaan of tijdens niet-erkende formele opleidings- en certificeringsprogramma's. Inwonende zorgverleners moeten vaak ervaring en kwalificaties aan kunnen tonen voordat zij in dienst worden genomen, hoewel dit uit hun arbeidsomstandigheden niet naar voren komt.

4.2. Veel inwonend zorgpersoneel wordt geconfronteerd met ongereguleerde arbeidsovereenkomsten en velen werken op niet-reguliere wijze. Vaak kunnen zij hun arbeidsrechten niet uitoefenen en krijgen zij met uitbuiting te maken. De omstandigheden zijn soms vergelijkbaar met moderne slavernij: mensen worden geïsoleerd, hebben met misbruik en geweld te maken, moeten dag en nacht werken en ontberen minimale bestaansvoorwaarden, zoals een eigen ruimte. Anderen werken als zogenaamde zelfstandigen. In veel gevallen hebben arbeids- en andere nationale inspecties, alsook vakbonden, geen toegang tot zorgverleners in hun werkomgeving (d.w.z. particuliere woningen).

4.3. Maatregelen ter regularisatie en legalisering van inwonende zorgverleners moeten worden gesteund om te zorgen voor legale beroepsmogelijkheden in de zorgsector. Een dergelijke benadering is niet zonder precedent: in Spanje en Italië zijn sinds 2002 ongeveer 500 000 mensen zonder papieren geregulariseerd die werkzaam zijn als huishoudelijk personeel⁽¹³⁾. Er dient arbeidsbeleid voor migranten te komen dat onderdanen uit derde landen in staat stelt regulier in de zorgsector te werken, met gelijke behandeling en het recht om van werkgever te veranderen.

4.4. Inwonende zorgverleners vormen een van de meest mobiele categorieën van werknemers in de langdurige zorg. Inwonend zorgpersoneel uit MOE-landen zijn meestal vrouwen van middelbare leeftijd die zelf gezinstaken moeten vervullen⁽¹⁴⁾. Zorgpersoneel uit deze landen werkt doorgaans maximaal drie maanden in een Westeuropees land alvorens terug te keren naar het land van herkomst.

4.5. De migratie van geschoolde inwonende zorgverleners naar gastlanden betekent een aanzienlijke aderlating van werknemers voor de landen van oorsprong. Als de kwalificaties van werknemers in de gastlanden niet worden erkend, vormt dit een sociaal en economisch verlies, in een tijd van een algemeen tekort aan arbeidskrachten in de Europese en mondiale zorgsector.

4.6. Al deze omstandigheden vloeien voort uit het feit dat de rechten van inwonende zorgverleners binnen de bestaande wettelijke kaders op Europees en lidstaatniveau niet voldoende worden beschermd.

4.7. Lidstaten zouden inwonende zorgverleners moeten aanmoedigen en ondersteunen om niet-regulier werk te vermijden.

5. De rol van zorgontvangers en hun gezinsleden

5.1. Zorgontvangers en hun families ondervinden moeilijkheden bij het vinden van zorgverleners. Meestal wordt zorgpersoneel aangeworven via de informele netwerken van familieleden of vrienden. De kwaliteit van de verstrekte zorg van aldus in dienst genomen verzorgers is vaak nauwelijks gegarandeerd. Families hebben vaak geen duidelijk idee hoe ze zorgverleners legaal in dienst moeten nemen.

5.2. De overheid dient zorgontvangers en hun gezinnen adequaat te steunen. Op korte termijn zou het moeten gaan om een voorlichtingscampagne en permanente steun op het gebied van arbeids- en socialezekerheidsrechten van inwonende zorgverleners. Op lange termijn zouden de lidstaten maatregelen moeten nemen om te zorgen voor toezicht en een tussenpersoon om zorgontvangers te helpen om inwonende zorgverleners te vinden.

⁽¹³⁾ Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants (2013).

⁽¹⁴⁾ Getuigenis van een inwonende zorgverlener, Alina Badowska (2016), tijdens de openbare hoorzitting van SOC/535.

5.3. Zorgontvangers en hun gezinnen zouden over een scala van ondersteunende diensten moeten kunnen beschikken, op grond van de behoeften van de zorgontvanger en de familie. Dit kan ook thuiszorg op deeltijdse of voltijdse basis omvatten. Alle overeenkomsten moeten de in loondienst werkende of zelfstandige zorgverleners fatsoenlijke omstandigheden bieden.

5.4. De zorgontvangers en hun families moeten ook worden aangemoedigd om meer oog te hebben voor de behoeften van inwonende zorgverleners en hen te behandelen als werknemers die respect en rechten verdienen. De zorgsector is zeer veeleisend, zowel fysiek als emotioneel. Inwonende zorgverleners moeten over geschikte huisvesting en een eigen ruimte beschikken en, in geval van zorgverleners in loondienst, de beperkingen aan hun werktijden, ook die van wachtdiensten, moeten in acht worden genomen.

5.5. Tegelijkertijd moet het recht van zorgontvangers op voldoende zorg worden nageleefd. Dit geldt vooral voor kwetsbare groepen en groepen met bijzondere behoeften, zoals mensen met dementie.

6. De rol van de werkgevers

6.1. Veel kleine ondernemingen, inclusief agentschappen worden steeds actiever in de zorgsector, naast een zeer ongereglementeerde informele sector.

6.2. De zorgsector kan bijdragen aan het scheppen van fatsoenlijk werk in particuliere huishoudens en aan de groei in de Europese economie. Slechts hoogwaardige banen kunnen borg staan voor de kwaliteit van de dienstverlening.

6.3. Ontbrekende regelgeving voor grensoverschrijdend werkzame inwonende zorgverleners stelt sommige ondernemingen in staat lagere prijzen aan te bieden voor hetzelfde werk, wat bijdraagt tot sociale dumping. Dit blijkt vooral bij Poolse en Slowaakse agentschappen die inwonende verzorgers naar West-Europa sturen⁽¹⁵⁾. Deze aanhoudende vorm van oneerlijke concurrentie is schadelijk voor de werknemers, de werkgevers en de Europese economie.

7. Rol van het maatschappelijk middenveld

7.1. Gemeenschapsorganisaties en religieuze groeperingen⁽¹⁶⁾ spelen samen met de overheid en particuliere werkgevers een cruciale rol in de zorgverlening op verschillende niveaus. Veel maatschappelijke organisaties hebben bijgedragen aan de regularisering van migranten die als inwonend verzorger werkzaam waren⁽¹⁷⁾.

7.2. Maar in tal van lidstaten is de steun voor gezondheidszorg ontoereikend. De recente economische crisis heeft geleid tot onderinvesteringen in de zorgverlening in heel Europa, met negatieve tendensen tot gevolg, zoals een tanende zorgkwaliteit en verslechterende arbeidsomstandigheden.

7.3. Organisaties van zorgverleners moeten naar behoren worden gefinancierd om tegemoet te komen aan de behoeften van de groeiende vraag naar gezondheidszorg. Gelet op hun ervaring moeten ze worden betrokken bij een echte sociale en civiele dialoog die uitmondt in een pakket sectorale regelingen over de organisatie en de verlening van de zorg.

8. De rol van de lidstaten en de Europese Unie

8.1. Zweden biedt een goed voorbeeld van hoogwaardige zorgverlening waarbij alle belanghebbenden betrokken zijn. Dit systeem berust op grote overheidssteun, gefinancierd uit belastingheffing⁽¹⁸⁾. Een vouchersysteem, zoals van toepassing in Frankrijk en België, heeft bijgedragen aan het formaliseren van huishoudelijk werk en soms aan de verbetering van de arbeidsomstandigheden van werknemers die huishoudelijke diensten verlenen. In België is zorgverlening uitgesloten van dit systeem⁽¹⁹⁾.

⁽¹⁵⁾ Ervaringen van het DGB Fair Mobility Project: www.faire-mobilitaet.de

⁽¹⁶⁾ Met name in Duitsland spelen Caritas en Diakonie een belangrijke rol bij de ondersteuning van inwonende verzorgers en zorgontvangers.

⁽¹⁷⁾ Bijvoorbeeld: www.gfambh.com

⁽¹⁸⁾ Sweden.se (2016).

⁽¹⁹⁾ International Labour Organisation (2013).

8.2. In Oostenrijk bestaat een systeem van zelfstandige inwonende zorgverleners om te voldoen aan de behoefte aan langdurige zorg en om wettelijke eisen vast te stellen inzake kwaliteit en randvoorwaarden van de dienstverlening. In 2015 zijn verdere verbeteringen ten aanzien van kwaliteitsnormen en transparantie vastgesteld. In Oostenrijk wordt deze regeling veel gebruikt, hoewel de Oostenrijkse vakbonden er kritiek op hebben omdat het systeem de arbeidsnormen zou ondermijnen.

8.3. Daar modellen voor goede praktijken voor hoogwaardige zorg niet altijd volledig op alle lidstaten zijn toe te passen, dient in Europees verband een holistische aanpak te worden gecoördineerd op elk stakeholderniveau.

8.4. Volgens het EESC moet de Europese Unie het aanbod en de mobiliteit van inwonende zorgverleners in Europa monitoren, en benaderingen stimuleren die het algehele vermogen van de sector verbeteren om hoogwaardige zorg te verlenen en om fatsoenlijke banen te scheppen.

8.5. Het tekort aan arbeidskrachten in de zorg in Europa moet boven aan de beleidsagenda van de EU geplaatst worden. De aandacht moet uitgaan naar inwonend verzorgend personeel, dat in de huidige beleidsparadigma's grotendeels over het hoofd wordt gezien.

Brussel, 21 september 2016.

De voorzitter
van het Europees Economisch en Sociaal Comité
Georges DASSIS
