Univerza v *Ljubljani*
Fakulteta *za družbene vede*

CRP

"OVREDNOTENJE SISTEMA IZVAJANJA DEJAVNOSTI MEDICINE DELA V SLOVENIJI"

POROČILO

Andrej Rus, Helena Kovačič, Hajdeja Iglič

Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani

Junij 2019

KAZALO

1. Uvod 4
2. Metodološki pristop 5
3. Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu 7
3.1. Namen sistema varnosti in zdravja pri delu 7
3.2. Zasnova sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu 9
3.3. Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji 11
3.3.1. Obseg 11
3.3.2. Operativna raven 12
3.3.3. Povezovalna raven: Nadzor v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu 15
3.3.4. Povezovalna raven: Stroka v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu 17
3.3.5. Spremljava in podatki na področju medicine dela 18
3.3.6. Regulativna raven dejavnosti medicine dela 20
4. Finančni vidik: ZZZS v sistemu varnosti in zdravja pri delu 23
5. Ocena delovanja sistema varnosti in zdravja pri delu 26
5.1. Izjava o varnosti z oceno tveganj 26
5.2. Zagotavljanje zdravstvenega varstva 28
6. Vloga izvajalcev medicine dela v sistemu 30
6.1. Izvajanje zdravstvenih pregledov 31
6.2. Vpetost izvajalcev medicine dela v sistem varnosti in zdravja pri delu 32
6.3. Kritična točka poklicnih bolezni 33
7. Ovrednotenje izvajanja dejavnosti medicine dela: analiza sistema in predlogi za spremembe 41
7.1. Ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti medicine dela 41
7.1.1. Prvi nadzorni steber: varnost pri delu 41
7.1.2. Drugi nadzorni steber: zdravje pri delu 43
7.2. Predlog sprememb v sistemu varnosti in zdravja pri delu 46
7.2.1 Integracija sistema prek Agencije za varnost in zdravje pri delu 46
7.2.2 Agencija VZD: koordinacija 49
7.2.3 Agencija VZD: povratne informacijske zanke 50
7.2.4 Integracija medicine dela v javni zdravstveni sistem 51

7.2.5 Regulacija trga zdravstvenih storitev izvajalcev medicine dela 52
7.2.6. Sistem poklicnih bolezni 53
8. Sklep 53
9. Viri in literatura 54

1. Uvod

»Učinkovito zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu brez nezgod pri delu, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom, je nacionalni interes in interes delavcev ter obveza delodajalcev.« (ReNPVZD18–27: 4) To je ključno sporočilo nacionalne vizije na področju varnosti in zdravja pri delu. Ker delo ni vselej varno in lahko ogroža življenje in zdravje ljudi, je v nacionalnem interesu, da se vzpostavi regulativni okvir, ki bo delodajalcem naložil obveznost zagotavljanja varnega in zdravega delovnega okolja. Kot pravi Vizija: »Varnost in zdravje ter dobro počutje pri delu so najvišja prioriteta v delovnem okolju«.

Za implementacijo te vizije v Sloveniji skrbi poseben zakon (ZVZD-1) in več podzakonskih aktov, vključuje pa delovanje in sodelovanje širokega nabora akterjev od podjetij, do strokovnih združenj, do ministrstev in organov v njihovi sestavi. Celoten sistem je leta 2016 doživel celovito analizo s strani dr. Aleksandre Kanjuo Mrčela (2016) v študiji z naslovom Analiza izvajanja nacionalnega programa varnosti in zdravja pri delu ter ocena stanja, po naročilu Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti. Študija je zajela vse udeležence v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu, kakor tudi širši kontekst v katerega je umeščeno izvajanje te dejavnosti. Medicina dela je eden od dveh stebrov sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Izvajanje medicine dela v tem sistemu je vselej omenjeno, vendar pa v dosedanjih študijah ni bilo posebej izpostavljeno. Posebnost pričujoče študije je prav poudarek na izvajanju medicine dela v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu in analiza njene posebne vloge. Ta študija torej dopolnjuje in nadgrajuje dosedanje analize sistema varnosti in zdravja pri delu.

Namen pričujočega poročila z naslovom “Ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti medicine dela v Sloveniji” je podati pregled in oceno stanja na področju izvajanja dejavnosti medicine dela v Sloveniji. Ministrstvu za zdravje, ki je naročnik projekta, bo služila kot podlaga za pripravo nadaljnjih strateških usmeritev na področju medicine dela. Projekt analize stanja izvajanja medicine dela je predviden v aktualni Resoluciji o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz marca 2018, ki v sklopu strateškega cilja 2.6. »Zagotovitev kakovostnega izvajanja strokovnih nalog izvajalcev medicine dela« predvideva ukrep 2.6.1. »Priprava analize stanja na področju medicine dela ter sprejem ustreznih sistemskih sprememb«. Pričujoče poročilo predstavlja analizo stanja na področju medicine dela in vključuje predlog sistemskih sprememb.

Poročilo je rezultat ciljnega raziskovalnega projekta CRP št. V3-1635 z naslovom Ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti medicine dela, ki sta ga financirala Ministrstvo za zdravje in ARRS v času od 2017 do jeseni 2018.

2. Metodološki pristop

Ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti medicine dela v Sloveniji smo izvedli z uporabo metodološkega pristopa mešanih metod. Uporabili smo obstoječe dokumentarno gradivo, ki v obdobju zadnjih dvajsetih let opozarja ne probleme v sistemu. Mnogi od teh doslej še niso bili naslovljeni, tako da so nekatere ugotovitve še vedno aktualne. Uporabili smo tudi metodo intervjujev s predstavniki ključnih institucij in akterjev, ki so neposredno ali posredno vpleteni v zagotavljanje delovanja sistema varnosti in zdravja v Sloveniji. Poseben poudarek je bil na intervjujih s samimi izvajalci medicine dela z namenom poglobljenega razumevanja njihovega položaja v sistemu. Med sogovorniki so bili predstavniki obeh ministrstev z deljeno pristojnostjo na tem področju, Ministrstva za zdravje (MZ) in Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), predstavniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), Inšpektorata Republike Slovenije za delo (IRSD), strokovnih združenj, predstavniki podpornih sistemov kot je Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), izvedli pa smo tudi več obiskov pri delodajalcih. Pri vseh smo naleteli na odprta vrata za kar gre vsem iskrena zahvala. Presenetil pa nas je odklonilni odnos dveh sogovornikov in sicer direktorice Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) in predsednika Razširjenega strokovnega kolegija (RSK) pri MZ, ki sta zavrnila sodelovanje. Zaradi nepripravljenosti na sodelovanje smo izgubili možnost vpogleda v pomembni del sistema, ki nudi strokovno podporo, dostop do najpomembnejšega in največjega izvajalca medicine dela v Sloveniji ZVD d.d., in do RSK. Najbolj nas je presenetila prav zavrnitev slednje inštitucije, saj deluje v okviru MZ, ki je bil naročnik projekta. Nesodelovanje RSK je pomenilo resno oviro, saj je kot najvišje in avtonomno telo stroke ključni del upravljavske ravni sistema. V tem svojstvu bi lahko ponudil vpogled v razloge, zakaj se sistem tako počasi razvija in približuje standardom, ki jih je leta 1989 postavila tedanja Evropska skupnost in ki veljajo še danes.

Intervjuje s posamezniki smo dopolnili z metodo »group feedback analysis« na dveh delavnicah, kamor smo povabili ključne akterje v sistemu varnosti in zdravja pri delu s pomembno prisotnostjo izvajalcev medicine dela. Rezultat delavnic je bila opredelitev ključnih problemov, verifikacija validnosti spoznanj in oblikovanje večdimenzionalne interdisciplinarne slike izvajanja medicine dela v sistemu varnosti in zdravja pri delu.

Spoznanja smo uporabili za analizo sistema varnosti in zdravja pri delu. Da ne bi ponavljali ugotovitev prejšnjih študij, smo se osredotočili na lastnosti sistema varnosti in zdravja pri delu, ki je trenutno v veljavi v Sloveniji. S tem pristopom smo poiskali sistemske ekvivalente problemov, ki so bili zaznani v praksi. Prednost tega pristopa je v tem, da išče direktno povezavo med problemi, ki jih zaznavajo udeleženci in lastnostmi sistema, s čimer je mogoče priti do sistematičnih predlogov sistemskih sprememb.

Izvajanje dejavnost medicine dela je del sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Pri evalvaciji smo uporabili sistemski pristop, ki posamezne dejavnosti znotraj sistema vidi kot del integrirane celote, ki je sposobna lastne reprodukcije s pomočjo zaznavanja problemov in odločanja o korektivnih ukrepih.

- Sistem tukaj opredeljujemo kot celoto, ki je
    - sestavljena iz posameznih delov,

    - ki izvajajo posamezne specializirane funkcije in
    - so med seboj komplementarni in med seboj v odnosu večje ali manjše soodvisnosti ali nadrejenosti.
- Integracija sistema pomeni, da
    - je zagotovljena uspešna koordinacija delov in funkcij,
    - ki zagotavlja skladno delovanje
    - v smeri vzpostavljanja ravnovesja celotnega sistema in uresničevanje njegovega namena
- Stabilnost sistema je zagotovljena s sposobnostjo adaptacije (in lastne reprodukcije),
    - kar zahteva zbiranje in pretok informacij med ključnimi deli sistema
    - in zadostne informacijske povratne zanke,
    - ki omogočajo pravočasno zaznavanje problemov in korektivne ukrepe.

Izvajanje dejavnosti medicine dela torej obravnavamo kot del širšega sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Evalvacija izvajanja dejavnosti medicine dela se osredotoča na vlogo medicine dela v sistemu varnosti in zdravja pri delu oz. na specifične funkcije izvajalcev medicine dela, stopnjo njihove integracije v sistem in njihovo vlogo pri zagotavljanju informacij in povratnih informacijskih zank potrebnih za identifikacijo problemov in načrtovanje korektivnih akcij v tem sistemu.

3. Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu

3.1. Namen sistema varnosti in zdravja pri delu

Za analizo sistema varnosti in zdravja pri delu je pomembno izpostaviti namen urejanja tega področja, saj iz tega izhaja tudi funkcija medicine dela v tem sistemu. Namen normativne ureditve varnosti in zdravja pri delu je mogoče razbrati iz strateških dokumentov in temeljnih pravnih aktov države.

Ustavni temelj je dobro opredelila Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz leta 2003 (ReNPZVD):

> »Ustava RS (Uradni list RS, št. 33/91) sicer v II. poglavju, ki ureja človekove pravice in temeljne svoboščine ne določa eksplicitno pravice do pogojev za delo, ki zagotavljajo telesno in moralno integriteto in varnost, in pravice do osebne varnosti pri delu, vendar je na posreden način ustavna podlaga za vsebinsko urejanje varnosti in zdravja pri delu podana zlasti v okviru ustavne določbe o nedotakljivosti človekovega življenja ter v okviru pravice do socialne varnosti, vključujoč pravico do socialnega zavarovanja, to je zdravstvenega, pokojninskega, invalidskega in drugega državnega zavarovanja. Upoštevati je potrebno, da je varno in zdravo delo neločljivi del sistema socialne varnosti. Prav tako je varno in zdravo delovno okolje sestavni del življenjskega okolja, zaradi česar lahko štejemo kot posredno ustavno podlago za zakonsko ureditev varnosti in zdravja pri delu tudi določbo v okviru III. poglavja, ki ureja gospodarska in socialna razmerja, po kateri ima vsakdo, v skladu z zakonom, pravico do zdravega življenjskega okolja, pri čemer država skrbi za zdravo okolje in v ta namen določa z zakonom pogoje in načine za opravljanje gospodarskih in drugih dejavnosti.« (ReNPZVD: 4.1)

To pomeni, da je varnost in zdravje pri delu potrebno tretirati kot temeljno družbeno vrednoto. Resolucija o varnosti in zdravju pri delu 2018-2027 (ReNPVZD1) izrecno gradi na teh vrednotah in podaja vizijo ureditve področja varnosti in zdravja pri delu z naslednjimi besedami:

> »Varnost in zdravje ter dobro počutje pri delu so najvišja prioriteta v delovnem okolju in temelj trajne poslovne uspešnosti.
>
> Učinkovito zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu brez nezgod pri delu, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom, je nacionalni interes in interes delavcev ter obveza delodajalcev.
>
> Prizadevanje za dvig ravni kulture preventive v delovnem okolju mora postati skupna zaveza Vlade Republike Slovenije, socialnih partnerjev, podjetij in delavcev.«

Resolucija izrecno opredeljuje zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu kot nacionalni interes in s tem odgovornost vlade RS skupaj s socialnimi partnerji, podjetji in delavci.

Resolucija dodatno utemeljuje to vizijo s strateškimi vidiki varnosti in zdravja na delovnem mestu. Že v prvem odstavku vzpostavi direktno vzročnost med varnostjo in zdravjem pri delu ter konkurenčnostjo gospodarstva ter vzdržnostjo države blaginje:

> »Sodoben sistem varnosti in zdravja pri delu, ki temelji na spodbujanju kulture varnosti in zdravja pri delu ter je naravnan v preprečevanje nezgod pri delu, poklicnih bolezni in

> bolezni, povezanih z delom, je temelj vsakega učinkovitega gospodarstva. Dobro organiziran in na vseh ravneh uveljavljen sistem varnosti in zdravja pri delu, ki ga dopolnjujejo tudi programi promocije telesnega in duševnega zdravja pri delu, pripomore k dobremu počutju delavcev pri delu. Bolj varna in zdrava delovna mesta prispevajo k ekonomski učinkovitosti gospodarstva ter vzdržnosti socialnih blagajn.«

Pri tem je v polnem soglasju s sporočilom evropske komisije evropskemu parlamentu, svetu, evropskemu ekonomsko-socialnemu odboru in odboru regij o strateškem okviru EU za varnost in zdravje pri delu za obdobje 2014–2020, ki prav tako poudarja strateške vidike varnosti in zdravja pri delu:

> "Preprečevanje tveganja ter spodbujanje varnejših in bolj zdravih pogojev na delovnem mestu sta ključnega pomena za izboljšanje kakovosti delovnih mest in delovnih pogojev, pa tudi za spodbujanje konkurenčnosti. Ohranjanje zdravja delavcev ima neposreden in merljiv pozitiven vpliv na produktivnost ter prispeva k izboljšanju vzdržnosti sistemov socialne varnosti. Preprečevanje resnih nezgod ali poklicnih bolezni delavcev in spodbujanje njihovega zdravja skozi njihovo celotno delovno življenje, od njihovega prve zaposlitve naprej, je ključnega pomena za omogočanje daljšega delovnega življenja. To zato prispeva k obravnavi dolgoročnih učinkov staranja prebivalstva v skladu s cilji strategije Evropa 2020 za pametno, trajnostno in vključujočo rast" COM (2014) 0332.

Strateški dokumenti države torej jasno določajo, da je zdravje in varnost pri delu nacionalni interes ne le zaradi strateško gospodarskih razlogov temveč tudi zaradi povezave do ustavno zagotovljenih človekovih pravic. Uresničevanje javnega interesa zagotavlja država s pomočjo zakonodaje s katero predpisuje obveznosti in izvaja nadzor. Temeljni pravni akt na tem področju je Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), ki v 11. členu določa, da ima delavec pravico do dela in delovnega okolja, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu. Odgovornost za realizacijo te pravice delavca pa v 5. členu nalaga delodajalcu. Zakon v tretjem poglavju podrobneje navaja konkretne obveznosti delodajalca, s katerimi poskrbi za zdravje in varnost pri delu.

Namen normativne ureditve področja varnosti in zdravja na delovnem mestu je torej vzpostaviti sistem za zagotavljanje varnega in zdravega delovnega okolja. Sistem temelji na dveh komponentah, s katerimi zagotavlja uresničevanje nacionalnega interesa. Prva komponenta predstavlja **obveznosti** delodajalca, da sprejme preventivne ukrepe, ki zmanjšujejo tveganja, preprečujejo možnost poškodb pri delu in možnost nastanka poklicnih bolezni. Druga komponenta pa predstavlja **nadzor** nad izvajanjem obveznosti delodajalca in nad zdravjem delavcev. Pri normativnem urejanju tega področja gre torej za **obveznosti in nadzor** delodajalcev pri zagotavljanju varnosti in zdravja v njihovem delovnem okolju.

Dosedanje analize se večinoma osredotočajo le na komponento obveznosti delodajalca in izpostavljajo probleme pri zagotavljanju obveznih struktur in procesov potrebnih za izvajanje nalog varnosti in zdravja pri delu, medtem ko zanemarjajo problematiko nadzora. Menimo, da je to ključna pomanjkljivost dosedanjih analiz. Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je potrebno gledati ne le kot proizvodni sistem, ki izvaja predpisane procese temveč predvsem kot nadzorni sistem, ki nadzira delodajalca pri uresničevanju pravice delavca do dela, ki mu zagotavlja varnost in zdravje pri delu, kar je tudi nacionalni interes.

3.2. Zasnova sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu

Evropska komisija v okvirni direktivi (89/391/EGS) predpisuje skupne elemente, procese in mehanizme, ki jih mora vsaka država članica upoštevati pri oblikovanju svojega sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Obvezni elementi sistema, ki jih določa direktiva so:

Obvezni elementi	Direktiva Sveta (89/391/EGS)
Ocenjevanje tveganj	Delodajalec mora: Člen 6 (3a): »ovrednotiti tveganja za varnost ali zdravje delavcev, med drugim tudi pri izbiri delovne opreme, uporabljenih kemičnih snovi ali pripravkov in opremljenosti delovnih mest«. Člen 9 (1) (a): »oceniti tveganja za varnost in zdravje pri delu, tudi tista, s katerimi se soočajo skupine delavcev, izpostavljene posebnim tveganjem.«
Interne in/ali eksterne zaščitne in preventivne službe	Člen 7: »Delodajalec imenuje enega ali več delavcev za opravljanje dejavnosti, povezanih z zaščito in preprečevanjem poklicnih tveganj za podjetje in/ali obrat.«
Obveščanje delavcev	Člen 10: »Delodajalec sprejme ustrezne ukrepe, da delavci in/ali njihovi zastopniki v podjetju in/ali obratu …. prejmejo vsa potrebna obvestila v zvezi z varnostnimi in zdravstvenimi tveganji ter zaščitnimi in preventivnimi ukrepi«.
Usposabljanje delavcev	Člen 12: »Delodajalec zagotovi vsakemu delavcu ustrezno varnostno in zdravstveno usposabljanje, še zlasti v obliki informacij in navodil, značilnih za njegovo delovno mesto ali delo«
Zdravstveni nadzor	Člen 14: »Zagotovitev primernega zdravstvenega nadzora, ki ustreza zdravstvenim in varnostnim tveganjem, s katerimi se delavci srečujejo pri delu.«
Posvetovanje in sodelovanje delavcev	Člen 11: »Delodajalci se posvetujejo z delavci in/ali njihovimi zastopniki ter jim omogočijo, da se udeležijo razprav o vseh vprašanjih v zvezi z varnostjo in zdravjem pri delu.«

Osnovna zamisel sistema varnosti in zdravja pri delu temelji na prepričanju, da je potrebno obveznost zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu naložiti delodajalcu. Delodajalec z organizacijo svoje dejavnosti neposredno povzroča tveganja za varnost in zdravje pri delu, zato je to ključna točka, kjer je treba ta tveganja odpravljati oziroma minimizirati s sprejemanjem preventivnih ukrepov. Osnovna intenca sistema je preprečevanje poškodb pri delu, poklicnih bolezni in bolezni povezanih z delom. Zato je poudarek tega sistema obvezati delodajalca, da

sprejme zaščitne in preventivne ukrepe, s katerimi bo učinkovito obvladal tveganja za varnosti in zdravje delavcev.

Preventivni pristop postavlja v središče zahtevo, da se pri vsakem delodajalcu opredelijo tveganja za varnost in zdravje delavcev. Ker je opredelitev tveganj pri delodajalcu ključna točka celotnega sistema, je izrednega pomena, da je opredelitev tveganj izdelana kvalitetno. Od opredelitve tveganja je namreč odvisno a) sprejemanje preventivnih ukrepov in b) nadzor nad dejanskim vplivom delovnega okolja na zdravje delavcev. Če tveganja niso opredeljena, ni mogoče ugotavljati posledic razmer pri delu na zdravje delavcev.

Integralni del sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je zdravstveni nadzor nad zdravstvenim stanjem delavcev. Sistem temelji na spoznanju, da preventivni ukrepi niso vselej učinkoviti ali učinkovito implementirani, zato je potrebno spremljati, kaj se dogaja z zdravstvenim stanjem delavcev. Delodajalci ne nosijo splošne odgovornosti za zdravje delavcev temveč specifično odgovornost, da razmere pri delu ne smejo poslabšati zdravja delavcev. Naloga nadzornih pregledov je ugotoviti, ali razmere pri delu negativno vplivajo na zdravje delavcev. Ker delavci tekom svoje delovne dobe lahko svobodno menjajo delodajalce, je potrebna redna spremljava sprememb zdravstvenega stanja delavca pri trenutnem delodajalcu. Da bi lahko identificirali vplive delovnih razmer pri določenem delodajalcu in določenem delovnem mestu na zdravje delavca, potrebujemo posnetek začetnega zdravstvenega stanja delavca pred pričetkom dela pri določenem delodajalcu in periodično preverjanje zdravstvenega stanja delavca odvisno od njegove izpostavljenosti tveganjem. Meritve sprememb zdravstvenega stanja delavcev v določenem obdobju so ključni kontrolni mehanizem, s katerim je mogoče preverjati uspešnost preventivnih ukrepov v delovnem okolju in s tem izpolnjevanje obveznosti delodajalca po zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu.

Toda redne meritve sprememb zdravstvenega stanja delavcev imajo smisel le v kolikor vodijo avtomatično v izboljšanje varnostnih ukrepov. Sistem ne zagotavlja takega mehanizma direktno, lahko pa ga zagotovi indirektno preko sistema poklicnih bolezni, ki je ključni del sistema varnosti in zdravja pri delu. Šele ugotavljanje poklicnih bolezni ima namreč moč, da sproži samodejni odziv sistema. Ugotavljanje poklicnih bolezni predstavlja pretnjo delodajalcu, da bo v primeru nezadostnega zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu prišlo tekom rednega preverjanja zdravstvenega stanja delavcev do ugotovitve poklicnih bolezni s čimer bodo nastopile pravne in materialne posledice za delodajalca. Zavedanje, da v sistemu dobro deluje proces ugotavljanja poklicnih bolezni, daje delodajalcu spodbudo, za spremlja zdravstveno stanje delavcev, prilagaja in izboljšuje varnostne ukrepe in s tem zagotavljanje visoko raven varnosti pri delu. Za delavca pa ugotavljanje poklicnih bolezni pomeni zagotovilo, da je mogoče brez večjih ovir priti do ocene ali morebitni simptomi kažejo na razvoj poklicne bolezni, kar motivira delavca, da redno opravlja kontrolne preglede. V sistemih, kjer ni učinkovitega ugotavljanja poklicnih bolezni, pa meritve zdravstvenega stanja delavcev in ugotovljena poslabšanja zdravja delavcev predstavljajo zgolj informacijo, ki ne sproži obveznega odziva na strani delodajalca. Delodajalec namreč ni odgovoren za splošno zdravstveno stanje delavca temveč za le tiste spremembe zdravstvenega stanja delavcev, ki jih sistem opredeljuje kot poklicno bolezen.

Obveznost delodajalca, da zagotavlja varnost in zdravje pri delu pomeni, da so te naloge naložene ne pa prepuščene delodajalcu. Obveznost delodajalca pomeni dolžnost izvajanja preventivnih ukrepov in prevzemanje odgovornosti za morebitne negativne posledice za zdravje delavcev. Pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu pa je delodajalec vpet v širši nadzorni sistem, ki sega od ravni delodajalca do pristojnih ministrstev. Opredeljevanje tveganj in nadzor nad zdravstvenim stanjem delavcev namreč nista cilj sama sebi temveč sta del nadzornega sistema.

Ker sta zdravje in varnost pri delu opredeljena kot nacionalni interes je jasno, da je nadzorna funkcija naloga države. Medtem ko ocenjevanje tveganj in spremljanje zdravstvenega stanja delavcev izvajajo strokovnjaki, se morajo njihove ugotovitve zbirati in analizirati v kontrolnih institucijah države. Ugotovitve nadzora so namreč ključne povratne informacije ne le za ugotavljanje morebitne odgovornosti posameznih delodajalcev, temveč so enako pomembne za ugotavljanje uspešnosti nacionalnega sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Na podlagi ugotovitev o slabšanju zdravja delavcev je mogoče sprožiti hitre korektivne ukrepe kot so navodila za ugotavljanje novih ali prezrtih tveganj pri delu in načrtovati politike in dolgoročne strategije razvoja področja varnosti in zdravja pri delu.

Sistem varnosti in zdravja pri delu je torej vertikalni nadzorni sistem, ki ima tri ravni: izvedbeno-operativno raven, strateško-upravljavsko raven ter povezovalno-managersko raven. Na operativni ravni je sistem osredotočen na delodajalca, ki je obvezan izvajati preventivne ukrepe, ki so podvrženi strokovnemu nadzoru nad tveganji pri delu in zdravjem delavcev s strani strokovnih delavcev in izvajalcev medicine dela. Strateško-regulativno raven predstavljata dve ministrstvi, kjer se oblikujejo nacionalne strategije in zakonodajni okvir za to področje. Povezovalno raven sestavljajo nosilci koordinacijskih in kontrolnih mehanizmov ter oblak strokovne podpore. Ti po eni strani zagotavljajo povratno informacijsko zanko za vodenje sistema in takojšnje korektivne ukrepe na operativni ravni hkrati pa generirajo informacije, ki se stekajo na upravljavsko raven in omogočajo regulativno odločanje o ukrepih za kontinuirano prilagajanje sistema v dobro zaščite varnosti in zdravja delavcev v njihovem delovnem okolju.

3.3. Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji

3.3.1. Obseg

Sistem varnosti in zdravja pri delu je namenjen zaščiti delavcev, ki opravljajo delo pri delodajalcih. Enota regulacije je delodajalec, ki uresničuje obveznost zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Velikost populacije, ki je podvržena nadzoru, je torej določena s številom poslovnih subjektov oz. delodajalcev in s številom delavcev pri delodajalcih, ki so podvrženi zdravstvenemu nadzoru. Število poslovnih subjektov iz leta v leto narašča in je konec leta 2018 po podatkih AJPES preseglo število 215.000. Število delovno aktivnih oseb, nad katerimi je potrebno izvajati zdravstveni nadzor, se je v letu 2018 povzpelo na 887.000 oseb, od tega je bilo 786.000 zaposlenih in 92.000 samozaposlenih. Število strokovnih delavcev z dovoljenjem MDDSZ za opravljanje nalog s področja varnosti in zdravja pri delu je okoli 300, število zaposlenih v specializaciji medicine dela pa je po podatku NIJZ za leto 2015 okoli 134. Inšpektorat RS za delo je v letu 2018 razpolagal z 31 inšpektorji na področju varnosti in zdravja

pri delu. Na MDDSZ to področje pokriva 5 oseb, na MZ pa je to ena od nalog tretjinsko zaposlene osebe.

Vse storitve medicine dela so tržna dejavnost. Če skušamo podati oceno stroškov izvajanja dejavnosti medicine dela, lahko iz podatkov AJPES razberemo, da je 51 zasebnih izvajalcev v letu 2016 v povprečju skupno ustvarilo 17.850.000 € prihodkov od storitev. Ostali specialisti medicine dela, od skupnega števila vseh zdravnikov specialistov medicine dela v Sloveniji, ki je bilo 134 v letu 2015, opravljajo dejavnost v okviru javnih zdravstvenih zavodov, kjer specifikacija prihodkov po dejavnostih ni na voljo. Po podatkih AJPES se letni prihodki od prodaje storitev na zasebnega izvajalca dejavnosti medicine dela gibljejo med 250.000 in 450.000 €. Prihodki največjega izvajalca na trgu ZVD, ki poleg medicine dela in drugih storitev za trg izvaja tudi dejavnost varnosti pri delu, so v letu 2016 znašali preko 8 mio €. Prihodki terciarne institucije KIMDPŠ so v letu 2015 znašali 1.464.411 €, kjer prihodki od storitev na trgu za zdravstvene in nezdravstvene dejavnosti (seminarji, srečanja) znašajo približno 6% prihodkov.

Po podatkih NIJZ je bilo leta 2015 v dejavnosti medicine dela v Sloveniji opravljenih 242.762 predhodnih in obdobnih pregledov delavcev, 18.670 ostalih preventivnih pregledov delavcev in 3.931 preventivnih pregledov športnikov. Ob 134 specialistih medicine dela to pomeni, da je povprečno število pregledov na specialista medicine dela znašalo 1.812. Število zaposlenih na specialista medicine dela se v povprečju giblje okoli 6.000 vendar so velike razlike med regijami. V Spodnjeposavski regiji je na specialista medicine dela pripadlo 3.859 delavcev na Koroškem pa 11.845 delavcev.

Največ delovno aktivnih ostaja v predelovalnih dejavnostih, kjer so poleg gradbeništva največja tveganja za varnost in zdravje pri delu in kjer se je v avgustu 2017 glede na julij 2017 število zaposlenih najbolj povečalo. Podatki o opravljeni dejavnosti medicine dela so pomanjkljivi, saj verodostojni podatki in analize o obsegu in vsebini pregledov ter rokih, v katerih se ti izvajajo, niso na voljo. Na ta problem je opozorila že analiza izvajanja Resolucije o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz leta 2003, ki jo je MDDSZ opravilo v letu 2007.

3.3.2. Operativna raven

Sistem varnosti in zdravja pri delu je podrobno popisan v Zakonu o varnosti in zdravju pri delu iz leta 2011 (v nadaljevanju ZVZD-1), ki prenaša direktivo EGS iz leta 1989 v slovenski pravni red. Največ pozornosti namenja operativni ravni sistema, ki je osredotočena na delodajalca, opredeli akterja nadzora, regulacijsko raven pa omenja zgolj v povezavi z izdelavo štirih pravilnikov.

Delodajalec. Glavni nosilec zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je delodajalec. ZVZD-1 v 8. členu izrecno določa, da je delodajalec tisti, ki nosi odgovornost za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu in s tem povezano finančno breme (14. člen). Tretje poglavje ZVZD-1 z naslovom *Obveznosti delodajalca* predpisuje strukture in procese, ki določajo obvezne elemente sistema, ki jih mora zagotoviti delodajalec. Osnovni cilj sistema je varno delovno mesto brez škodljivih posledic za zdravje. Osnovna usmeritev zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je preventiva in preventivni ukrepi delodajalca. Glavni nosilec zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu pa je delodajalec.

Da bi preprečili morebitne negativne vplive delovnega okolja na varnost in zdravje zaposlenih zakon zahteva, da mora vsak delodajalec (vključno s samozaposlenimi) oceniti tveganja, katerim so delavci izpostavljeni ali bi lahko bili izpostavljeni pri delu. Ocena tveganj je osrednja točka sistema varnosti in zdravja pri delu. V teoretičnem primeru ničelnih tveganj za varnost in zdravje pri delu se sistem zagotavljanja in nadzora sklene. Kjer ni tveganj, ni potrebno preprečevati nevarnosti in izvajati nadzora, saj do negativnih vplivov na varnost in zdravje v varnem delovnem okolju ne more priti. V primeru ugotovljenih tveganj 17. člen zakona zahteva, da mora delodajalec oceniti tveganja po postopku, ki obsega:

- identifikacijo oziroma odkrivanje nevarnosti;
- ugotovitev, kdo od delavcev bi bil lahko izpostavljen identificiranim nevarnostim;
- oceno tveganja, v kateri sta upoštevana verjetnost nastanka nezgod pri delu, poklicnih bolezni oziroma bolezni v zvezi z delom in resnost njihovih posledic;
- odločitev o tem, ali je tveganje sprejemljivo;
- odločitev o uvedbi ukrepov za zmanjšanje nesprejemljivega tveganja.

Po izvedenem ocenjevanju tveganj za varnost in zdravje pri delu mora delodajalec izdelati in sprejeti izjavo o varnosti z oceno tveganja v kateri poda načrt za izvedbo predpisanih zahtev in ukrepov ter predvidi obveznosti odgovornih oseb za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Izjava za varnost vsebuje tudi posebne zdravstvene zahteve, ki jih morajo izpolnjevati delavci za določeno delo. Pri pripravi izjave o varnosti delodajalec obvezno vključuje strokovnega delavca za naloge varnosti in zdravja pri delu in izvajalca medicine dela za izvajanje zdravstvenih ukrepov.

Strokovni delavec. Delodajalec mora za opravljanje strokovnih nalog v zvezi z zagotavljanjem varnosti pri delu med svojimi delavci določiti enega ali več strokovnih delavcev za varnost pri delu ali pa poveriti te naloge zunanjim strokovnim službam, ki imajo dovoljenje za delo po tem zakonu. Podlaga za dovoljenje je strokovni izpit, ki ga predpisuje MDDSZ. Prek tega mehanizma MDDSZ izvaja nadzor nad strokovnimi delavci in s tem posredno nad kvaliteto ocene tveganja, ki ji strokovni delavci pripravljajo za delodajalca. Strokovni delavec bi moral biti avtonomen pri svojem delu, vendar mu ZVZD-1 izrecno jemlje avtonomijo. V 28. členu (4. točka) izrecno navaja, da je strokovni delavec za opravljanje strokovnih nalog neposredno odgovoren delodajalcu. Kljub nadzoru MDDSZ nad strokovnimi izpiti in dovoljenji za delo, se je s tem členom država izrecno odrekla nadzoru nad kvaliteto dela strokovnih delavcev, saj le ti za svoje delo odgovarjajo delodajalcu ne pa tudi državi.

Zaradi dejstva, da med pravnimi subjekti v Sloveniji prevladujejo mala in mikro podjetja ter samostojni podjetniki, se večina poslovnih subjektov odloča za prenos nalog zunanjim strokovnim službam. Zato se je razvil trg storitev na področju varnosti in zdravja pri delu, kjer okoli 300 oseb z dovoljenjem MDDSZ podjetjem ponuja strokovne storitve na tem področju. Konkurenca je ostra, kar pomeni, da so delodajalci tisti, ki diktirajo pogoje na tem trgu. Ker ZVZD-1 izrecno podreja strokovne delavce delodajalcu, je strokovni delavec postavljen v dvojno odvisnost in sicer prek tržne pogodbe in prek vpetosti v organizacijsko hierarhijo. Kvaliteta opravljanja strokovnih nalog je torej pod nadzorom delodajalca in ne obratno.

Strokovni delavci se združujejo v Zbornico varnosti in zdravja pri delu (Zbornica VZD), ki deluje kot poklicno združenje od leta 2000 in ima 300 članov. Strokovni delavci so organizirani

tudi v društvih varnostnih inženirjev, ki se združujejo v Zvezo društev varnostnih inženirjev Slovenije (ZDVIS). Vendar ZVZD-1 ne predvideva aktivne vloge Zbornice v tem sistemu. Ta si že od ustanovitve dalje prizadeva za prenos nekaterih javnih pooblastil, ki pa do sedaj ni bil uresničen. Opravljanje nalog podeljevanja in odvzema dovoljenj za delo za opravljanje strokovnih nalog varnosti pri delu in opravljanje nadzora na delovanjem podjetij z dovoljenjem za delo ter strokovnih izpitov in drugih strokovnih usposabljanj s področja varnosti pri delu, s ciljem zagotoviti ustrezno strokovnost izvajalcev, vključno z nadzorom nad opravljanjem storitev s področja varnosti in zdravja pri delu, je tako v pristojnosti MDDSZ in njegovega inšpekcijskega organa IRSD.

Izvajalec medicine dela. Na tem mestu bomo zgolj skicirali vlogo izvajalca medicine dela, poglobljena analiza pa bo podana v posebnem poglavju. Vloga izvajalca medicine dela v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je opredeljena v 33. členu ZVZD-1. Naloge je mogoče povzeti v tri sklope:

- sodelovanje pri izdelavi strokovnih podlag za izjavo o varnosti
- izvajanje zdravstvenih pregledov delavcev ter njihovo seznanjanje s tveganji
- spremljanje in analiza zdravstvenega stanja delavcev ter poročanje delodajalcu

Vloga izvajalca medicine dela je predvsem svetovalne in ne kontrolne narave. Pri pripravi izjave o varnosti z oceno tveganja, izvajalec medicine dela pripravi strokovno oceno posebnih zdravstvenih zahtev za posamezna delovna mesta, vendar strokovna ocena izvajalca medicine dela za delodajalca ni zavezujoča. Delodajalec mora predlog upoštevati, vendar se izvajalec medicine dela pod izjavo o varnosti z oceno tveganja ne podpiše, zato je odločitev o tem, kaj bo od predlaganih zdravstvenih zahtev v izjavi z oceno tveganja zapisano, prepuščena izključno delodajalcu.

Kontrolno funkcijo nad delodajalcem izvajalec medicine dela izvaja prek nadzornih zdravstvenih pregledov. To v slovenski zakonodaji ni povsem očitno, saj zakon in Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev spreminja jezik Direktive Sveta (89/391/EGS) in nadomešča izraz 14. člena direktive, ki se glasi »zdravstveni nadzor« z izrazom »preventivni pregledi delavcev«. Preventivni zdravstveni pregledi delavcev naj bi se izvajali na podlagi ugotovljenih tveganj v izjavi o varnosti z namenom nadzora nad morebitnimi zdravstvenimi posledicami izpostavljenosti tveganjem pri delu. Ugotovitve obdobnih pregledov ostanejo pri izvajalcu medicine dela. Delodajalec dobi zgolj informacijo o zmožnosti delavca za delo brez ali z omejitvami, kar pa za delodajalca ni obvezujoče. Delavec pa dobi informacijo o morebitnem slabšanju zdravstvenega stanja in priporočilo glede obiska osebnega zdravnika.

Izvajalec medicine dela naj bi poleg tega tudi spremljal in analiziral stanje v zvezi s poklicnimi boleznimi, odkrival vzroke, pripravljal poročila za delodajalca in podajal predloge izboljšav delovnega procesa. Pri teh nalogah gre za svetovalno in ne nadzorno funkcijo. Te informacije so namenjene delodajalcu, medtem ko država od izvajalca medicine dela ne prejema informacij, razen na izrecno zahtevo v primeru obravnav vloge delavcev pred komisijami invalidskega in zdravstvenega zavarovanja. Podatkov o zdravstvenem stanju delavcev nihče ne zajema direktno pri viru, torej od izvajalcev medicine dela.

Izvajalci medicine dela, ki bi morali za državo opravljati nadzorno funkcijo nad zdravstvenim stanjem delavcev, dejansko opravljajo zgolj svetovalno funkcijo za delodajalca. V sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu igrajo zgolj obrobno svetovalno vlogo, ki je podrejena zahtevam delodajalca, v sistemu nadzora pa ne igrajo nikakršne funkcije. Podrejena vloga izvajalcev medicine dela je dodatno poudarjena z dejstvom, da delodajalci kupujejo storitve na trgu storitev izvajalcev medicine dela, kjer prihaja do trdih pogajanj glede cene, kar pogosto vpliva tako na obseg kot tudi na periodo preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev.

Komentar: Operativna raven sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu združuje dva stebra nadzora. Prvi steber temelji na oceni tveganj za varnost in zdravje delavca pri delu za vsakega delodajalca. Ta steber nadzora sloni na strokovnosti dela strokovnih delavcev, ki s strokovnim izpitom potrjujejo svojo usposobljenost za to presojo. Drugi steber predstavlja nadzor nad zdravjem delavcev s pomočjo rednih zdravstvenih pregledov vseh delavcev, na katerih se ugotavljajo morebitna poslabšanja zdravja zaradi vplivov delovnega mesta ali razmer pri delu. Ta steber sloni na specialistih medicine dela, prometa in športa, ki za podjetja izvajajo naloge izvajalcev medicine dela.

Značilnost sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu kot je zamišljen v ZVZD-1 je izjemno visoka avtonomija delodajalca in nizka ali nikakršna avtonomija obeh strok. Obe stroki, ki bi morali izvajati nadzor nad delodajalcem, je ZVZD-1 popolnoma podredil delodajalcu. V primeru strokovnih delavcev je zakon predvidel izrecni člen, ki jih podreja delodajalcu, v primeru izvajalcev medicine dela, pa je njihovo avtonomijo omejil z izrecno opredelitvijo njihovih nalog kot svetovalnih, predvsem pa z njihovo osamitvijo od drugih strokovnih, nadzornih in upravljavskih funkcij sistema. Slovenski sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je zanemaril nadzorno funkcijo ter jo transformiral v svetovalno funkcijo na ključni točki sistema, to je tam, kjer nastajajo tveganja za zdravje in varnost torej pri delodajalcu. S tem ko je ZVZD-1 delodajalcu dal proste roke pri odločanju o oceni in sprejemljivosti tveganj ter o varnostnih ukrepih, obe stroki pa postavil v odvisno vlogo svetovalcev, je slovenski sistem v veliki meri ohromil nadzorno funkcijo in pod vprašaj postavil zmožnost sistema, da izpolni svoj namen ter zagotovi v 11. členu obljubljeno pravico delavca do varnosti in zdravja pri delu.

3.3.3. Povezovalna raven: Nadzor v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu

Edina inštitucija, ki povezuje operativno in upravljavsko raven sistema je **Inšpektorat Republike Slovenije za delo (IRSD),** ki je organ v sestavi MDDSZ**.** Zadolžen je za nadzor nad izvajanjem predpisov s področja varnosti in zdravja pri delu na operativni ravni. Inšpektorat izvaja redne, izredne in usmerjene nadzore pri delodajalcih. Predmet nadzora na področju varnosti in zdravja pri delu so predvsem:

- izjave o varnosti z oceno tveganj, kjer se presoja njihovo vsebinsko ustreznost dejanskim razmeram v podjetju, njihovo ažurnost in opredelitev posebnih zdravstvenih zahtev za posamezna delovna mesta;
- usposabljanje delavcev za varno delo;
- delovna oprema in osebna varovalna oprema;

- zdravstveno varstvo delavcev pri čemer se preverja opravljanje obdobnih zdravstvenih pregledov in ustreznost obsega teh pregledov glede na prisotnost tveganj.

Poleg inšpekcijskih nadzorov, IRSD vodi tudi evidenco prijavljenih nezgod pri delu. Na podlagi Pravilnika o prijavah na področju varnosti in zdravja pri delu (Uradni list RS, št. 54/13) mora delodajalec IRSD takoj prijaviti vsako nezgodo pri delu s smrtnim izidom, ali nezgodo pri delu, zaradi katere je delavec nezmožen za delo več kot tri delovne dni ter vsako kolektivno nezgodo, vsak nevaren pojav in vsako ugotovljeno poklicno bolezen. IRSD je tudi edina institucija v sistemu VZD, ki je dolžna reagirati na obstoječe stanje. Inšpektorat razišče vse primere nezgod pri delu s smrtnim izidom v sodelovanju s policijo in drugimi izvedenci, ter se odziva na prijave nepravilnosti, ki jih podajo delavci ali občani.

Inšpektorat ugotavlja, da se ta pravilnik ne izvaja dosledno. Delodajalec v primeru poškodbe pri delu izpolni obrazec, ki ga poškodovanec izroči svojemu izbranemu osebnemu zdravniku, vendar lahko prvo stran tega obrazca zadrži in ga ne pošlje na IRSD. Za to je sicer zagrožena kazen, a teh primerov ni lahko odkrivati zaradi varstva osebnih in zdravstvenih podatkov delavca. Ker osebni zdravnik nima vzpostavljene komunikacije z IRSD, je neprijavljanje poškodb pri delu resen problem. Enak problem opažajo tudi v drugih evropskih državah, kjer skušajo spodbuditi zdravstvene delavce z denarnimi nagradami za vsako prijavljeno poškodbo. V slovenskem primeru obstajajo dodatne ovire, saj ima delodajalec materialno spodbudo, da ne prijavi vsake nezgode pri delu. Zaradi možnosti, da v primeru poškodb pri delu, ZZZS delodajalcu izstavi regresni zahtevek za povračilo stroškov zdravljenja in rehabilitacije poškodovanega delavca, se lahko delodajalec z neprijavaljanjem nezgode pri delu lahko izogne znatnim stroškom.

Z uveljavitvijo Zakona o prekrških so bile nekatere naloge, ki so jih pred tem obravnavali sodniki za prekrške, prenesene na tako imenovane prekrškovne organe, med katere sodi tudi IRSD. Pooblaščene uradne osebe IRSD poleg inšpekcijskega postopka tudi vodijo in odločajo po postopku za prekrške. V dejavnostih, za katere IRSD ocenjuje, da so bolj tvegane z vidika kršitev pravic delavcev, opravlja tudi usmerjene akcije nadzora.

Inšpektorat delodajalcem in delavcem nudi tudi strokovno pomoč v zvezi z uresničevanjem zakonov in drugih predpisov, kolektivnih pogodb ter splošnih aktov iz svoje pristojnosti. IRSD je v februarju 2017 začel z izvajanjem projekta z namenom krepitve svetovalne in preventivne vloge IRSD, kjer med drugim organizirajo brezplačne delavnice za ozaveščanje delodajalcev o zagotavljanju dostojnih pogojev za varno in zdravo delovno okolje. To je posebej presenetljivo, saj je izvajanje svetovalne funkcije v direktnem konfliktu z nadzorno funkcijo. Čeprav je razumljivo, da si Inšpektorat želi, da bi na podlagi spoznanj iz ugotovljenih nepravilnosti pri delodajalcih dosegel tudi napredek v praksi, gre vendarle za nezdružljivo dejavnost.

Inšpektorat je **edina institucija nadzora** v celotnem sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu in **edina koordinacijska točka**, ki usmerja delovanje akterjev na operativni ravni. Je tudi **edina točka v sistemu, ki zbira izvirne podatke** o stanju varnosti in zdravja pri delu na operativni ravni pri delodajalcih in je edini, ki ima pristojnost, da ukrepa na podlagi pridobljenih informacij. Medtem ko je strokovno usposobljen za vsebinsko preverjanje področja varnosti in zdravja, pa ni usposobljen za nadzor na področju medicine dela. Zato ugotavljamo, da je nadzorna funkcija v sistemu zasnovana le polovično, saj iz nje skoraj v celoti izpade področje

zdravja pri delu. IRSD nadzor nad zagotavljanem zdravja delavcev izvaja zgolj na podlagi dokumentacije, ki izkazuje pogostost in obseg obdobnih preventivnih pregledov, vendar nima pristojnosti nad izvajalci medicine dela ali pristojnosti ukrepanja glede zdravstvenega stanja delavcev. Ugotavljamo, da na področju medicine dela v obstoječem sistemu ni nikakršnega nadzora.

3.3.4. Povezovalna raven: Stroka v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu

Kot terciarna inštitucija v Sloveniji na področju medicine dela, prometa in športa je **Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ)** nosilec stroke v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja v Sloveniji. Število zaposlenih na KIMDPŠ se skozi leta povečuje, v letu 2019 je po podatkih KIMDPŠ 26 zaposlenih. Klinični inštitut je po Pravilniku o pogojih in postopku za pridobitev naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek (Uradni list RS, št. 72/06 in 49/09) inštitut, ki za posamezno stroko predstavlja nacionalno strokovno referenčno organizacijo. Pravilnik določa, da klinični inštitut opravlja strokovno, strokovno-organizacijsko, izobraževalno in znanstveno-raziskovalno dejavnost; strokovno delo posamezne ali več sorodnih temeljnih medicinskih strok in oblikuje klinične smernice preventive, diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije. Delo KIMDPŠ je sofinancirano tudi s strani Ministrstva za zdravje za izvajanje razvojnih, strokovnih in doktrinarnih nalog in dejavnosti na področju ugotavljanja stanja varnosti in zdravja v delovnem okolju, ugotavljanja škodljivih vplivov delovnega okolja, izdelavo kriterijev za verifikacijo poklicnih bolezni, za pripravo doktrinarnih usmeritev in strokovnih izhodišč kot osnovo za oblikovanje predpisov na tem področju ter financira druge aktivnosti potrebne za razvoj programov varnosti in zdravja pri delu ter razvoj programov promocije zdravja na delovnem mestu. V letu 2009 je KIMDPŠ izdal serijo strokovnih publikacij s skupnim naslovom Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji (Dodič Fikfak in Črnivec, 2009) v katerih podaja smernice in kriterije za verifikacijo nekaterih, predvsem najpogostejših poklicnih bolezni. Ta serija publikacij vzpostavlja enotno strokovno medicinsko doktrino na področju verifikacije poklicnih bolezni in daje strokovno podlago za delo izvajalcev medicine dela.

KIDMPŠ sicer predstavlja jedro strokovnega oblaka v sistemu, vendar pa nima formalnih institucionalnih povezav s sistemom varnosti in zdravja pri delu. Je del Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, kjer posega na operativno raven kot notranji izvajalec preventivnih zdravstvenih pregledov zaposlenih v UKC. Nima pa drugih formalnih povezav z operativno ravnijo, povezujočo ravnijo ali z upravljavsko ravnijo. Čeprav je kot terciarna zdravstvena institucija osrednja strokovna avtoriteta na tem področju, pa je formalno gledano KIMDPŠ potisnjen na obrobje sistema. Vendar pa svojo formalno marginalno vlogo v sistemu presega z osebnim angažmajem direktorice, ki prek svojega članstva v Razširjenem strokovnem kolegiju zagotavlja osebno povezavo med KIMDPŠ in upravljavsko ravnijo.

Ker je vodstvo KIMDPŠ odklonilo sodelovanje v tem projektu, smo ostali brez podrobnejšega uvida v pogled stroke na problematiko varnosti in zdravja pri delu. Želeli bi si tudi diskusije o nekaterih pomembnih vprašanjih, ki smo jih zabeležili v pogovorih z različnimi udeleženci v sistemu in ki se nanašajo predvsem na razloge za 28 letno zamujanje pravilnika o poklicnih boleznih, zaradi česar ostajajo izvajalci medicine dela brez pravne podlage za delo na operativni

ravni. Vodstvo je prošnjo za uvodni pogovor odklonilo z naslednjo utemeljitvijo, ki je ne komentiramo:

14. februar, 2017

Spoštovani,

zaprosili ste me za pogovor o Ovrednotenju sistema izvajanja dejavnosti medicine dela v Sloveniji.

Na projekt smo se prijavili tudi mi (KIMDPŠ) z vsemi dolgoletnimi referencami; med drugim tudi ključnimi kot so mednarodni projekt *Razvoj sistema zdravja in varnosti pri delu v Sloveniji*, *Analiza področja dejavnosti medicine dela v Sloveniji* in *Preureditev zdravstvenega varstva delavcev v Sloveniji* (sodelovanje). V prvem projektu je sodelovalo petdeset strokovnjakov domačih in tujih, trajal je dve leti, v drugem vsi specialisti MDPŠ in var. inženirji ter drugi deležniki in snovalci politik v tretjem pa po principu tripartitnosti predstavniki vseh treh vej: stroke, delodajalcev in delavcev ter snovalcev politik doma in iz tujine.

Prepričani smo namreč, da ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti **medicine dela** lahko naredijo le strokovnjaki z referencami na področju medicine dela in da stroka zunaj medicine dela kredibilne ocene ne more dati. Zato raziskovalci in poznavalci sistema medicine dela, prometa in športa iz KIMDPŠ pri vašem projektu ne moremo in ne želimo sodelovati.

Lep pozdrav

_____
prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, dr. med.
predstojnica
UKC Ljubljana, KIMDPŠ
Poljanski nasip 58
1000 Ljubljana

3.3.5. Spremljava in podatki na področju medicine dela

Javno službo na področju dejavnosti javnega zdravja in dejavnosti povezane z javnim zdravjem izvaja **Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ)** v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti ZZDej-UPB2 (Uradni list RS, št. 23/05, 23/08, 14/13). Naloge javne službe, ki jih izvaja, so določene v 23. a členu Zakona o zdravstveni dejavnosti. S svojimi devetimi območnimi enotami predstavlja temeljno nacionalno mrežo izvajalcev dejavnosti javnega zdravja. Z izvajanjem določenih nalog se zagotavlja strokovna podpora ministrstvu, drugim vladnim in nevladnim organizacijam pri oblikovanju in izvajanju ukrepov, ki prispevajo k izboljšanju zdravja prebivalstva. Dopolnitve ZZDej so prinesle novo organizacijo ustanov na področju javnega zdravja, in sicer so se leta 2014 nekdanji Inštitut za varovanje zdravja in devet območnih zavodov za zdravstveno varstvo preoblikovali v dva nova javna zavoda, v Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (NLZOH). Sredstva za izvajanje dejavnosti javne službe NIJZ pridobiva iz več virov. Na področju dejavnosti javnega zdravja in dejavnosti povezane z javnim zdravjem, ki jo izvaja v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti, se sredstva zagotavljajo s strani državnega proračuna. Osnovno poslanstvo NIJZ je prispevati k izboljšanju zdravja in zdravstvenega stanja ter zmanjšanju razširjenosti dejavnikov tveganja za zdravje ter zmanjševanju neenakosti v zdravju. Področje dela in delovne populacije pa ni posebno področje znotraj NIJZ, čeprav so se v zadnjem času začeli bolj ukvarjati tudi s to tematiko.

NIJZ je tudi upravljalec zbirk s področja zdravja in zdravstvenega varstva delavcev. Po Zakonu o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva - ZZPPZ (Uradni list RS, št. 65/00 in 47/15) NIJZ vodi naslednje zbirke podatkov, na podlagi katerih ocenjujejo zdravstveno stanje delavcev v Sloveniji:

- Evidenca preventivnega zdravstvenega varstva delavcev;
- Evidenca poškodb pri delu;
- Evidenca začasne in trajne odsotnosti z dela (podatke prejmejo od ZZZS);
- Register poklicnih bolezni, sumov na poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom (za podatke se dogovarjajo z ZPIZ);
- Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu.

Podatki o bolniškem staležu so podatki na NIJZ, ki naj bi odražali zdravstveno stanje aktivne populacije. Vir podatkov je Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, BOL/03, ki ima zakonsko podlago v ZZPPZ. Edina podatka, ki kažeta vpliv delovnega mesta na zdravje delavcev, sta podatek o prijavljenih poškodbah pri delu in podatek o prijavljenih poklicnih boleznih. Iz teh podatkov ni možno razbrati, kolikšen je delež odsotnosti z dela zaradi bolezni, ki je posledica vpliva dela in delovnega okolja. Kazalniki bolniškega staleža kažejo, da je bolezen daleč najbolj prisoten razlog za odsotnost z dela (72,7%). Sledijo poškodbe izven dela (13,8%), poškodbe pri delu (5,7%), nega družinskega člana (5,4%) in poškodbe po 3. osebi izven dela (1,6%). Leta 2016 je bilo pri izbranih zdravnikih evidentiranih 13.044 poškodb pri delu, leta 2017 pa 14.895. Podatki iz Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela so pomanjkljiv vir informacij o zdravstvenem stanju delavcev tudi zaradi pogostega pojava prezentizma. Odstotek bolniškega staleža se je od leta 2000 do leta 2016 znižal iz 4,66% na 3,96%. Najnižjo vrednost je dosegel leta 2014 in sicer 3,75%. Na zmanjšanje bolniške odsotnosti sta zadnja leta vplivala predvsem negotovost na trgu dela in strah pred izgubo dela. Delavci v prekarnih oblikah zaposlitve, ki jih je vedno več, v praksi skoraj nimajo možnosti bolniške odsotnosti.

V letu 2017 je bila poklicna bolezen v 30 primerih razlog za odsotnosti z dela. Strokovnjaki navajajo, da ta številka ne odraža dejanskega stanja in bi morali v Sloveniji glede na primerljive države letno beležiti 1150 sumov poklicnih bolezni in od tega priznati okrog 290 poklicnih bolezni (Dodič Fikfak in Črnivec 2009). Poročilo EU (2013) o izvajanju priporočil Komisije 2003/670/EC pa v tabeli 6 o potrjenih poklicnih boleznih za leto 2009 dokumentira velike razlike med državami članicami. Incidenca poklicnih bolezni je bila v Grčiji 1, v Sloveniji 5, na Češkem 25, v Avstriji 58, v Švici 93, na Finskem 124, v Nizozemski 133, v Franciji pa kar 267. Na podlagi primerjav s posameznimi državami, bi morali v Sloveniji potrditi med 9 in 2350 poklicnih bolezni na leto. V primerjavi s Češko bi tako morali v letu 2018 potrditi 220 primerov, z Avstrijo 510, s Švico 818, s Finsko 1.090, z Nizozemsko 1.170 in v primerjavi s Francijo 2.350 primerov poklicnih bolezni.

Velik razpon v številu novo potrjenih poklicnih bolezni na 100.000 zaposlenih med posameznimi državami kaže na različnost sistemov odkrivanja in verifikacije poklicnih bolezni v EU. Poklicna bolezen je opredeljena v ZPIZ-2, in pomeni tisto bolezen, ki je povzročena z daljšim neposrednim vplivom delovnega procesa in delovnih pogojev na določenem delovnem mestu ali na delu, ki sodi v neposredni okvir dejavnosti, na podlagi katere je oboleli zavarovan. Zakon tudi določa, da je minister, pristojen za zdravje, pristojen, da določi poklicne bolezni in

dela, na katerih se pojavljajo te bolezni, pogoje, ob katerih se štejejo za poklicne bolezni, in postopek ugotavljanja, potrjevanja in prijavljanja poklicnih bolezni. Trenutni pravilnik o poklicnih boleznih ne omogoča lahkega ugotavljanja in verifikacije poklicnih bolezni, zato bo do uveljavitve sprememb nemogoče oceniti dejansko breme, ki ga povzročajo poklicne bolezni v javnem zdravstvenem sistemu in težo, ki jo imajo v zdravstveni sliki populacije.

Ugotovimo lahko, da v sistemu zagotavljanja varstva in zdravja pri delu NIJZ igra obrobno vlogo spremljave in hranjenja podatkov, ki jih ne dobi neposredno od izvajalcev medicine dela temveč od drugih udeležencev tega sistema. Podatek o poklicnih boleznih je tako daleč izven pričakovanih vrednosti, da ga ni mogoče upoštevati kot veljavno informacijo. Podatki so vsebinsko skromni in omejeni na število dni bolniškega staleža, število nesreč pri delu in na število pregledov. NIJZ ne zbira originalnih podatkov za področje zdravja pri delu niti ne izvaja rednih analiz. V sistemu varnosti in zdravja pri delu igra predvsem pasivno vlogo skrbnika podatkov.

3.3.6. Regulativna raven dejavnosti medicine dela

Regulativno raven sestavljata dve ministrstvi in sicer **Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ)** in **Ministrstvo za zdravje (MZ).** Ministrstvi imata deljeno pristojnost za pripravo zakonov in drugih predpisov, ki se nanašajo na področje varnosti in zdravja pri delu.

MDDSZ v svoji organizacijski strukturi vključuje Sektor za varnost in zdravje pri delu, ki je pristojen za to področje. Osnovna naloga sektorja je vzpostavljanje pravnega okvira za to področje in prenos evropskih direktiv v slovenski pravni red. Pomembna naloga pri izvajanju regulacijske funkcije je, da spremlja in ocenjuje stanje varnosti in zdravja pri delu ter na tej podlagi pripravlja rešitve za enotno urejanje področja varnosti in zdravja pri delu. MDDSZ oz. Sektor za varnost in zdravje pri delu ne zbira podatkov o stanju na svojem regulativnem področju. Razpolaga le s podatki, ki jih pridobijo s strani drugih institucije, predvsem od Urada RS za kemikalije in Inšpektorata RS za delo in enkratnih evalvacijskih študij sistema, kot je na primer Analiza izvajanja nacionalnega programa varnosti in zdravja pri delu z oceno stanja (Kanjuo Mrčela 2016). To priča o relativni odrezanosti regulatorja od informacij, ki indicirajo tekoče stanje na terenu.

Pri izvajanju regulativne funkcije se naslanja na Svet za varnost in zdravje pri delu, ki je posvetovalno telo MDDSZ. Poleg regulativne odgovornosti in skrbi za predpise, ki urejajo to področje, ima ministrstvo tudi vrsto operativnih nalog. Med drugim je pristojno za reševanje pritožb na drugi stopnji zoper odločbe inšpekcije dela, izdajanje dovoljenj za opravljanje strokovnih nalog varnosti pri delu, izdajanje pooblastil za izvajanje usposabljanja koordinatorjev za varnost in zdravje pri delu na gradbiščih ter mednarodno sodelovanje. V njegovo pristojnost sodi tudi izvajanje nalog Slovenske informacijske točke Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu (EU-OSHA).

Te naloge ne sodijo na regulativno raven temveč bi morale biti locirane na povezovalni ravni, kjer bi jih prevzela institucija zadolžena za vodenje in centralno koordinacijo sistema. Taka institucija v sedanjem sistemu ni predvidena.

Ministrstvo za zdravje (MZ) je pristojno za pripravo zakonov in drugih predpisov na področju javnega zdravja in za izdajo podzakonskih predpisov s področja varnosti in zdravja pri delu. Eden od najpomembnejših pravilnikov v pristojnosti MZ je Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni. S tem pravilnikom bi moral biti določen postopek za verifikacijo poklicnih bolezni, na podlagi katerega bi lahko delavci uveljavljali pravice iz naslova invalidskega in zdravstvenega zavarovanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni. Zveza svobodnih sindikatov Slovenije (ZSSS) že od leta 1990 opozarja, da ta postopek ni določen, s čemer so delavcem kršene pravice. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju (ZPIZ-2) je v 428. členu razveljavil obstoječi Pravilnik o seznamu poklicnih boleznih iz leta 2003 ter naložil ministru pristojnemu za zdravje, da izda nadomestni pravilnik do 1.1.2014. MZ je šele spomladi 2018 pripravilo osnutek novega Pravilnika o poklicnih boleznih, ki določa postopek za verifikacijo poklicnih bolezni. Do sprejema tega pravilnika bo verifikacija poklicnih bolezni ostala neurejena, kar ima negativne implikacije tudi za varnost in zdravje delavcev. Dokler poklicne bolezni niso ugotovljene in verificirane, delodajalci ne bodo izvajali vseh preventivnih ukrepov potrebnih za preprečevanje poklicnega obolevanja delavcev. Edina izjema je postopek verifikacije določen v Zakonu o odpravljanju posledic dela z azbestom (ZOPDA, 2006).

ZVZD-1 iz leta 2011 Ministrstvu za zdravje narekuje izdajo dveh podzakonskih predpisov, ki do sedaj še niso bili sprejeti. Prvi je podzakonski akt, ki bi reguliral izvajalce medicine dela s tem, da bi določil kadrovske, prostorske in druge pogoje, ki jih mora izpolnjevati izvajalec medicine dela. Drugi pa je podzakonski akt, v katerem predpiše vrste, način, obseg in rok opravljanja zdravstvenih pregledov ter izdajo smernic za določitev in pripravo promocije zdravja pri delu. Zato v veljavi ostaja obstoječi Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/02, 29/03 – popr., 124/06), ki je bil sprejet še pred uveljavitvijo novega ZVZD-1. ZVZD-1 opredeljuje tudi pogoje za izvajanje medicine dela, ki naj bi jih zagotavljalo Ministrstvo za zdravje. Med drugim je MZ zadolženo za dovoljenja za izvajalce medicine dela in vodenje seznama izvajalcev medicine dela, ki mora biti objavljen na spletni strani MZ. Na spletni strani MZ je objavljen le Seznam izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki opravljajo zdravstvene preglede kandidatov za voznike in voznike motornih vozil.

Strokovna vprašanja, ki so predmet medicine dela, prometa in športa pri MZ obravnava Razširjeni strokovni kolegij za medicino dela, prometa in športa (RSK). O njegovem delu nismo uspeli izvedeti ničesar, saj na spletnih straneh nismo našli zapisnikov sej, njegov predsednik pa je odrekel sodelovanje na podlagi naslednje utemeljitve:

5. marec, 2017

»Prepričani smo namreč, da ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti **medicine dela** lahko naredijo le strokovnjaki z referencami na področju medicine dela in da stroka zunaj medicine dela kredibilne ocene ne more dati«

S temi besedami je predsednik RSK odklonil **uvodni** pogovor z nosilcem tega ciljnega raziskovalnega projekta. Apriorni odklonilni odnos preseneča še posebej zato, ker je naročnik projekta isto ministrstvo (MZ), v katerem RSK igra vlogo vrhovnega strokovnega posvetovalnega telesa. To po našem mnenju nakazuje na pomanjkanje urejenosti odnosov znotraj MZ.

Tudi MZ ne razpolaga z izvirnimi podatki o izvajanja medicine dela v praksi. Podatke pridobiva iz poročil IRSD in iz podatkov, ki jih na podlagi poročanja bolniških odsotnosti od dela vodi NIJZ. Za poglobljeni vpogled v sistem izvajanja dejavnosti medicine dela pa je naročilo ta projekt. Kot regulator na področju zdravstvenega nadzora v sistemu bi MZ potreboval ažurne in popolne podatke o stanju na svojem regulativnem področju.

Deljena odgovornost za regulacijo področja varnosti in zdravja pri delu med dve ministrstvi predpostavlja institucionalizacijo koordinacijskih mehanizmov med obema. V najboljšem primeru bi pričakovali matrično organizacijsko strukturo, ki bi Sektor za varnost in zdravje pri delu povezala z Direktoratom za javno zdravje v koordinirano celoto s skupnim programom dela in deljenim vodenjem. Najmanj pa bi pričakovali stalno delovno telo s programom dela in rednimi delovnimi ne le koordinacijskimi sestanki. Vendar, kot kaže, teh institucionalnih povezav kljub deljeni odgovornosti za področje ni. Obstajajo le koordinacijski sestanki, ki pa so redki in nimajo značaja skupne ko-produkcije regulacije na tem področju.

Primer priprave nove nacionalne strategije na področju varnosti in zdravja pri delu dobro ilustrira odsotnost sodelovanja med obema pristojnima ministrstvoma. Kljub temu, da gre za hierarhično enakovredna akterja, ki bi za pripravo Strategije na področju varnosti in zdravja pri delu morala podati enakovredna prispevka, med njima ni bilo niti redne komunikacije. Priprava osnutka strategije je bila prepuščena MDDSZ, ki je brez vključevanja zunanjih udeležencev, pripravil osnutek Strategije. S predstavniki ministrstva za zdravje so se sestali samo enkrat, ko je MZ MDDSZ posredovalo svoje pripombe in predloge. Osnutek strategije je bil dvakrat obravnavan v okviru Sveta za varnost in zdravje pri delu, ki deluje kot posvetovalno telo MDDSZ, nato pa je bil poslan v obravnavo na sejo Ekonomsko socialnega sveta, ki je potekala 13. oktobra 2017. Zaradi deljene pristojnosti na področju zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu bi morala Strategija za to področje nastajati v sodelovanju obeh ministrstev, kar pomeni, da bi že v začetni fazi ministrstvi morali oblikovati skupno delovno skupino, ki bi v nadaljevanju vključila različne akterje in vidike pri pripravi osnutka predloga nove strategije. Namesto skupne delovne skupine je delo na Strategiji v celoti prevzelo MDDSZ morda tudi zato, ker je MZ kadrovsko podhranjeno in tako ne zmore zadostno pokrivati področje varnosti in zdravja pri delu. Vsekakor ta primer nazorno priča o pomanjkljivem sodelovanju med obema regulativnima ministrstvoma, kar je razvidno tudi v odsotnosti vsakršnih formalnih koordinacijskih mehanizmov. Prvi formalni koordinacijski mehanizem med ministrstvoma je podan v osnutku Pravilnika o poklicnih boleznih, ki v 21. členu vzpostavlja medresorsko Skupino za spremljanje poklicnih bolezni, ki na bi jo sestavljali predstavniki obeh ministrstev, Inšpektorata RS za delo, delodajalcev, sindikatov, predstavnik stroke medicine dela, prometa in športa ter predstavnik stroke varnosti in zdravja pri delu.

4. Finančni vidik: ZZZS v sistemu varnosti in zdravja pri delu

Prispevke za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni za zaposlene plačujejo delodajalci in drugi zavarovanci, ki so pokojninsko in invalidsko zavarovani po stopnji 0,53% bruto plače na podlagi 12. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost – ZPSV (Uradni list RS, št. 5/96, 34/96, 3/98, 97/01). **Zavod za zdravstveno zavarovanje Republike Slovenije (ZZZS)** je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. V letu 2015 je ZZZS iz prispevkov delodajalcev za zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni zbral 74 mio €. Ta sredstva niso namenska sredstva ampak zgolj eden izmed virov ZZZS, ki se porabijo za financiranje vseh zdravstvenih programov, ne pa izključno za pravice povezane s poškodbami pri delu in poklicnimi boleznimi. Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, kjer prispevna stopnja skupaj znaša približno 13%, se zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. V letu 201 je bilo po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) v Sloveniji zaradi začasne nezmožnosti za delo izgubljenih 13.322.969 koledarskih dni, kar je 1.043.771 dni več kot leta 2016 in 1.413.042 koledarskih dni več kot leta 2015. V letu 2016 so odhodki za nadomestila plače zaradi začasne zadržanosti od dela znašali 285,3 mio € in so presegli načrtovane za 0,5 odstotka ali za 1,3 milijona evrov. Glede na leto 2015 ti odhodki izkazujejo 15,9-odstotno rast. Leta 2015 so nadomestila plače znašala 246,1 mio €, kar je 9,1 odstotka več kot leta 2014. Glede na leto 2015 se je povečalo tako število primerov kot tudi število dni odsotnosti v breme ZZZS-ja. Vzroki za rast izdatkov ZZZS so po mnenju te inštitucije predvsem večje število prejemnikov plač, posledično tudi več začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb, večje osnove za nadomestila, ki so posledica rasti plač, in večji odhodki zaradi nege otroka, zaradi več otrok v vrtcih, dolgotrajnejši postopki diagnosticiranja in zdravljenja, ter staranje delovne sile in posledično večja obolevnost aktivnega prebivalstva ter s tem povezanih več obolelih zaposlenih in njihovih družinskih članov. V letu 2006 naj bi ekonomska škoda zaradi poškodb pri delu[1] po nekaterih ocenah znašala 1.025 mio € ali slabih 3,4% BDP (Bilban, 2006). Ocena na podlagi te metodologije za leto 2017 znaša 3,7% BDP, kar je primerljivo z ocenami Mednarodne organizacije za delo ILO, ki ocenjuje stroške v zvezi s poškodbami pri delu in poklicnimi boleznimi na 4% BDP.

ZZZS ima na podlagi 87. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju od delodajalca pravico in dolžnost, da od regresnega zavezanca zahteva povrnitev škode, torej izplačanih zneskov, če je poškodba ali bolezen delavca posledica tega, da delodajalec ni izvedel ustreznih ukrepov za varno delovno okolje in varnost oseb. Če regresni zavezanec v postavljenem roku prostovoljno ne izpolni obveze, ki izhaja iz regresnega zahtevka, ima regresnih upravičenec pravico in dolžnost, da vloži tožbo pred krajevno

[1] Ocena za leto 2006 izhaja iz povprečne vrednosti delovnega dne na zaposlenega v letu 2006 (približno 148 €) pomnožene s številom izgubljenih delovnih dni zaradi poškodb pri delu (891.063 dni) pomnoženim z mnogokratnikom 7,5 po metodologiji ILO (skupaj 6.922.973 dni * 148 €). Ocena za 2017 sledi tej metodologiji, in 721.453 izgubljenih koledarskih dni zaradi poškodb pri delu pretvori z mnogokratnikom 7,5 v ocenjeno gospodarsko škodo 1.159,5 mio dni z oceno vrednosti enega izgubljenega delovnega dne pri 296 €, kar skupaj znaša 1,6 milijarde € ali 3,7% BDP.

pristojnim okrožnim sodiščem. V letu 2015 je ZZZS izdal 410 regresnih zahtevkov v višini 2,6 mio € in od tega uspeli izterjati 1,5 mio €. ZZZS se v zadnjih letih vedno pogosteje poslužuje možnosti uveljavljanja in izterjave regresnih zahtevkov, ki so posledica stroškov, povezanih z nezgodami pri delu. Na ta način skušajo prispevati k višji stopnji varnosti in zdravja pri delu in v zdravstveno blagajno povrniti kar največ izplačanih sredstev zaradi nezgod pri delu.

V postopkih uveljavljanja pravic iz invalidskega zavarovanja **Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (ZPIZ)**, ki je nosilec in izvajalec sistema obveznega pokojninskega in invalidskega zavarovanja na območju Slovenije, ugotavlja vzroke za nastanek invalidnosti, ki so poklicni ali nepoklicni. Med poklicne vzroke za nastanek invalidnosti zakon uvršča poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Mnenje o invalidnosti in vzrokih za nastanek dajejo v postopkih za uveljavljanje in varstvo pravic izvedenski organi Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, to so invalidske komisije I. in II. stopnje. Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ZPIZ-2 (Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17 in 40/17) v 63. členu določa, da je invalidnost podana, če se zaradi sprememb v zdravstvenem stanju, ki jih ni mogoče odpraviti z zdravljenjem ali ukrepi medicinske rehabilitacije in so ugotovljene v skladu s tem zakonom, zavarovancu zmanjša zmožnost za zagotovitev oziroma ohranitev delovnega mesta oziroma za poklicno napredovanje.

Odhodki za nadomestila iz invalidskega zavarovanja so v letu 2013 znašali 161,1 milijona evrov. V to skupino odhodkov, ki predstavljajo 3,3 odstotka skupnih odhodkov ZPIZ, spadajo nadomestila delovnim invalidom, ki so pridobili to pravico zaradi dela s skrajšanim delovnim časom, za čas čakanja na drugo ustrezno zaposlitev, zaradi manjše plače na drugem ustreznem delu, za čas čakanja in čas poklicne rehabilitacije. Po ZPIZ-1 in ZPIZ-2 pa odhodki zavoda zajemajo še delno invalidsko pokojnino oziroma delno nadomestilo, nadomestilo za invalidnost, začasno nadomestilo ter nadomestilo za čas poklicne rehabilitacije. V letu 2013 je bil delež nadomestil, izplačanih za čas čakanja na ustrezno zaposlitev 34,5 odstotka, sledila so izplačila za delno invalidsko pokojnino oziroma po ZPIZ-2 delno nadomestilo s 26,7 odstotka in nato nadomestilo za invalidnost z 20,7 odstotka. Najmanj sredstev (0,01 odstotka) je bilo izplačanih za nadomestila za čas čakanja in čas poklicne rehabilitacije.

ZPIZ, tako kot ZZZS, v okviru svojega zakonskega pooblastila uveljavlja zahtevke za povračilo škode oziroma stroškov, ki so mu nastali zaradi uveljavljanja zdravstvenih in drugih socialnih storitev v primerih, kadar je do zavarovančeve invalidnosti, telesne okvare, potrebe po tuji pomoči in postrežbi ali smrti prišlo zato, ker niso bili izvedeni ukrepi za varnost in zdravje pri delu ali drugi ukrepi, predpisani ali odrejeni za varnost ljudi. Odškodnina, ki jo ima zavod pravico zahtevati, obsega nastale stroške in celotne zneske pokojnine oziroma drugih dajatev, ki jih izplačuje zavod.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu iz leta 1999 je vzpostavil temelje za odvisnost med finančno obveznostjo delodajalcev iz naslova zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (diferencirana prispevna stopnja) ter ravnijo varnosti in zdravja pri delu, ki jo zagotavljajo svojim delavcem. Obračunavanje prispevkov zavarovancev in delodajalcev za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni po posebnih – diferenciranih stopnjah v odvisnosti od stopnje zagotavljanja varnega in zdravega dela je bilo s prehodno določbo ZPIZ-1- UPB4 (Uradni list RS, št. 109/06) odloženo na 1. januar 2009. Od takrat so potekale številne razprave

o alternativnih oblikah financiranja obstoječi enotni prispevni stopnji za zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Predstavniki Sveta za varnost in zdravje pri delu vidijo smisel v diferencirani prispevni stopnji, ki bi bolj obremenila tiste delodajalce, ki imajo nižjo raven varnosti in zdravja pri delu. Tudi ZZZS podpira pobudo za uveljavitev diferenciranih prispevnih stopenj, ki bi lahko služila kot mehanizem za sankcioniranje obstoječe nizke ravni varnosti in zdravja pri delu pri nekaterih delodajalcih. ZZZS hkrati meni, da samo sankcioniranje ne bi bilo dovolj zato bi potreboval več pristojnosti, ki bi poleg sankcioniranja vključevala celoten spekter aktivnosti od spremljanja, delovanja zdravstvenih komisij, kot tudi do promocijskih aktivnosti. ZZZS vidi obstoječi sistem financiranja na podlagi prispevne stopnje delodajalcev kot edini vzdržni sistem in zaradi majhne ekonomije obsega ne vidi možnosti za uvedbo samostojnega zavarovanja. Predstavniki Sveta za varnost in zdravje pri delu še vedno izpostavljajo, da je potrebno o uvedbi posebnega zavarovanja za varnost in zdravje pri delu nadaljevati s širšo razpravo. Zato Resolucija o nacionalnem programu iz leta 2018 ReNPVZD1 vključuje ukrep 1.1.6. »Uveljavitev diferencirane prispevne stopnje za zdravstveno ter pokojninsko in invalidsko zavarovanje na podlagi predhodne analize in simulacije«.

Eden od razlogov, da po 20 letih ta cilj še ni realiziran, je zavedanje vseh udeležencev, da v Sloveniji nimamo kvalitetnih podatkov niti o poškodbah pri delu, kaj šele o poklicnih boleznih. Število nezgod, pri katerih je delavec v bolniškem staležu vsaj tri dni, ki jih na Inšpektorat za delo javljajo delodajalci, je za dobro tretjino nižje kot število poškodb, ki jih beleži NIJZ, kjer vodijo podatke o bolniškem staležu iz bolniških listov osebnih zdravnikov. Še resnejša situacija pa je na področju poklicnih bolezni, kjer bi morali beležiti večje število primerov, sodeč po statistikah evropskih držav, a smo jih v letu 2017 zabeležili le 30. V pogojih tako nezanesljivih podatkov bi diferencirana prispevna stopnja nagradila tiste delodajalce, ki bi bolje skrili podatke o poškodbah pri delu in poklicnih bolezni, zato je razumljivo, da se odločitev o njeni uvedbi odmika v čakanju na bolj zanesljiv sistem ugotavljanja in poročanja o poklicnih boleznih.

5. Ocena delovanja sistema varnosti in zdravja pri delu

Ocena delovanja sistema varnosti in zdravja pri delu smo naslonili na letna poročila edinega nadzornega organa v sistemu IRSD, na ugotovitve intervjujev in delavnic ter na druge dokumente s področja varnosti in zdravja pri delu. Inšpektorat je edini organ v sistemu, ki zbira izvirne podatke o stanju pri delodajalcih, ki jih pridobi s pomočjo inšpekcijskih nadzorov. Podatki niso popolni, saj inšpekcijski nadzori letno zajamejo le 3% vseh poslovnih subjektov. V letu 2017 je bilo med 210.884 poslovnimi subjekti opravljenih 6.659 inšpekcijskih nadzorov, kar predstavlja 3,1% populacije. Čeprav vzorec ni reprezentativen pa so številke dovolj visoke, da je mogoče sklepati na dogajanje v podjetjih (IRSD 2017).

Uvodna ugotovitev inšpektorata je, da je notranjih kompetenc o varnosti pri delu zelo malo, saj ocenjuje, da le 10% vseh poslovnih subjektov zaposluje strokovne delavce na tem področju. Vsi drugi te storitve kupujejo na trgu. Zato ne preseneča ocena, da 80% vseh delodajalcev ne ve, kaj piše v njihovi izjavi o varnosti. Pomembna je ugotovitev, da so med delodajalci razlike. Visoki standardi varnosti in zdravja pri delu so pogosto ne pa vselej pri delodajalcih, ki so v tuji lasti in so del večjih poslovnih sistemov ali pa pri tistih delodajalcih, ki so vpeti v globalne verige vrednosti in so zato deležni rednih pregledov tudi na področju zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu s strani svojih kupcev. Velika večina delodajalcev pa ima po opažanjih inšpektorata nizko raven zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu.

V letu 2017 je bilo ugotovljenih 17.900 kršitev kar predstavlja povprečno tri kršitve na inšpekcijski pregled. Najpogostejše kršitve so se nanašale na naslednje kategorije:

- Izjava o varnosti z oceno tveganj (19,3%)
- Zagotavljanje zdravstvenega varstva (17,5%)
- Usposabljanje delavcev za varno opravljanje dela (12,2%)

5.1. Izjava o varnosti z oceno tveganj

V zvezi z izjavo o varnosti in oceno tveganj je bila najpogostejša kršitev neustrezna vsebina izjave o varnosti zaradi neustrezne identifikacije tveganj, postopkov ocenjevanja tveganj in določitev preventivnih ukrepov. V 10% kršitev je manjkala opredelitev posebnih zdravstvenih zahtev. V številnih primerih je bilo ugotovljeno, da delodajalci niso revidirali izjave o tveganjih skladno s spremembami delovnih pogojev. Na podlagi teh podatkov inšpekcija ugotavlja, da delodajalci ne posvečajo ustrezne pozornosti varnosti in zdravju pri delu, saj njihove ocene tveganj ne odražajo dejanskega stanja oziroma dejanskih tveganj. Inšpektorat je ugotovil, da se ocene tveganj, ki so izdelane s strani zunanjih strokovnih organizacij, med delodajalci skorajda ne razlikujejo kljub razlikam v dejanskih tveganjih pri različnih delodajalcih. To nakazuje na prakso, da strokovne organizacije podjetjem za nizko ceno prodajajo tipske izjave o varnosti ne da bi opravile ogled pri delodajalcu in ocenile dejanska tveganja. Pomembna je tudi ugotovitev inšpektorata, da se stanje na terenu ne izboljšuje saj na enake probleme opozarjajo že vrsto let.

Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu iz leta 2003 (ReNPVZD) in iz leta 2018 (ReNPVZD1) opozarjata na nekatere iste probleme, kar priča o stagnaciji in odsotnosti napredka na področju varnosti in zdravja pri delu v zadnjih 20 letih. Obe resoluciji

opozarjata na visoko število nezgod in poškodb pri delu. Kljub znatnemu zmanjšanju števila poškodb pri delu iz 34.376 v letu 2003 na 14.895 v letu 2017 (NIJZ) je zaskrbljujoč trend ponovnega naraščanja. Obe resoluciji kot prvi cilj navajata zniževanje števila poškodb (ReNPVZD) oziroma nezgod (ReNPVZD1) pri delu. Analiza letnih poročil IRSD kaže, da se število prijavljenih delovnih nezgod od leta 2007 zmanjšuje, vendar pa ostaja na visoki ravni. V letu 2017 jih je IRSD evidentiral 9781. Besedilo resolucije celo dvomi o dejanskem zmanjšanju nezgod zaradi spremembe definicij. Inšpektorji pa opozarjajo tudi na pomanjkljivo poročanje nezgod na inšpektorat. Resolucija dvomi, »da se je število nezgod zmanjšalo zaradi ukrepov, izvedenih na podlagi resolucije za predhodno desetletno obdobje ReNPVZD, in/ali zaradi višje ravni kulture preventive v Sloveniji« (ReNPVZD1: 5). Ta citat nakazuje na zaskrbljujočo neučinkovitost regulativne ravni sistema. Tudi število nezgod pri delu s smrtnim izidom se je začelo ponovno povečevati. Podatki iz bolniških listov, ki jih zbira NIJZ, govorijo o bistveno večjem številu poškodb pri delu kot pa je nezgod pri delu, ki jih registrira IRSD. Za leto 2017 je v podatkovni bazi NIJZ zabeleženih 14.163 poškodb pri delu in je v ponovnem naraščanju glede na pretekla leta. Razlika v podatkih obeh inštitucij je zgolj indikativna, saj podatki niso povsem primerljivi. IRSD namreč beleži nezgode, ki jih javljajo delodajalci in ki imajo za posledico več kot tri dni bolniške odsotnosti, medtem ko NIJZ beleži vse poškodbe na podlagi potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (BOL), ki ga pridobi od osebnega zdravnika. Glede na to, da je povprečna dolžina bolniške odsotnosti zaradi poškodbe pri delu po podatkih NIJZ za leto 2017 48,37 dni, domnevamo, da v podatkih ne prevladujejo eno ali dvo dnevne bolniške odsotnosti. To pa pomeni, da je mogoče šteti podatke NIJZ kot merodajne za spremljanje števila poškodb pri delu.

Druga ugotovitev, ki je skupna obema resolucijama, so bolniške odsotnosti zaradi poškodb pri delu ali poklicnih bolezni. Obe resoluciji ugotavljata, da v Sloveniji nimamo sistematičnega ugotavljanja poklicnih bolezni, kar pomeni, da se ob polnem zavedanju problema, zadeve niso premaknile v zadnjih 20 letih, razen na področju odkrivanja poklicne bolezni izpostavljenosti azbestu, ki je urejeno s posebnim zakonom. Zato je število odkritih poklicnih bolezni zanemarljivo. V letu 2017 NIJZ beleži le 30 primerov. Zato je evidenca o številu dni bolniškega staleža, ki je rezultat poškodb in poklicnih bolezni, nezanesljiva. Po podatkih NIJZ je bilo v letu 2003 število dni bolniškega staleža 1.060.000 v letu 2017 pa 722.000. Poleg neustrezne kategorizacije bolniških odsotnosti zaradi neodkrivanja poklicnih bolezni, je padec mogoče pripisati višji stopnji samozaposlenosti in pritiskom delodajalcev, ki se izkazuje v prezentizmu (Kanjuo Mrčela 2016).

Vztrajanje visoke ravni nezgod pri delu skozi daljše obdobje nakazuje na pomanjkljivost v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Kljub prisotnosti strokovnih delavcev, ki prevzemajo naloge varnosti in zdravja pri delu pri delodajalcih, regulatorji opažajo stagnacijo na tem področju. To pomeni, da strokovni delavci ne zmorejo ali ne morejo strokovno opravljati svojega dela. Ker strokovni delavci opravljajo strokovni izpit in pridobijo dovoljenje za delo od MDDSZ ne gre za usposobljenost temveč bolj za možnost, da pri delodajalcu uveljavijo svojo strokovno presojo. Menimo, da gre za sistemsko pomanjkljivost, ki se kaže v napačni vpetosti strokovnih delavcev v sistem nadzora, kar jim jemlje avtonomijo in onemogoča opravljanje nadzorne funkcije pri ocenjevanju tveganj pri delodajalcu.

5.2. Zagotavljanje zdravstvenega varstva

V zvezi z neustreznim zagotavljanjem zdravstvenega varstva delavcev je najpogostejša kršitev neizvajanje zdravstvenih pregledov. Inšpektorat opaža, da od sedmih sklopov nalog, ki jih izrecno opredeljuje ZVZD-1, delodajalci kupujejo predvsem zdravstvene preglede, medtem ko je svetovalna in analitična funkcija skoraj v celoti spregledana. Glede obsega zdravstvenih pregledov se ugotavlja, da se izvajajo predvsem najosnovnejši pregledi, medtem ko so pregledi v zvezi s posebnimi zdravstvenimi zahtevami zelo redki. Tudi pri predlaganih rokih za obdobne preglede inšpektorat ugotavlja, da so za enaka tveganja pri različnih delodajalcih zelo različni. Iz tega inšpektorat sklepa, da sta obseg in perioda zdravstvenih pregledov določena z barantanjem glede cene, kjer se na podlagi dogovorjenega skupnega zneska izračuna, koliko zdravstvenih pregledov se za dogovorjeno vsoto lahko dobavi. Tudi na področju zdravstvenega varstva inšpektorat že več let prihaja do enakih ugotovitev.

Situacija na trgu je močno kompetitivna. Po ocenah udeležencev na trgu so razlike v ponujenih cenah med izvajalci medicine dela tudi do 50%. Izvajalci medicine dela tržijo predvsem ambulantne storitve, saj imajo te najvišjo ceno, medtem ko se izogibajo svetovalnim storitvam, ker so nižje ovrednotene in zamudne. Izvajalci medicine dela konkurirajo za delo na celotnem teritoriju Slovenije. Kar pomeni, da pridobijo pogodbe pri delodajalcih daleč od svojega sedeža. Zdravstveni pregledi delavcev se tako izvajajo pri izvajalcih medicine dela, ki nimajo stikov z lokalnim okoljem, ne poznajo lokalnih zdravstvenih razmer populacije, niti nimajo stikov z lokalno javno zdravstveno mrežo in osebnimi zdravniki delavcev, ki jih pregledujejo. Ker je najnižja cena glavno vodilo izbora izvajalcev medicine dela, je predmet pogajanj tudi obseg zdravstvenih storitev. Izvajalci medicine dela v zdravstvenih domovih, ki niso motivirani z maksimizacijo dobička, poročajo, da delodajalci pogosto pogojujejo sklenitev pogodbe s klestenjem zdravstvenih storitev. Ena od prvih postavk, ki jo delodajalci želijo umakniti iz ponudbe, je obisk izvajalca medicine dela pri delodajalcu. To nakazuje, da zakonsko zahtevano sodelovanje med izvajalcem medicine dela in strokovnim delavcem pri ocenjevanju tveganj in določanju posebnih zdravstvenih zahtev v praksi ne poteka. Zaradi tržno usmerjenega sistema, ki daje delodajalcu glavno besedo pri izpolnjevanju zahtev sistema varnosti in zdravja pri delu, mu omogoča, da kroji obseg in vsebino dela obeh strok ter samostojno odloča o tem ali in do katere mere bo upošteval strokovne predloge, ki jih naroča pri obeh strokah.

Tudi pri zagotavljanju zdravstvenega varstva delavcev ugotovitve nadzornih institucij jasno kažejo na resne pomanjkljivosti sistema varnosti in zdravja pri delu. Nadzorna vloga izvajalcev medicine dela je namreč v sistemu povsem onemogočena, saj jih je ZVZD-1 v sistemu povsem osamil in jim določil predvsem svetovalno funkcijo. Izvajalci medicine dela se sicer lahko z delodajalcem na trgu pogajajo za obseg in pogostost preventivnih zdravstvenih pregledov delavcev, vendar pa ti ne predstavljajo instrumentov nadzora nad delodajalcem temveč sredstvo zadoščanja zakonskim predpisom.

Po našem mnenju ugotovitve glede razmer v praksi kažejo na zaskrbljujoče stanje, ki je rezultat pomanjkljivosti v sistemu. Zaradi odsotnosti nadzorne funkcije v obeh stebrih sistema se je med številnimi (ne pa vsemi) delodajalci namesto progresivne kulture varnosti in zdravja pri delu razvila kultura zadoščanja minimalnim formalnim standardom. Sistem delodajalce spodbuja k temu, da od strokovnih organizacij na trgu kupujejo vzorčne izjave o varnosti, ki ne vsebujejo

realnih ocen tveganj, od izvajalcev medicine dela pa kupujejo minimalne zdravstvene preglede s ciljem čim cenejšega doseganja minimalne skladnosti s predpisi, v upanju, da jih to obvaruje pred visokimi kaznimi v primeru inšpekcije.

6. Vloga izvajalcev medicine dela v sistemu

Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu temelji na oceni tveganj za varnost in zdravje pri delu in na kontroli zdravja zaposlenih v smiselnih časovnih intervalih. Namen tega sistema je izvajati nadzor nad zakonsko obvezo delodajalcev, da zaposleni pri delu ne bi bili izpostavljeni okoliščinam, ki bi negativno vplivale na njihovo zdravje. Učinkovito spremljanje zdravstvenega stanja celotne zaposlene populacije s pomočjo nadzornih obdobnih pregledov zagotavlja vpogled v ustreznost varnostnih ukrepov delodajalca. Funkcija nadzornih pregledov v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je ugotavljanje dejanskih posledic izpostavljenosti tveganjem pri danem podjetju, primernost varnostnih ukrepov zajetih v izjavi za varnost in uspešnost njihove implementacije. Kontrolna vloga izvajalcev medicine dela je torej ključna za uspešno delovanje sistema, saj je to edina točka v sistemu, ki lahko zazna vpliv tveganj pri delu na zdravje delavcev in pokaže na pomanjkljivosti varnostnih ukrepov pri posameznih delodajalcih.

Vloga izvajalcev medicine dela je v sedanji normativni ureditvi urejena z ZVZD-1 in s Pravilnikom o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev iz česar je razvidno, da je vloga izvajalcev medicine dela opredeljena zelo ohlapno in minimalistično. ZVZD-1 opredeljuje vlogo izvajalcev medicine dela zgolj v enem, to je v 33. členu (točka 2): »Izvajalec medicine dela opravlja, odvisno od vrste dejavnosti delodajalca ter vrste in stopnje tveganj za nastanek nezgod pri delu, poklicnih bolezni in bolezni, povezanih z delom delavcev, zlasti naslednje naloge:

1. sodeluje pri izdelavi strokovnih podlag za izjavo o varnosti;
2. izvaja zdravstvene preglede delavcev iz 36. člena tega zakona;
3. seznanja delavce s tveganji, povezanimi z njihovim delovnim mestom in delovnim okoljem, ki lahko privedejo do funkcionalnih okvar, bolezni ali invalidnosti;
4. spremlja in analizira stanje v zvezi s poklicnimi boleznimi ter boleznimi, povezanimi z delom, ter odkriva vzroke;
5. pripravlja poročila za delodajalce glede na ugotovitve iz analiz zdravstvenega stanja delavcev, ugotovljenega na zdravstvenih pregledih, analiz funkcionalnih okvar, nezgod pri delu, poklicnih bolezni, bolezni, povezanih z delom, in delovne invalidnosti. Poročila morajo vsebovati tudi predloge izboljšav delovnega procesa z namenom dopolnitve ali nadgradnje ukrepov v zvezi z zdravjem pri delu;
6. sodeluje v procesu poklicne rehabilitacije ter svetuje pri izbiri drugega ustreznega dela;
7. sodeluje pri pripravi načrta delodajalca za dajanje prve pomoči ter sodeluje pri usposabljanju delavcev in delodajalcev za splošne in posebne ukrepe prve pomoči.«

Zakon sicer podaja pregleden in izčrpen seznam nalog, ki so za delodajalca obvezne. Vendar pa daje delodajalcu proste roke, da večino teh nalog enostavno zanemari. Kazenske določbe v 76. členu tega zakona namreč ne predvidevajo sankcij za opuščanje nalog izvajalcev medicine dela z izjemo druge točke, ki govori o izvajanju zdravstvenih pregledov delavcev. Sankcije delodajalca so izrecno opredeljene v 49. točkah 76. člena, vendar se le dve točki nanašata na izvajanje medicine dela. Zato ni čudno, da delodajalci teh nalog navadno niso pripravljeni naročati in plačati, saj od tega nimajo neposrednih koristi, delovna inšpekcija pa neopravljanja teh nalog zaradi 76. člena ne šteje za prekršek in zato ne izreka kazni. Edina obveznost

delodajalca je zagotavljanje zdravstvenih pregledov, kar določa 36. člen. Ker delodajalec na prostem trgu kupuje zdravstvene storitve, se v praksi vselej znova pokaže, da so od vseh nalog najpogosteje izbrani in plačani le obvezni zdravstveni pregledi.

6.1. Izvajanje zdravstvenih pregledov

Izvajanje zdravstvenih pregledov delavcev. Izvajanje zdravstvenih pregledov podrobneje ureja Pravilnik o preventivnih pregledih delavcev, ki je bil zadnjikrat dopolnjen leta 2006. Namen preventivnih pregledov je pojasnjen v 2. členu: "Preventivni zdravstveni pregledi se opravljajo zaradi varovanja življenja, zdravja in delovne zmožnosti delavca, preprečevanja nezgod in poškodb pri delu, poklicnih bolezni, bolezni v zvezi z delom in preprečevanja invalidnosti." Poleg zaščite delavca, je namen zdravstvenih pregledov tudi informacija delodajalcu o zmožnosti delavca za opravljanje določenega dela v delovnem okolju. Pravilnik predvideva tri vrste preventivnih pregledov, ki so:

- predhodni preventivni zdravstveni pregledi,
- usmerjeni obdobni preventivni zdravstveni pregledi,
- drugi usmerjeni preventivni zdravstveni pregledi.

Namen predhodnega preventivnega zdravstvenega pregleda je dvojen: kontrolni in svetovalni. Kontrolni vidik predhodnega pregleda je v ugotavljanju zdravstvenega stanja delavca pred prvo zaposlitvijo ali po enoletni prekinitvi opravljanja dela na določenem delovnem mestu. Predhodni pregled zabeleži zdravstveno stanje delavca in morebitne simptome poklicnih bolezni pred nastopom dela in s tem omogoča ugotavljanje sprememb zdravstvenega stanja delavca pri kasnejših obdobnih pregledih. Predhodni pregled zato varuje delodajalca pred odgovornostjo za poklicne bolezni, do katerih je pri delavcu prišlo pred zaposlitvijo pri tem delodajalcu.

Svetovalni vidik predhodnega pregleda pa je razviden iz določila 6. člena Pravilnika o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev, ki v sedmi točki ureja, da izvajalec medicine dela po predhodnem preventivnem pregledu, delodajalcu predloži zdravniško spričevalo, v katerem poda oceno izpolnjevanja posebnih zdravstvenih zahtev delavca za posamezno delovno mesto. Delodajalec iz zdravniškega spričevala izve, ali delavec izpolnjuje zdravstvene zahteve za določeno delovno mesto brez omejitev ali s specifičnimi omejitvami.

Funkcija usmerjenih obdobnih preventivnih zdravstvenih pregledov je nadzor nad zdravjem delavca in uspešnosti delodajalca pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu. S temi pregledi se periodično kontrolira zdravje delavca na vseh točkah izpostavljenosti kritičnim dejavnikom tveganja, ki jih določa izjava o varnosti z oceno tveganja delodajalca. Morebitno poslabšanje zdravja delavca, ki je v vzročni zvezi z izpostavljenostjo tveganjem nakazuje neuspešnost preventivnih ukrepov delodajalca. To je kontrolni vidik usmerjenih preventivnih pregledov. Svetovalni vidik obdobnih pregledov pa je v podajanju informacij delodajalcu o nadaljnjem izpolnjevanju zdravstvenih zahtev delavca za določeno delo. Od izvajalca medicine dela se pričakuje, da bo poleg ocene zmožnosti za delo delodajalcu podal tudi predloge za izboljšave na delovnem mestu.

V zvezi z izvajanjem zdravstvenih pregledov prilagamo tri opažanja. Prvič, vrsto, obseg, vsebino in roke usmerjenih obdobnih preventivnih zdravstvenih pregledov na podlagi 3. člena pravilnika določi delodajalec na predlog izvajalca medicine dela. To nekateri delodajalci razumejo kot pravico, da v pogajanjih s ponudniki storitev medicine dela skušajo vplivati na obseg in roke pregledov z namenom zniževanja cene. O razširjenosti teh praks govorijo ugotovitve inšpektorata za delo.

Bolj pomembno opažanje pa zadeva pretok informacij. Informacije o zdravstvenem stanju delavcev nikdar ne dosežejo delodajalca, saj je ta upravičen le do informacije o zmožnosti za delo na delovnem mestu z morebitnimi omejitvami. Ugotovitve iz preventivnih pregledov naj bi izvajalec medicine dela strnil v poročilo delodajalcu v obliki poročila skupaj s priporočili za dodatne ukrepe, vendar je to svetovalna dejavnost, ki je delodajalec navadno ni pripravljen plačati. Zato največkrat vse informacije ostanejo zgolj pri izvajalcu medicine dela, saj trenutno ni zunanje nadzorne instance, ki bi zbirala tovrstne podatke. Ugotovitve preventivnih zdravstvenih pregledov naj bi izvajalec medicine dela sporočil osebnemu zdravniku delavca, kadar ta to zahteva, vendar se to v praksi ne dogaja. Tudi kadar pride do prenosa podatkov na osebnega zdravnika, to nima učinka na delovanje sistema varnosti in zdravja pri delu, saj se podatki ne posredujejo regulacijskemu ali nadzornemu organu, ki bi na njih poklicno reagiral ampak se prelijejo v javni zdravstveni sistem, kjer osebni zdravnik prevzame diagnostiko in zdravljenje morebitnih bolezni. To pomeni, da podatki o zdravstvenem stanju in spremembah zdravstvenega stanja vseh delavcev v Sloveniji zastanejo pri izvajalcu medicine dela, kjer ostanejo zakopani v zdravstvene kartoteke. Teh informacij nihče ne ureja in obdeluje, na njih nihče ne reagira, zaradi česar je onemogočena kontrolna funkcija zdravstvenih pregledov.

Tretje opažanje zadeva odsotnost vsakršne pristojnosti izvajalcev medicine dela, da bi sprožili korektivne ukrepe pri delodajalcu. Delodajalec je avtonomen, izvajalec medicine dela pa je delodajalcu podrejen in omejen na svetovanje. Izvajalec medicine dela nima pooblastil sprožanja postopkov za odpravo pomanjkljivosti pri varovanju zdravja delavcev niti nima posebne dolžnosti in kanalov obveščanja nadzornih in regulacijskih institucij.

6.2. Vpetost izvajalcev medicine dela v sistem varnosti in zdravja pri delu

Sistem varnosti in zdravja pri delu po ZVZD-1 izvajalce medicine dela pušča izolirane na operativni ravni. Zakon predvideva tri relacije, ki jih izvajalci medicine dela vzpostavljajo z drugimi akterji v sistemu in izven njega in sicer: do delodajalca, do strokovnega delavca in do osebnega zdravnika v javnem zdravstvenem sistemu.

Sodelovanje s strokovnim delavcem. Ena od izrecnih nalog izvajalca medicine dela je sodelovanje pri izdelavi strokovnih podlag za izjavo o varnosti. Ta naloga je pomembna za izdelavo izjave o varnosti saj dopolnjuje strokovnega delavca predvsem pri opredelitvi tveganj za zdravje delavcev in pri določanju posebnih zdravstvenih zahtev za določena delovna mesta. Zato zakon v 35. členu izrecno vzpostavlja dolžnost sodelovanje med izvajalcem medicine dela in strokovnim delavcem. Vendar pa se v praksi dogaja, da delodajalci za to nalogo ne najemajo izvajalcev medicine dela, saj je na trgu mogoče dobiti vzorčne izjave o varnosti z oceno tveganj, ki bodisi ne vključujejo posebnih zdravstvenih zahtev ali pa so te opredeljene napačno. Po

ugotovitvah inšpekcijskih nadzorov je to ena najpogostejših ugotovljenih kršitev saj delodajalci pogosto zanemarijo to nalogo in zanjo ne poverijo izvajalcev medicine dela.

Sodelovanje z osebnim zdravnikom. Osebni zdravnik je zdravstveni delavec, ki je lociran v paralelnem zdravstvenem sistemu, ki je povsem ločen od sistema varnosti in zdravja pri delu. Zakon ne odreja nikakršnih posebnih oblik sodelovanja pač pa zgolj dopušča izmenjavo podatkov med izvajalcem medicine dela in osebnim zdravnikom pod posebnimi pogoji in ob vnaprejšnji privolitvi delavca. Določilo 3. in 4. točke 33. člena zakona je mogoče razumeti kot legalizacijo izmenjave podatkov ne pa kot priporočeno ali celo obvezno sodelovanje pri obravnavi delavca. V praksi do izmenjave podatkov pride praviloma le v postopkih pred invalidsko komisijo. Zakon torej izvajalca medicine dela pušča brez funkcionalnih povezav z javnim zdravstvenim sistemom.

Sodelovanje z delodajalcem. To je edina relacija, ki je v zakonu podrobneje opredeljena in je bila opisana že zgoraj. Ta relacija se vzpostavlja preko sklepanja pogodb o izvajanju zdravstvenih storitev na nereguliranem trgu, kar daje delodajalcu moč, da izvajalcu medicine dela diktira pogoje sodelovanja.

Te tri relacije zagotavljajo zgolj šibko vpetost izvajalca medicine dela v sistem varnosti in zdravja pri delu. Relacija s strokovnim sodelavcem je šibka ali neobstoječa, relacija do osebnega zdravnika pa je še šibkejša, saj gre zgolj za dovoljenje za izmenjavo podatkov. Edina otipljiva relacija je do delodajalca, ki pa je asimetrična, saj v njej pogosto prevladuje delodajalec. To se ne zgodi zgolj zaradi sklepanja tržnih pogodb, temveč zaradi izoliranosti izvajalca medicine dela od drugih akterjev v sistemu. Izvajalec medicine dela je trdno povezan zgolj na operativni ravni, zato v sistemu ne more odigrati nadzorne vloge.

6.3. Kritična točka poklicnih bolezni

Medicina dela sestoji iz svetovalne in nadzorne funkcije. Svetovalno funkcijo realizira s spremljanjem zdravstvenega stanja delavcev ter bolezni povezanih z delom in s svetovanjem delodajalcu glede preventivnih ukrepov. Nadzorno funkcijo pa izvaja prek ugotavljanja simptomov poklicnih bolezni. Čeprav nekateri štejejo nadaljnje ugotavljanje izpolnjevanja posebnih zdravstvenih pogojev kot del zdravstvenega nadzora, avtorji menimo, da gre zgolj za svetovalno delo, saj izvajalci medicine dela delodajalcu lahko podajo zgolj priporočila in nasvete v zvezi s posebnimi zdravstvenimi pogoji. Nimajo pa nikakršnih pooblastil, da bi se lahko neposredno seznanili z upoštevanjem svojih nasvetov pri delodajalcih. To lahko opravi le inšpektorat za delo, ki na tej točki opazi pogoste kršitve zaradi neupoštevanja priporočil izvajalcev medicine dela. »Trenutek resnice« pri nadzoru nad delodajalci nastopi torej šele pri ugotavljanju posledic, ki pokažejo ali so bili ukrepi za varnost in zdravje pri delu dovolj učinkovito in dosledno upoštevani, da v času zaposlitve delavca pri njem ni prišlo ne do poškodb ne do poklicnih bolezni. Zato je nedvomno najpomembnejša naloga izvajalcev medicine dela spremljanje in analiza stanja v zvezi s poklicnimi boleznimi, ter odkrivanje vzrokov.

Pri tej nalogi pa so izvajalci medicine dela skoraj povsem onemogočeni. Razlog za to je sistemske narave. V Sloveniji namreč še ni vzpostavljen sistem za ugotavljanje in potrjevanje poklicnih bolezni. Trenutno je v veljavi Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni iz leta 2003, ki

ne določa postopka verifikacije niti ne določa, da naj bi se za ta namen smiselno uporabljal Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Sklicevanje, da obstoj postopka pred invalidskimi komisijami ustrezno zapolnjuje vrzel zaradi odsotnosti postopka potrjevanja poklicnih bolezni, je neustrezno. Pred invalidsko komisijo nastopa delavec, ki nosi dokazno breme, invalidske komisije pa pred delavcem »branijo« invalidsko in pokojninsko blagajno. To pa je v popolnem nasprotju z ZVZD-1, ki odgovornost izrecno nalaga delodajalcu in ne delavcu, zato je postopek pred invalidsko komisijo povsem neustrezen, kadar pa se uporablja za ugotavljanje poklicnih bolezni, pa pomeni tudi izrecno kršitev zakonodaje in pravic delavcev. Osnutek pravilnika je bil oktobra 2017 obravnavan na Ekonomsko socialnem svetu. Leta 2018 je MZ sicer dalo v javno razpravo Pravilnik o poklicnih boleznih, ki določa prenovljen seznam priznanih poklicnih bolezni in prvič v Sloveniji določa postopek ugotavljanja in verifikacije poklicnih bolezni. Vendar pa nov pravilnik še vedno ni sprejet.

Odsotnost sistema poklicnih bolezni ni zgolj manjša pomanjkljivost pač pa centralna točka, na kateri stoji in pade vertikala zdravstvenega nadzora delavcev. Da bi lahko izvajalec medicine dela opravljal nalogo spremljanja in analize stanja v zvezi s poklicnimi boleznimi, mora biti vpet v sistem ugotavljanja, priznavanja, spremljanja in preprečevanja poklicnih bolezni. Brez vpetosti v tak sistem izvajalec medicine dela ne more opravljati nadzorne funkcije, njegovo delo pa se reducira zgolj na svetovalno funkcijo. Delodajalec namreč nosi materialno odgovornost zgolj za povzročene poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Da bi razumeli, zakaj odsotnost ureditve ugotavljanja in verifikacije poklicnih bolezni v Sloveniji onemogoča, da bi izvajalci medicine dela odigrali svojo vlogo, je pomembno sedanje stanje analizirati v kontekstu priporočil EU. Evropska komisija je v svojem Priporočilu 2003/670/EC v prvem členu predvidela deset elementov, ki so potrebni za uspešno reševanje problema poklicnih bolezni:

1. Verifikacija poklicnih bolezni
2. Kompenzacija delavcev
3. Preventiva
4. Zastavljanje specifičnih ciljev
5. Evidentiranje in poročanje
6. Epidemiologija poklicnih bolezni
7. Raziskovanje
8. Diagnoze
9. Statistika
10. Ozaveščanje

Verifikacija. Pri korak je ugotavljanje in verifikacija poklicnih bolezni. V pogojih pomanjkljivega ugotavljanja sumov na poklicne bolezni in ovir pri njihovi verifikaciji ni mogoče začeti z vzpostavljanjem sistema poklicnih bolezni. Čeprav imamo usposobljene specialiste medicine dela in izdelane kriterije za najpogostejše poklicne bolezni, pa je v Sloveniji ta trenutek izjemno težko izpeljati verifikacijo poklicnih bolezni saj po 28 letih še nismo normirali procesa verifikacije poklicnih bolezni in še čakamo na sprejem novega Pravilnika o poklicnih boleznih.

Kompenzacija. Kompenzacija delavcev za poklicne bolezni je urejena samo za bolezni povezane z azbestom, kar je urejeno s posebnim zakonom. Za vse druge poklicne bolezni pa lahko delavci pričakujejo kompenzacijo iz invalidske in pokojninske blagajne. V kolikor invalidska komisija ZPIZ prizna obstoj poklicne bolezni je delavec upravičen do nadomestila do polne plače s strani delodajalca. Odškodnino pa lahko poizkusi izterjati prek sodišča. Le štiri države članice nimajo posebnih kompenzacijskih shem za poklicne bolezni. Poleg Slovenije v to skupino spadajo še Estonija, Grčija in Madžarska. Kompenzacija je integralni del sistema ne le zaradi pozitivne socialno varstvene funkcije za delavca pač pa zaradi punitivne funkcije za delodajalca. Delodajalec, ki mu grozi izplačilo odškodnine delavcu direktno ali indirektno prek diferencirane zavarovalne premije, ima ekonomsko spodbudo za izboljšanje preventivnih ukrepov.

Preventiva. Dosledno ugotavljanje in verifikacija poklicnih bolezni je nujni pogoj, kompenzacija pa zadostni pogoj za razvoj in implementacijo boljših preventivnih ukrepov za preprečevanje poklicne patologije. Odsotnost obojega nakazuje na škodljivo zaostajanje slovenskega sistema varnosti in zdravja pri delu, saj z zamujanjem urejanja poklicnih bolezni dopušča obolevanje novih generacij delavcev na istih delovnih mestih, ki ostajajo nezaščitena.

Zastavljanje specifičnih ciljev. Nacionalni program na področju varnosti in zdravja pri delu ne more vsebovati specifičnih ciljev brez sistematičnega in neoviranega ugotavljanja in verifikacije poklicnih bolezni. Zato ključni strateški dokument za cilj postavlja zgolj zmanjšanje poškodb in zmanjšanje dni upravičene odsotnosti z dela, saj o tem razpolaga s podatki, medtem ko teh ciljev ne more zastaviti za poklicne bolezni. Nezmožnost zastavljanja specifičnih ciljev ima za posledico slabo alokacijo virov za izboljšanje položaja na področju varnosti in zdravja pri delu, saj ni mogoče izvajati usmerjenih akcij temveč se je potrebno zadovoljiti s splošnim ozaveščanjem. Stagnacija na področju varnosti in zdravja pri delu, ki jo ugotavlja nacionalni program, je v veliki meri rezultat nezmožnosti oblikovanja specifičnih ciljev in merjenja njihovega doseganja zaradi odsotnosti spremljanja poklicnih bolezni.

Evidentiranje in poročanje. Kvalitetni podatki so odvisni od postopkov evidentiranja in poročanja. Slovenija ima trojni sistem evidentiranja in sicer na podlagi prijav poklicnih bolezni s strani delodajalca, na podlagi podatkov osebnih zdravnikov o upravičeni odsotnosti z dela in na podlagi ugotovitev invalidskih komisij ZPIZ. Najbolj ustrezen se zdi predlog KIMDPŠ, ki meni, da bi morali evidentirati poklicne bolezni, primere sumov na poklicne bolezni in bolezni povezane z delom. Odprto vprašanje pa ostaja mesto zajemanja teh podatkov. Dosedanja praksa kaže, da so podatki, ki se zajemajo na treh različnih mestih, nepopolni in nezanesljivi. Vprašanje evidentiranja in poročanja je ključno za delovanje sistema, saj predstavlja osnovo za kvalitetne podatke na podlagi katerih je mogoče usmerjanje sistema varnosti in zdravja pri delu ter načrtovanje preventive.

Epidemiologija. Vsaka država bi morala vzpostaviti informacijski sistem, ki bi omogočal spremljanje incidence in prevalence poklicnih bolezni. Epidemiološke podatke bi morali povezati z zdravstvenimi tveganji na delovnih mestih. Poleg sumov na poklicne bolezni in potrjenih primerov, je smiselno vključiti tudi podatke iz nadzornih zdravstvenih pregledov in podatke o boleznih povezanih z delom, podatke o izpostavljenosti delavcev in druge podatke iz

zdravstvenega in socialno varstvenega sistema. Epidemiološko spremljanje poklicnih bolezni omogoča uvid v dogajanje, ter načrtovanje in ukrepanje.

Raziskovanje. Del sistema predstavlja tudi usmerjeno raziskovanje bolezni povezanih s poklicno dejavnostjo. Države, ki imajo dobro delujoč sistem poklicnih bolezni lahko na podlagi epidemioloških podatkov identificirajo kritične točke in oblikujejo raziskovalne prioritete. Te so še posebej pomembne pri opredeljevanju novih poklicnih bolezni v novih delovnih okoljih.

Diagnoze. Na tem področju je KIMDPŠ v veliki meri opravil svojo nalogo. Publikacije o smernicah za posamezne poklicne bolezni so široko dostopne vsem (tudi tistim izven medicinske stroke), da se lahko seznanijo z enotno strokovno medicinsko doktrino na področju verifikacije poklicnih bolezni.

Statistika. Vključitev poklicnih bolezni v redno statistično spremljanje omogoča primerjave med državami članicami EU in spodbuja analize in interes za prenos dobrih praks med državami.

Ozaveščanje. Zadnji element celovitega sistema poklicih bolezni je ozaveščanje različnih skupin o nevarnostih za poklicne bolezni in njihovem preprečevanju. Temu Slovenija posveča večjo pozornost, kar je razvidno iz veljavne Resolucije o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu.

Vseh deset elementov skupaj sestavlja celoto, ki omogoča obvladovanje poklicnih bolezni. Napori izvajalcev medicine dela pri ugotavljanju poklicnih bolezni nimajo pravega pomena brez dostopnega, profesionalnega in učinkovitega procesa verifikacije poklicnih bolezni, kompenzacije delavcev s poklicno boleznijo, ki motivira delodajalce k izboljšanju preventivnih ukrepov, zajemanja, urejanja in analize podatkov o poklicnih boleznih in njihovega epidemiološkega spremljanja. Tudi strokovni del sistema sam po sebi ni dovolj za obvladovanje poklicih bolezni. Raziskovanje, strokovno usposabljanje in izdelava strokovnih smernic in kriterijev verifikacije so brez pomena, če v sistemu manjkajo številni drugi elementi, kot je na primer postopek verifikacije poklicnih bolezni.

V slovenskem primeru ugotavljamo, da je strokovni del sistema dobro razvit in profesionalen, medtem ko so drugih elementov sploh nimamo. Strokovni sistem sestavljajo izvajalci medicine dela, ki imajo specializacijo medicine dela in v katerih profesionalnost zaradi rigoroznega usposabljanja ni mogoče dvomiti. Odgovornost za razvoj stroke in medicinske doktrine na področju medicine dela pa nosi KIMDPŠ. Ta je leta 2009 izdal serijo publikacij pod krovnim naslovom Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji (Dodič Fikfak in Črnivec 2009) in jo dal v široko uporabo tako specialistom medicine dela kot vsem drugim zainteresiranim osebam. S tem je poskrbel za izdelavo smernic s katerimi je vzpostavil enotno strokovno doktrino na področju verifikacije poklicnih bolezni in jo uskladil s temeljnim strokovnim dokumentom Evropske komisije »Information notices on diagnosis of occupational diseases: a guide to diagnoses« iz leta 2009. S tem so izvajalci medicine dela dobili kvalitetno strokovno podlago, s pomočjo katere lahko za posamezno poklicno bolezen izdelajo klinično sliko, uvedejo ustrezno diagnostiko, predpišejo zdravljenje in pripravijo dokumentacijo za verifikacijo poklicnih bolezni po specifičnih kriterijih.

Razvitost strokovnega dela pa ni dovolj brez ustrezne organizacije sistema. Ta pa je v Sloveniji povsem neustrezen, saj v 28 letih še vedno ni bil vzpostavljen pregleden in dostopen proces verifikacije poklicnih bolezni. Izvajalci medicine dela imajo strokovno usposobljenost in strokovne podlage za ugotavljanje in verifikacijo poklicnih bolezni, vendar tega zaradi pomanjkljive zakonodaje ne morejo izvajati. Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni, ki je trenutno v veljavi, namreč ne določa postopka verifikacije. V pravni praznini si medicina dela skuša pomagati z improvizacijo postopkov in neformalnim dogovarjanjem. To je fenomen, ki kaže na konflikt med sistemom, ki ne zmore preseči institucionalnega kaosa in profesijo, ki v sklopu profesionalne etike skuša vzpostaviti mehanizme, ki bi uresničili njihovo profesionalno poslanstvo.

Tako se danes uporablja sistem za odkrivanje, verifikacijo in registracijo poklicnih bolezni, ki ga je KIMDPŠ predlagal v kontekstu pravne praznine. Predlog tega sistema je bil objavljen v sklepnem delu uvodnega poglavja publikacije KIMDPŠ »Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji« (Dodič Fikfak in Črnivec 2009: 10). Da bi stroka lahko opravljala svoje delo, si je sama zamislila proces, ki po našem vedenju ni nikjer predpisan, a se ga vseeno uporablja. V grobem poteka v 6 korakih:

1 *Sum na poklicno bolezen.* Začetek procesa je sum na poklicno bolezen, na katero delavca opozori kdorkoli predvsem pa delodajalec, predstavnik delavcev, strokovni delavec, osebni zdravnik ali zdravnik drugih specialnosti.

2 *Napotitev na usmerjeni zdravstveni pregled k izvajalcu medicine dela*. Delodajalec, strokovni delavec ali predstavnik delavcev napotijo delavca k izvajalcu medicine dela.

3 *Dokazovanje utemeljenosti suma na poklicno bolezen.* Izvajalec medicine dela izdela klinično sliko in delavca pošlje na dodatne diagnostične preglede. Na podlagi izvidov se odloči o utemeljenosti suma na poklicno bolezen.

4 *Odločitev delodajalca ali delavca, da sproži postopek verifikacije na KIMDPŠ*. Če je sum na poklicno bolezen utemeljen, izvajalec medicine dela pripravi dokumentacijo z izvidi in jo pošlje delavcu in delodajalcu. Delodajalec se lahko odloči, da delavca napoti na KIMDPŠ. Delavec lahko sam sproži postopek verifikacije poklicne bolezni. V prvem primeru nosi stroške verifikacije delodajalec v drugem pa delavec.

5 *KIMDPŠ verificira poklicno bolezen*. KIMDPŠ po lastni presoji izvede dodatne preglede in odloči o verifikaciji poklicne bolezni.

6 *KIMDPŠ obvesti vlagatelja in evidentira poklicno bolezen v javnem registru*. KIMDPŠ obvesti vlagatelja in pošlje prijavo republiškemu Registru poklicnih bolezni, sumov na poklicne bolezni in z delom povezanih bolezni.

Priporočilo sistema odkrivanja, verifikacije in registracije poklicnih bolezni s strani Kliničnega inštituta rešuje predvsem vprašanje, kdo v Sloveniji naj verificira poklicne bolezni in kako sume na poklicne bolezni pripeljati do KIMDPŠ, ki je strokovni presojevalec. Priporočilo kliničnega inštituta pa seveda ne more nadomestiti pravnega predpisa, saj je mogoče le z zakonom in podzakonskimi akti utemeljiti in uravnotežiti pravice in obveznosti delavca in delodajalca. Priporočilo ne more izvajati prisile in sankcionirati ravnanj udeležencev, lahko pa ponudi pragmatične rešitve, ki zagotavljajo strokovnost odločanja.

Izvajalci medicine dela skušajo slediti temu procesu vendar v praksi pogosto naletijo na ovire. Delodajalci, med katerimi so tudi v odnosu do poklicnih bolezni velike razlike, redko opozarjajo delavca na sum poklicnih bolezni. Simptome, ki kažejo na poklicne bolezni navadno opazijo izvajalci medicine dela na obdobnih pregledih ali pa osebni zdravnik. Pri dokazovanju suma naletijo na odpor delodajalcev, ki niso pripravljeni nositi stroškov za dodatne diagnostične postopke, še posebej v primerih poklicnih bolezni, za katere nosijo materialno odgovornost. Delodajalec ni zainteresiran, da bi plačeval postopke dokazovanja in verifikacije poklicnih bolezni, saj bi s tem škodil samemu sebi. Če ne pride do verifikacije poklicne bolezni, se strošek zdravljenja delavca prenese na zdravstveno blagajno, posledice omejene zmožnosti za delo nosi delavec in pokojninska blagajna, delodajalec pa je brez posledic. Izvajalci medicine dela zato lahko zgolj predlagajo delavcu obisk pri osebnem zdravniku, ki lahko napoti delavca na diagnostične preglede v breme ZZZS. Osebni zdravniki to sprejemajo z nejevoljo, saj se soočajo z omejitvami ZZZS pri napotovanju na specialistične preglede.

Kadar izvajalec medicine dela uspešno dokaže utemeljenost suma na poklicno bolezen o tem obvesti delavca in delodajalca. Delodajalci niso dolžni sprožiti postopka verifikacije. ZVZD-1 jih namreč zavezuje le, da inšpektoratu sporočijo podatke delavca, ki ima odločbo o potrjeni poklicni bolezni (41. člen). To je tudi edini primer ko ZVZD-1 omenja besedno zvezo »poklicna bolezen«. Sprožanje postopkov verifikacije poklicnih bolezni ni v interesu delodajalcev, zato delavcem ne preostane drugega, kot da tak postopek sprožijo sami, kar pa jih finančno bremeni. Stroški verifikacije znašajo nad 1000 €, kar je močna ovira tudi za delavca. Izvajalec medicine dela je pri tem povsem nemočen. Na delodajalca lahko skuša vplivati zgolj s strokovnimi utemeljitvami in priporočili. Predlagani postopek se konča z odločitvijo KIMDPŠ glede verifikacije poklicne bolezni. S tem se proces strokovne verifikacije zaključi. To pa ne rešuje vprašanja nadaljnjih postopkov za uveljavljanje pravic delavca. Delavec lahko z odločitvijo KIMDPŠ od delodajalca zahteva upoštevanje omejitev zmožnosti za delo v povezavi s poklicno boleznijo. Najpogosteje se delavec obrne na invalidsko komisijo ZPIZ za priznanje invalidnosti. Od delodajalca pa lahko zahteva odškodnino, ki jo mora izterjati prek sodišč.

Priporočeni sistem KIMDPŠ torej le delno naslavlja problem poklicnih bolezni in sicer v strokovnem delu verifikacije. Ta sistem bo potrebno dopolniti s pravicami in dolžnostmi delavca in delodajalca ter s postopki, ki bodo povečali dostopnost sistema verifikacije poklicnih bolezni, omogočili kompenzacijo delavcev in izboljšali kvaliteto in zanesljivost podatkov v javnih evidencah poklicnih bolezni.

Ovire, s katerimi se izvajalci medicine dela srečujejo v praksi, jim dejansko onemogočajo profesionalno delo. Delodajalec, ki jim odreče izvajanje diagnostičnih postopkov za dokazovanje utemeljenosti suma poklicnih bolezni, jih s tem dejansko tudi onemogoči pri profesionalnem opravljanju svojega dela. Zaradi pomanjkanja pristojnosti je onemogočena nadzorna funkcija izvajalcev medicine dela, zato je njihovo delo večinoma le svetovalne narave.

Posledice zanemarjanja pravnega urejanja področja poklicnih bolezni so zelo resne na več ravneh. Za delavca to pomeni, da ne more uveljavljati pravic, ki jim jih zagotavljajo zakon in drugi predpisi o invalidskem in zdravstvenem zavarovanju poškodb pri delu in poklicnih bolezni (edina izjema so poklicne bolezni zaradi izpostavljenosti azbestu). Za delodajalca to pomeni veliko olajšavo, saj neodkrite poklicne bolezni delodajalca razbremenjujejo

odškodninske odgovornosti za povzročitev poklicnih bolezni in stroškov zdravljenja. Za delovno populacijo to pomeni povečano tveganje, saj neodkrite poklicne bolezni dovoljujejo, da se delo izvaja v pogojih pomanjkljivih preventivnih ukrepov, kar povzroča nadaljnja obolevanja, ki bi jih sicer bilo mogoče preprečiti.

Za izvajalce medicine dela pa to postavlja pod vprašaj smiselnost vloge, ki jo igrajo pri zagotavljanju varnosti in zdravja pri delu. Izvajalec medicine dela lahko izvaja le svetovalno funkcijo in še to v okrnjeni obliki, medtem ko je zaradi ovir, s katerimi se srečuje pri poklicnih boleznih, onemogočen pri izvajanju kontrolne funkcije. Na podlagi zdravstvenih pregledov lahko ugotavlja le morebitne omejitve zmožnosti za delo posameznega delavca. Ne more pa izvajati kontrolne funkcije z nadzorom nad zdravjem delavcev, saj za dodatne diagnostične postopke in za verifikacijo poklicnih bolezni potrebuje dovoljenje delodajalca. Sami rezultati zdravstvenih pregledov nimajo večje teže, saj izvajalec medicine dela nima pooblastil, da bi samostojno sprožil dokazovanje utemeljenosti suma na poklicno bolezen. Rezultate lahko izvajalec medicine dela sicer strne v poročilo in predlaga poostritev preventivnih ukrepov, vendar pa gre poročilo delodajalcu, ki je popolnoma avtonomen pri tem, ali bo tako poročilo upošteval ali ne. Tako poročilo je za delodajalca brez posledic saj ima naravo svetovalne dejavnosti. Ker teh poročil delodajalec običajno niti ne zahteva, jih izvajalci medicine dela le redko pripravljajo.

Delodajalec nosi odgovornost le v primeru poškodb pri delu in v primeru verifikacije poklicnih bolezni. Za bolezni pri delu in druge bolezni pa delodajalec ne odgovarja. Zato se izvajalci medicine dela, ki želijo ugotavljati pojav poklicnih bolezni, hitro znajdejo v konfliktu interesov: ali naj izvajajo nadzorno funkcijo in s tem vzbudijo nejevoljo delodajalca, ki lahko prekine pogodbo o sodelovanju z izvajalcem medicine dela, ali pa opusti profesionalno dolžnost nadzora nad pojavljanjem poklicnih bolezni in se omeji na svetovalno funkcijo. Ker pa je sedanji sistem izvajalca medicine postavil v podrejeno vlogo delodajalcu in ga institucionalno osamil do te mere, da svoje ugotovitve posreduje le delodajalcu, je nezmožnost ugotavljanja poklicnih bolezni pod vprašaj postavila smiselnost izvajanja zdravstvenih pregledov delavcev, saj se vse ugotovitve o zdravstvenem stanju delavcev ustavijo pri delodajalcu, ki ni obvezan upoštevati teh informacij. Zato se v praksi pogosto dogaja, da ugotovitve izvajalca medicine dela na varnost in zdravje pri delu nimajo nobenega vpliva, saj brez nadzornega mehanizma poklicnih bolezni delodajalec nima dolžnosti uvajanja dodatnih preventivnih ukrepov, ki bi varovali zdravje delavcev. Brez ugotavljanja poklicnih bolezni izvajalci medicine dela tako delajo »v prazno«. Vloga izvajalcev medicine dela je torej skrčena na svetovanje delodajalcem glede delazmožnosti delavcev. Izvajanje medicine dela v sedanjem sistemu varnosti in zdravja pri delu, ki izvajalcu medicine dela daje marginalno vlogo brez avtonomnih vzvodov za ugotavljanje poklicnih bolezni, je po našem mnenju močno okrnjeno.

Ugotavljamo, da je izvajalec medicine dela v sedanjem sistemu:

- postavljen v podrejen položaj na trgu kot ponudnik storitev, kjer delodajalec s pogajanji za čim nižjo ceno skuša kupiti najnižjo sprejemljivo raven zdravstvenih storitev;
- postavljen v nemogoč položaj navzkrižnih interesov, ker je po zakonu dolžan spremljati in analizirati stanje v zvezi s poklicnimi boleznimi ter boleznimi, povezanimi z delom,

ter odkrivati vzroke, vendar je brez vzvodov za ugotavljanje poklicnih bolezni, kar pomeni, da mora spremljati nekaj, česar ne more ugotavljati;

- postavljen v podrejen položaj svetovalca v odnosu do delodajalca pri prevajanju ugotovitev o zdravstvenem stanju delavca v dodatne preventivne ukrepe delodajalca;
- izoliran v sistemu varnosti in zdravja pri delu, saj mu sistem ne omogoča, da bi svoje ugotovitve posredoval nadzornim ali upravljavskim organom v sistemu; edina predvidena komunikacija je z osebnim zdravnikom delavca.

Menimo, da izvajanje dejavnosti medicine dela, kot jo predvideva sedanji sistem varnosti in zdravja pri delu v ZVZD-1, postavlja pod vprašaj smiselnost njene vloge pri delodajalcih, saj ji predpisi onemogočajo izvajanje nadzorne funkcije, v njeni odsotnosti pa svetovalna funkcija nima pomembnega učinka.

Ker je pomen varnosti in zdravja pri delu nacionalni interes v Sloveniji, je po našem mnenju sedanja ureditev disfunkcionalna do te mere, da je potrebna takojšnje prenove. Sistem, tak kot je, ne more uresničevati namena, ki je zagotavljati varnost in zdravje pri delu, ki je z zakonom utemeljena pravica delavca. Menimo tudi, da je sedanja ureditev v neskladju z direktivo EU, ki jo ZVZD-1 pomanjkljivo implementira.

7. Ovrednotenje izvajanja dejavnosti medicine dela: analiza sistema in predlogi za spremembe

Ovrednotenje izvajanja dejavnosti medicine dela je potrebno opraviti v kontekstu institucionalne vpetosti v sistem varnosti in zdravja pri delu. V prejšnjih poglavjih smo si ogledali sestavne dele tega sistema, specializacijo funkcij posameznih delov, njihovo komplementarnost in nekatere kritične relacije. V tem poglavju bomo kritično ovrednotili integracijo sistema in primernost povratnih informacijskih zank v sistemu. Pri tem bomo zasledovali osrednje vprašanje in sicer: ali in do katere mere sistem omogoča uspešno zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu? Integracija sistema je lastnost, ki omogoča, da posamezni deli sistema skladno delujejo v smeri uresničevanja namena sistema, ki je varnost in zdravje pri delu. Povratne informacijske zanke pa so povezave med deli sistema, ki omogočajo prepoznavanje uspešnosti sistema pri uresničevanju njegovega namena in zgodnje zaznavanje problemov, kar omogoča odločanje in načrtovanje korektivnih ukrepov.

7.1. Ovrednotenje sistema izvajanja dejavnosti medicine dela

Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je utemeljen na dveh stebrih nadzora. Prvi se osredotoča na ocenjevanje tveganj v delovnem okolju in določanju preventivnih varnostnih ukrepov, s katerimi se preprečuje nezgode pri delu in okvare zdravja delavcev zaradi direktnega vpliva dela, ki ga opravljajo. Drugi steber pa predstavlja medicina dela, ki skrbi za zdravstveni nadzor nad delavci oziroma nad njihovim zdravjem. Namen obeh stebrov je prisiliti delodajalca, da poskrbi za varno in zdravju neškodljivo organizacijo dela ter izvajati nadzor nad delodajalcem glede sprejemljivosti tveganj, ustreznosti preventivnih ukrepov in ohranjanja zdravja delavcev.

Slika 1 podaja trenutno ureditev sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu kot ga normira ZVZD-1. Osrednja točka sistema je delodajalec, ki mora zagotoviti varnost in zdravje pri delu s tem, da oceni tveganja in v izjavi o varnosti predvidi preventivne ukrepe. Hkrati pa mora delavce podvreči zdravstvenemu nadzoru, kjer se preverja, ali se pri delavcih kažejo znaki poklicnih bolezni in se ugotavlja zmožnost za delo. Prvo strokovno funkcijo nadzora nad tveganji opravljajo strokovni delavci, ki imajo opravljen strokovni izpit. Večji delodajalci, predvsem v predelovalnih dejavnostih, praviloma zaposlujejo strokovne delavce, manjši delodajalci pa te storitve pogodbeno izvajajo prek kvalificiranih ponudnikov na trgu storitev.

7.1.1. Prvi nadzorni steber: varnost pri delu

V sistemu so strokovni delavci v podrejenem položaju do delodajalca. Zaposleni strokovni delavci so vpeti v organizacijsko hierarhijo, pogodbeni izvajalci pa so delodajalcu podrejeni prek pogodb o izvajanju storitev. Zakon izrecno določa, da strokovni delavci za svoje delo odgovarjajo delodajalcu, ki ima proste roke pri ocenjevanju tveganj, odločanju o njihovi sprejemljivosti in pri sprejemanju preventivnih ukrepov. Strokovni delavci so delodajalcu podrejeni. Zato ne morejo odigrati funkcije nadzora nad delodajalci. Lahko odigrajo le svetovalno funkcijo. To predstavlja zamujeno priložnost, saj je vsak delodajalec dolžan izdelati izjavo o varnosti z oceno tveganj in pri tem vključiti strokovne delavce. Če bi strokovni delavci

v samem procesu ocenjevanja tveganj in načrtovanju preventivnih ukrepov lahko odigrali nadzorno funkcijo, potem bi lahko dosegli visoko raven zavedanja tveganj in načrtovanja ukrepov pri vsakem delodajalcu. Ker pa je strokovni delavec podrejen delodajalcu, pa so po ocenah Inšpektorata za delo v 50% izjave o varnosti in ocene tveganj neustrezne dejanskim razmeram pri delodajalcih.

Sistem strokovnim delavcem ne daje avtonomije in moči, da bi izvajali nadzor nad ocenjevanjem tveganj in preventivnih ukrepov. Zakon celo predvideva možnost prenosa nalog s področja varnosti in zdravja na management, ki sme prevzeti naloge vodenja in zagotavljanja varnosti pri delu po opravljenem splošnem delu strokovnega izpita. S tem določilom se močno poenostavi izvajanje teh nalog v malih in mikro podjetjih, vendar pa gre to na račun nadzora nad delodajalci.

Strokovnim delavcem v tem sistemu ni omogočeno izvajanje nadzorne funkcije. Nadzorna funkcija je v celoti prenesena na Inšpektorat RS za delo. Ta ima široke pristojnosti nadzora, pri čemer je njegova vloga nadzorno svetovalne narave. IRSD namreč na področju varnosti in zdravja pri delu izda največ ureditvenih odločb s katerimi nalaga delodajalcu izvedbo ukrepov, s katerimi bo dosegel skladnost s predpisi. Vendar pa so pristojnosti inšpektorata zadostne, da lahko uspešno izvaja nadzorno funkcijo. Osnovni problem prenosa nadzorne funkcije na inšpektorat je v omejenem obsegu pregledanih poslovnih subjektov. Ker inšpektorat pregleda letno približno 3% vseh delodajalcev je njegova nadzorna funkcija močno omejena. To ni posebnost IRSD temveč se enak problem pojavlja povsod, kjer se nadzor reducira na izvajanje inšpekcijskih pregledov. Koncept inšpekcije je namreč zasnovan kot nadzor nad nadzorniki, zato nanj ni mogoče prenesti celotnega bremena nadzora v sistemu in ga umestiti kot edino točko nadzora v sistemu. Nadzor bi se moral vršiti že na operativni ravni, in sicer pri delodajalcu prek ocenjevanja tveganj in izvajanja zdravstvenih pregledov. Vendar je zakon prezrl to priložnost s tem, ko je izvajanje nalog varnosti in zdravja pri delu sistemsko podredil delodajalcu.

Inšpektorat je organ v sestavi Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. Njegova institucionalna umeščenost v MDDSZ zagotavlja relacijo med IRSD in upravljavsko ravnijo tj. ministrstvom, ki je eden od regulatorjev na tem področju. Vendar pa je zaradi svoje umeščenosti kot organ v sestavi regulatorja pravzaprav del regulacijske in ne povezovalno managerske ravni. Kljub vsemu lahko ugotovimo, da je nadzorni steber varnosti pri delu vsaj šibko integriran od »vrha do tal«: obstajajo vsaj šibke povezave med regulacijsko in operativno ravnijo, čeprav na povezujoči ravni ni ustreznega akterja. Zakon torej vzpostavlja vertikalo nadzora, ki teče od Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve (MDDSZ) prek IRSD vse do delodajalca. Slika 1 v desnem delu kaže na obstoj vertikalne povezanosti nadzornega stebra varnosti pri delu.

Iz slike pa je razvidna tudi edina povratna informacijska zanka, ki poteka med Inšpektoratom in delodajalci. Inšpektorat je edini udeleženec v celotnem sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu, ki pridobiva podatke neposredno od delodajalcev. Zakon predvideva, da podatke o nezgodah pri delu na Inšpektorat pošilja delodajalec. Druge podatke pa inšpektorat pridobi tekom nadzornih pregledov delodajalcev. Ugotovitve pri delodajalcu so osnova za korektivne ukrepe, ki jih inšpektorji naložijo delodajalcu v primeru odstopanj od predpisanih

mehanizmov varnosti in zdravja pri delu. Ker pa so letno pregledani le 3% delodajalcev, so ti podatki močno pomanjkljivi. Podatki so dostopni prek letnih poročil Inšpektorata.

Tudi z vidika podatkov se torej pokaže problem nadomeščanja nadzorne in inšpekcijske funkcije. Ker je zanemarjena kontrolna funkcija na operativni ravni tj. pri delodajalcu, se podatki ne zbirajo pri viru. Edini podatki na podlagi katerih se upravlja celotni sistem varnosti in zdravja pri delu so podatki, ki jih zbere IRSD in ki so močno pomanjkljivi.

7.1.2. Drugi nadzorni steber: zdravje pri delu

Drugi steber na katerem temelji sistem varnosti in zdravja pri delu predstavlja zdravstveni nadzor nad zdravjem delavcev. To funkcijo izvajajo izvajalci medicine dela, katerih storitve delodajalci vselej kupijo na nereguliranem trgu storitev. Tudi izvajalci medicine dela so v podrejenem položaju do delodajalca. Zaradi proste konkurence na trgu lahko delodajalci diktirajo vsebino in število zdravstvenih pregledov s ciljem zniževanja stroškov zdravstvenih storitev. Zato se cene zdravstvenih storitev razlikujejo tudi do 50%, frekvenca obdobnih pregledov je za ista tveganja lahko močno različna, vsebina in obseg pregledov pa neprilagojena tveganjem pri delodajalcu. Te ugotovitve jasno kažejo na to, da so izvajalci medicine dela v podrejenem položaju do delodajalcev do te mere, da se pod vprašanje postavlja profesionalnost njihovega dela.

Pomanjkanje avtonomije medicinske stroke na operativni ravni sistema onemogoča izvajanje nadzorne funkcije nad zdravjem delavcev pri delodajalcih. Izvajalci medicine dela so omejeni zgolj na svetovalno funkcijo, pri čemer delodajalcem dajejo informacije o zmožnosti za delo njihovih delavcev. V kolikor posumijo na znake poklicnih bolezni, morajo od delodajalca dobiti dovoljenje za plačilo specialističnih preiskav, s katerimi bi lahko potrdili obstoj poklicnih bolezni. To je prva od številnih točk, kjer se nazorno pokaže, kako sistemsko podrejanje zdravstvene stroke delodajalcem izrecno onemogoča profesionalno izvajanje medicine dela.

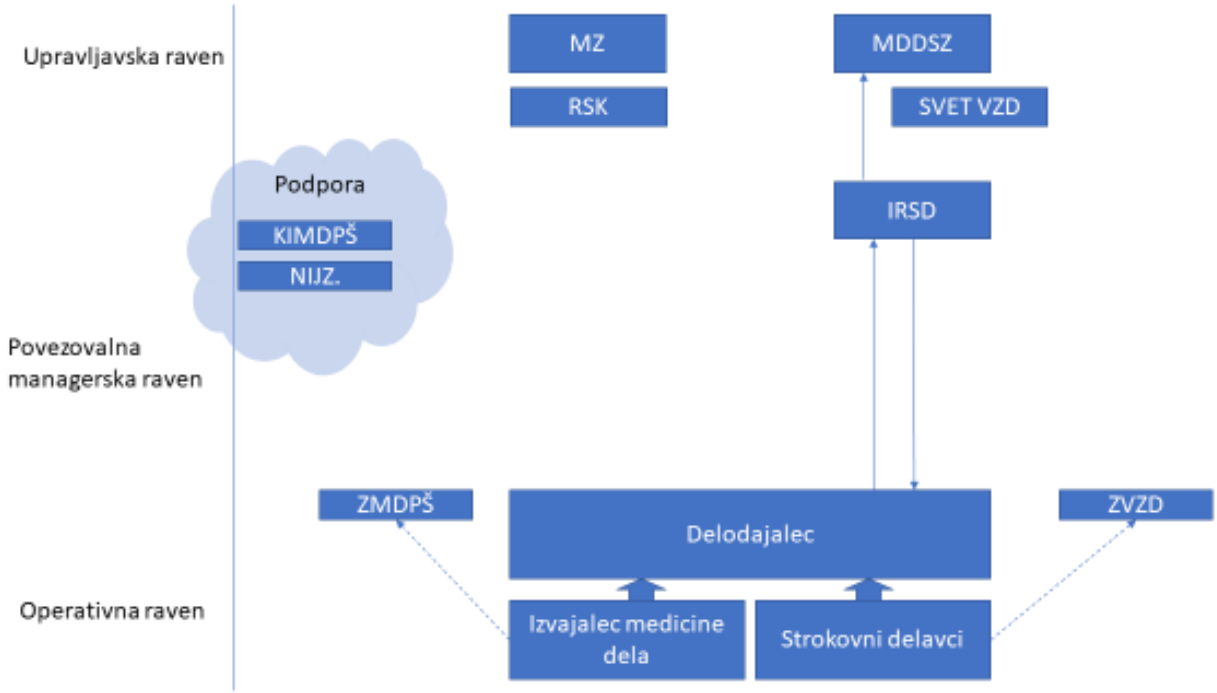
Pomanjkanje moči in avtonomije v odnosu do delodajalca pa ni primarno povzročeno s tržnim zagotavljanjem storitev, temveč z obrobno vlogo izvajalcev medicine dela v sitemu varnosti in zdravja pri delu. Trg sam po sebi ne povzroča njihove šibke vloge. Problem je v zgrešeni sistemski umeščenosti izvajalcev medicine dela na obrobju sistema in v njihovi popolni izolaciji od drugih akterjev v sistemu. Izolacija je še posebej pereča v treh točkah:

- Prvič, sam sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu jih je popolnoma osamil s tem, ker ni predvidel drugih relacij razen do delodajalca. Izvajalec medicine dela ima predpisano vlogo, ki spominja na slepo ulico v sistemu.
- Drugič, izvajalci medicine dela so izolirani od širšega zdravstvenega sistema. Medicina dela ni del javnega zdravstva temveč se tretira kot tržna dejavnost, kjer je plačnik naročnik. Čeprav zakon ohlapno omenja sodelovanje med osebnim zdravnikom delavca v javnem zdravstvenem sistemu in izvajalcem medicine dela v zasebnem, tržnem sistemu, je njuna komunikacija močno otežena zaradi statusnih razlik. Odrezanost od javnega sistema izvajalca medicine dela profesionalno osami, kar mu ne daje možnosti, da bi se pri svojem delu za delodajalca naslonil na širše podporno okolje.
- Tretjič, izvajalci medicine dela svoje delo opravljajo v institucionalnem vakuumu. Njihova naloga je spremljanje zdravja delavcev in ugotavljanje znakov poklicnih

bolezni. Ker pa sistem prepoznavanja in verifikacije poklicnih bolezni v Sloveniji ne obstaja, so izvajalci medicine dela prepuščeni samim sebi, saj svoje vloge zaradi neurejenosti sistema poklicnih bolezni ne morejo opravljati.

Iz slike 1 lahko razberemo, da levi steber sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu ne predvideva nikakršne povezave med izvajalci medicine dela ter nadzorno in regulativno ravnijo. Izvajalci medicine dela poročajo izključno delodajalcu. Sistem namreč ne predvideva nadzornega organa za nadzor nad delodajalci, ki bi preverjal stanje na področju zagotavljanje zdravja delavcev. IRSD sicer preverja pogodbe o zagotavljanju zdravstvenih pregledov, njihovo pogostost in skladnost pogodbeno zagotovljenega obsega in vsebine pregledov s tveganji v podjetju. Ni pa usposobljen, da bi preverjal in analiziral zdravstveno stanje delavcev pri posameznemu delodajalcu. Sistem ne predvideva nadzora nad dogajanjem na operativni ravni na področju zdravja delavcev.

Slika 1: Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu (ZVZD-1)



Praznina, ki zeva na levem delu slike 1, nakazuje na sistemsko napako, ki ima za posledico popolno nepovezanost sistema na stebru zdravja delavcev. Ena od posledic je tudi odsotnost vsakršne povratne informacijske zanke. Medtem ko izvajalci medicine dela lahko z vestnim opravljanjem dela dobijo natančen vpogled v zdravstveno stanje delovne populacije, pa ti podatki ostajajo v njihovih kartotekah, saj jih nimajo kam sporočati. Edini naslovnik, kamor lahko pošiljajo svoje ugotovitve, je delodajalec, pa še to le kot obrazec zdravniškega spričevala

delavca o zmožnosti za delo in v obliki zbirnih poročil, ki pa se v glavnem ne pripravljajo. Nihče znotraj ali zunaj sistema ne izkazuje interesa za zdravstvene podatke, ki se zbirajo za celotno populacijo delavcev v Sloveniji. Izjemoma podatki pljusknejo do osebnega zdravnika, največkrat takrat, ko izvajalec medicine dela zazna znake poklicne bolezni in delavca spodbudi, da obišče osebnega zdravnika, od koder se delavca napoti na dodatne specialistične preglede preden lahko pride do diagnoze in zdravljenja. Prav tako izvajalci medicine dela nimajo nobene povezave do upravljavca zdravstvenih podatkov NIJZ. Ta spremlja podatke o diagnozah delavcev, ki so upravičeno odsotni z dela, vendar pa se te podatke zajema pri osebnem zdravniku. Zato ni čudno, da Ministrstvo za zdravje kot drugi regulator v sistemu ostaja brez informacij o zdravstvenem stanju delavcev pri delodajalcih.

Slika 1 tudi jasno pokaže, da je funkcija nadzora v zdravstvenem delu sistema povsem odsotna. Nadzor nad delodajalci, ki naj bi ga opravljali izvajalci medicine dela prek rednih zdravstvenih pregledov delavcev, je povsem onemogočen zaradi odsotnosti vertikale nadzora, ki bi morala potekati od Ministrstva za zdravje, prek nadzornih organov do operativne ravni, kjer delujejo izvajalci medicine dela. Izvajalec medicine dela, ki je v sistemu povsem izoliran, ne more opravljati funkcije nadzora, saj je v svojih povezavah izključno vezan na delodajalca, ki je hkrati naročnik in plačnih storitev ter nadzirani subjekt. Toda problem podrejanja medicine dela interesom delodajalca ni povzročen s tržnim zagotavljanjem zdravstvenih storitev, kot se to pogosto omenja med eksperti (npr. Hren 2007), temveč nastane zaradi neustrezne umeščenosti izvajalcev medicine dela v sistem. Odsotnost vertikale nadzora v zdravstvenem stebru sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu in nepovezanost z javnim zdravstvenim sistemom pušča medicino dela povsem izolirano, izvajalce pa prepuščene edini relaciji, ki jo sistem sankcionira, to pa je relacija do delodajalcev. Odvisnost od delodajalcev je torej sistemska napaka, ki spravlja izvajalce medicine dela v odvisnost od delodajalcev, pri čemer nereguliran trg ne definira relacij temveč zgolj dodatno pervertira motivacijo obeh udeležencev v tržni transakciji.

Hkrati vidimo, da med obema stebroma ni nikakršne povezave. Čeprav naj bi oba stebra skupaj tvorila enoten sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu, med stebroma ni niti ene institucionalne povezave. Sodelovanje med obema ministrstvoma na regulativni ravni je zgolj sporadično. Edina točka, ker se obe vertikali nadzora srečata je delodajalec, ki je v tem sistemu edina točka koordinacije med obema stebroma. Ker je delodajalec v tem sistemu nadziran subjekt, je povsem neprimerno, da je hkrati tudi koordinator obeh vertikal nadzora.

Zato je najresnejša pomanjkljivost celotnega sistema prav odsotnost centralne koordinacijske funkcije. Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je kompleksen, saj je sestavljen iz velikega števila raznorodnih akterjev, ki imajo različne strokovne podlage in zahteve. To se jasno pokaže v obstoju dveh vertikal nadzora (pri čemer je zdravstveni nadzor pomanjkljivo integriran) in deljeni pristojnosti za regulacijo sistema med MZ in MDDSZ. Koordinacija kompleksnega sistema ni trivialna naloga, saj zahteva nenehno usklajevanje med raznovrstnimi akterji. Iz slike 1 je mogoče hitro razbrati, da centralne koordinacijske funkcije ne opravlja nihče. Sistem je glede vodenja popolnoma v zraku, akterji pa so bolj ali manj prepuščeni samim sebi, kar je za uresničevanje javnega interesa zelo huda pomanjkljivost. Ker se obe vertikali srečujeta na točki delodajalca, se neformalna koordinacija celotnega sistema dogaja prav tam,

torej na operativni ravni. To pomeni, da nadzorovani subjekt neformalno koordinira delovanje sistema nadzora nad samim seboj.

7.2. Predlog sprememb v sistemu varnosti in zdravja pri delu

Predlogi izhajajo iz zgornje analize in jih je mogoče strniti v naslednjih točkah:

1. Integracija sistema: sistem je potrebno povezati z vzpostavitvijo močnejših vertikalnih in lateralnih povezav na obeh stebrih sistema;
2. Vodenje sistema na povezujoči ravni: sistem zaradi kompleksnosti, t.j. večjega števila raznorodnih akterjev nujno potrebuje centralno koordinacijo;
3. Povečanje pooblastil za izvajanje nadzorne funkcije na operativni ravni;
4. Vzpostavitev sistema poklicnih bolezni;
5. Povratne informacijske zanke: stekanje informacij na eno mesto, kjer jih je mogoče analizirati in uporabljati za načrtovanje (Nacionalni plan, preventiva, promocija, ozaveščanje, intervencije, korektivni ukrepi, posodabljanje sistema).
6. Integracija z zdravstvenim sistemom: vzpostavitev javne, geografsko definirane mreže javnih in zasebnih izvajalcev medicine dela s centralno koordinacijsko funkcijo v ZD – javni interes;
7. Regulacija trga: koncesije, regulacija cen in obvezna izbira regionalnega izvajalca medicine dela.

7.2.1 Integracija sistema prek Agencije za varnost in zdravje pri delu

Integracijo sistema je potrebno vzpostaviti s povezavami med udeleženci v sistemu na tak način, da se bo uresničil namen sistema varnosti in zdravja pri delu, ki je doseči izpolnjevanje obveznosti delodajalcev, da zagotavljajo varnost pri delu in varujejo zdravje delavcev ter vzpostaviti nadzor nad delodajalci prek nadzornih pregledov delodajalca glede implementacije preventivnih ukrepov ter prek nadzornih pregledov zdravja delavcev.

Pri tem je potrebno rešiti dva problema: vzpostaviti povezave na vertikali zdravstvenega nazora in povezati oba stebra nadzora v enovit sistem. Pri integraciji zdravstvene vertikale nadzora se ponuja več možnosti, od ustanovitve posebnega inšpekcijskega organa, do novih povezav z novo organizacijsko enoto na MZ, do javnih pooblastil strokovnemu Združenju medicine dela, prometa in športa. Vendar pa bi bila rešitev na vertikali zdravstvenega nadzora zgolj delna, saj pušča odprto vprašanje povezave obeh vertikal nadzora in njune koordinacije.

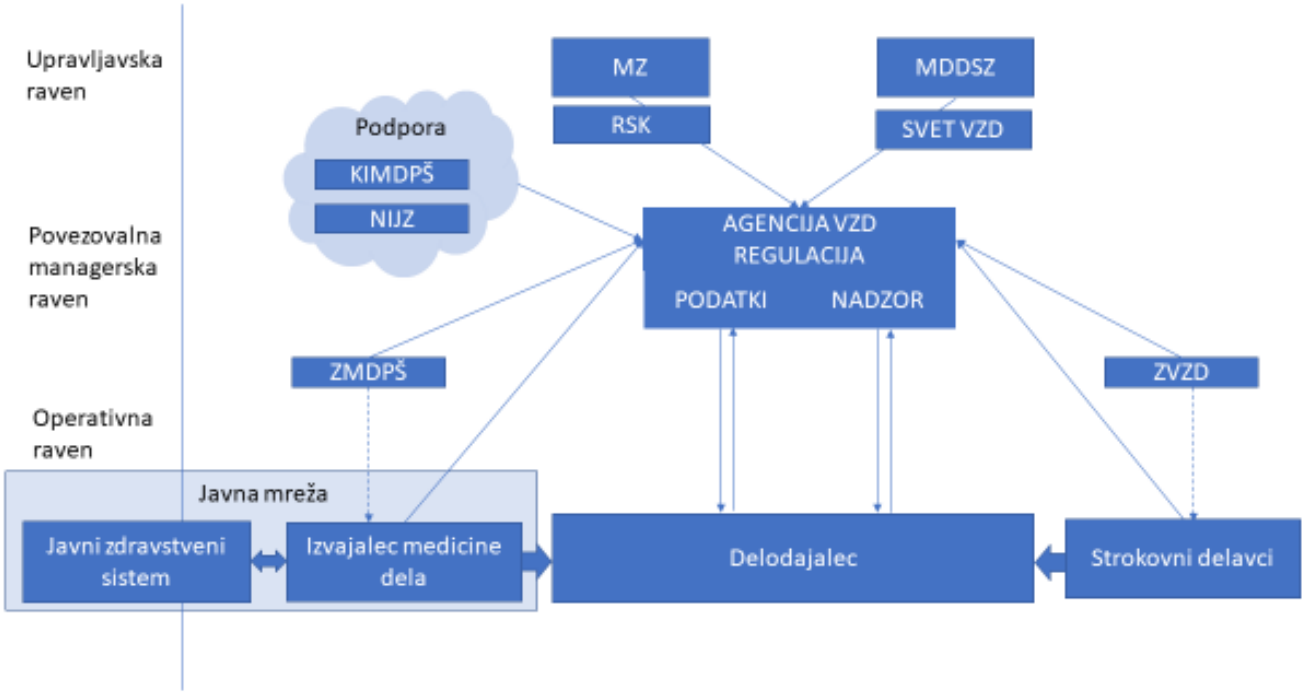
Problem koordinacije je močno izpostavljen v kompleksnih sistemih, v katerih je potrebno sodelovanje raznovrstnih akterjev. V teh sistemih namreč ni mogoče uveljaviti hierarhičnega pristopa. Potreben je pristop mrežnega upravljanja. V takih primerih je najustreznejša rešitev ustanovitev Agencije za varnost in zdravje pri delu, ki lahko zagotovi integracijo sistema in prevzame centralno koordinacijsko funkcijo v sistemu. Sistemski vidik integracije in koordinacije je jasno razviden iz slike 2. Centralno mesto v sistemu zaseda Agencija VZD, ki prevzema vodenje celotnega sistema. Navzgor je agencija vpeta v matrično strukturo, saj ima nad seboj dve ministrstvi, MZ in MDDSZ, ki se koordinirata na ravni Agencije. Ti dve ministrstvi ostajata regulatorja sistema in zagotavljata zakonodajni okvir celotnega sistema.

Agencija jima zagotavlja informacije o dogajanju v sistemu in zanju pripravlja predloge zakonodajnih dopolnitev. Kot je običajno pri delovanju agencij, pa lahko obe ministrstvi preneseta pristojnost za podrobnejše urejanje delovanje sistema na Agencijo in ji z zakonom preneseta pristojnost za sprejemanje in posodabljanje pravilnikov. Agencija s prenosom pooblastil za podrobno urejanje sistema s pomočjo podzakonskih aktov prevzame funkcijo centralne koordinacije vseh udeležencev in funkcijo vodenja procesov v sistemu.

Spremembe na operativni ravni zajemajo predvsem status izvajalcev medicine dela in strokovnih sodelavcev. Delodajalec na tej ravni ohranja osrednjo vlogo in odgovornost za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. To pomeni, da mora pri teh nalogah obvezno sodelovati z izvajalci medicine dela in s strokovnimi sodelavci. Spreminja pa se status izvajalcev medicine dela (in status zunanjih strokovnih sodelavcev), ki se v odnosu do delodajalca spremeni iz podrejenega v nadrejeni, nadzorni položaj. Izvajalci medicine dela bi morali dobiti pristojnost izvajanja ogledov delovnih pogojev pri delodajalcih.

Medicina dela bi morala biti vpeta v nove povezave z Agencijo na način, ki bi ji omogočalo izvajanje nadzorne funkcije. Ena od kritičnih povezav bi bila vzpostavitev avtomatičnega poročanja o rezultatih nadzornih zdravstvenih pregledov delavcev na ravni Agencije. S tem bi postopoma nastajala velika baza podatkov, ki bi omogočala učinkovit nadzor nad delodajalci glede zdravja delavcev. S to povezavo, bi se spremenila vpetost izvajalcev medicine dela v sistem, saj bi poročanje rezultatov nadzornih zdravstvenih pregledov zunanji nadzorni inštituciji pomenilo, da izvajalci medicine dela niso podrejeni delodajalcem saj o svojih ugotovitvah obveščajo nadzorno agencijo in ne le delodajalca. S tem bi se spremenil odnos med izvajalcem medicine dela in delodajalcem v smeri vzpostavljanja nadzora.

Slika 2: Predlog prenove sistema zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu



Drugi nujni ukrep, ki bi povečal možnost izvajanja nadzorne funkcije pa je vključitev izvajalcev medicine dela v sistem javnega zdravstva (glej poglavje spodaj 7.2.4.), z možnostjo, da brez soglasja delodajalca izdajo napotnice za specialistične preglede delavcev v skladu s svojimi pooblastili na stroške ZZZS, ki bi jih ta izterjal od delodajalcev. Ta ukrep bi opolnomočil izvajalce medicine dela, da opravljajo svoje delo v skladu s svojo profesijo oz. specializacijo. Sedanja ureditev jim namreč ne dovoljuje, da bi delavce napotili na zdravstvene preglede v javni zdravstveni sistem ali da bi avtonomno naročali specialistične preglede v zasebnem zdravstvenem sistemu brez odobritve dodatnih stroškov s strani in v breme delodajalca. Zato pogosto ostanejo le pri ugotavljanju simptomov, ne morejo pa potrditi suma na poklicno bolezen ali sprožiti postopka verifikacije poklicne bolezni. Z vključitvijo v javni zdravstveni sistem in novimi pooblastili za izdajo napotnic za specialistične preglede bi normalizirali status izvajalcev medicine dela v status zdravnikov specialistov in v pomembnem delu razbremenili primarni zdravstveni sistem. Predvsem pa bi omogočili učinkovitost medicine dela, ki bi lahko delavca ne le opozarjala na simptome temveč tudi z nadaljnjimi diagnostičnimi postopki potrdila suma poklicne bolezni in bolezni povezane z delom. S tem bi omogočili hitro povratno informacijo do Agencije in do delodajalca, da bi lahko okrepil preventivne ukrepe in s tem zmanjšal možnosti nadaljnjega poslabšanja zdravja delavcev ter preprečil obolevanje novih delavcev. Najpomembnejši pozitivni učinek tega ukrepa pa bi šel v dobro delavca, ki bi s tem dobil možnost, da po nadzornem zdravstvenem pregledu nadaljuje pot skozi zdravstveni sistem, brez vračanja na začetek z obiskom pri osebnem zdravniku. Sedanji sistem je v tej točki izrazito krut, saj je delavec po nadzornem zdravstvenem pregledu v celoti prepuščen samemu sebi in si mora sam utreti pot skozi zdravstveni sistem prek

osebnega zdravnika. Glede na pomanjkanje osebnih zdravnikov, bi vključitev specialistov medicine dela v javni sistem pomenila tudi korak v razreševanju te krize.

Plačilo specialističnih pregledov bi lahko na začetku uvajanja novega sistema šlo v breme ZZZS, po potrjenih diagnozah pa bi ZZZS lahko od delodajalcev zahteval povrnitev stroškov. To se v praksi že dogaja, le da je situacija močno zamegljena. Danes se delavec po obdobnem pregledu pri izvajalcu medicine dela, ki ga opozori na simptome, obrne za nadaljnje preglede na osebnega zdravnika, pri čemer ZZZS izgubi možnost sledenja stroškov diagnostike povezane z okvarami zdravja pri delu in jih ne more izterjati od delodajalca. ZZZS lahko danes izstavlja zahtevke za povračilo zdravstvenih stroškov delodajalcem le v primeru resnih poškodb, kjer je odgovornost delodajalca očitna in ni odvisna od vloge izvajalca medicine dela. Po dvoletnem prehodnem obdobju pa bi lahko ZZZS pripravil predlog višje prispevne stopnje in morda celo diferencirane prispevne stopnje delodajalcev ter z zbranimi sredstvi pokrival stroške, nastale z napotovanjem delavcev na specialistične preglede s strani izvajalcev medicine dela.

Glede strokovnih sodelavcev bi bilo potrebno premisliti podobne statusne spremembe in sicer zlasti za zunanje izvajalce storitev. Povečanje učinkovitosti nadzorne funkcije bi zahtevala od delodajalcev predajanje izjave o varnosti z oceno tveganj v podatkovno bazo Agencije, ki bi lahko že z analitičnimi postopki ocenjevala njihovo kvaliteto in pomanjkljivosti. V tem poročilu se osredotočamo na izvajanje dejavnosti medicine dela, zato na tem mestu ne bomo nadaljevali s podrobnimi predlogi za ureditev statusa strokovnih sodelavcev, ki pa mora biti urejen v smeri povečanja njihove kontrolne funkcije.

Nadzor nad izvajanjem medicine dela pripada profesionalnim združenjem in hierarhiji stroke. Zato bi v novem sistemu veljalo razmisliti o javnih pooblastilih Združenja za medicino dela, prometa in športa. Ta bi lahko vršil strokovni nadzor nad samimi izvajalci medicine dela v primerih pritožb delavcev ali delodajalcev ter o svojih ugotovitvah poročal Agenciji. S tem bi se sklenil nadzorni krog, ki bi omogočal nadzor nad izvajanjem nadzorne funkcije. Tesna povezava z javnim zdravstvenim sistemom pa bi izvajalce medicine dela izpostavila kolegialnemu nadzoru osebnih zdravnikov.

7.2.2 Agencija VZD: koordinacija

Agencija bi predstavljala centralno koordinacijsko točko v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu. Združevala bi različne funkcije potrebne za delovanje sistema: koordinacijsko, regulativno, svetovalno-razvojno in nadzorno funkcijo.

Regulativna funkcija je bila opisana zgoraj in vključuje odgovornost za podrobno regulacijo sistema s pomočjo pravilnikov, standardov, navodil in priporočil. Prednosti lociranja teh pooblastil na ravni agencij so znane. Agencije so bližje izvajalcem dejavnosti in uporabnikom storitev, praviloma razpolagajo s kvalitetnimi podatki s pomočjo katerih prepoznavajo nove probleme in zato lahko hitro dopolnjujejo regulacijski okvir, ki je tako bolj življenjski in s tem bolj sprejemljiv in učinkovit. Pomembna je razbremenitev ministrstev, kjer je področje varnosti in zdravja pri delu le ena od številnih nalog, hkrati pa je mogoče zaradi relativne oddaljenosti od politike preprečiti vnašanje političnih prioritet in dajati prednost strokovnim rešitvam. Urejanje področij prek agencij je dolgoletna praksa evropskih in drugih držav za razvito javno

administracijo še posebej na področjih, kjer prihaja do sodelovanja javnega in zasebnega sektorja.

Koordinacijska funkcija zagotavlja sodelovanje med raznorodnimi akterji v sistemu. V tem sistemu sodeluje pisana druščina delodajalcev, ki se soočajo z raznovrstnimi tehnologijami in tveganji. Poleg strokovnih sodelavcev iz tehničnih strok v sistemu sodeluje medicinska stroka, statistika in javna administracija. Raznovrstnost akterjev ne dovoljuje hierarhičnega podrejanja, zato je potrebno vzpostaviti koordinacijsko funkcijo, ki prevzame vodenje sistema. Za medicino dela je posebej pomembna koordinacija različnih akterjev na strokovnem področju. Izvajalci medicine dela imajo svoje profesionalno združenje, vendar pa je njihovo delo v veliki meri odvisno od profesionalnih smernic, ki jih izdeluje Klinični inštitut, podatkov, ki jih zbira NIJZ in od delovanja javnega zdravstvenega sistema. Teh relacij ni mogoče niti jih ni pametno siliti v hierarhijo, saj je uspešnost strokovnih institucij pogojena z njihovo avtonomijo. Zato bi morala Agencija vzpostaviti mrežno sodelovanje s temi institucijami na podlagi pogodb, skupnih delovnih in strokovnih teles in na podlagi predpisov, ki bi zagotavljali rutinsko izmenjavo podatkov. Tako na primer NIJZ, ki trenutno zbira podatke o bolniških odsotnostih iz primarnega zdravstva, potrebuje močno povezavo do agencije, kamor se bodo zlivali podatki s strani izvajalcev medicine dela, da bi se ti podatki med seboj povezovali in omogočali analize in izdelavo epidemiološke slike delovne populacije.

KIMDPŠ je terciarna in s tem vrhovna strokovna inštitucija na tem področju. Njegova trenutna umeščenost v sistem mu daje polno strokovno avtonomijo. Njegovo mesto v sistemu zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu pa je neopredeljeno in je v celoti odvisen od personalne povezave z Ministrstvom za zdravje. Dolgoletna direktorica KIMDPŠ je hkrati dolgoletna članica Razširjenega strokovnega kolegija pri MZ, kar daje njej in njenim kolegom iz inštituta veliko moč uveljavljanja strokovnih argumentov na ravni Ministrstva. Vendar pa je ta povezava vezana na osebno avtoriteto in vpliv in je s sistemskega vidika pomanjkljiva, saj nadomešča manjkajočo vlogo v sistemu z osebnostjo. Agencija mora vzpostaviti formalno povezavo s KIMDPŠ in se dogovoriti za formalno vlogo, ki naj jo Inštitut igra pri načrtovanju procesov izvajanja medicine dela, pri strokovni podpori izvajalcev medicine dela in pri razvoju strokovnih podlag celotnega sistema. Z vzpostavitvijo relacij med agencijo in KIMDPŠ bo slednji šele dobil opredeljivo vlogo, skupaj s pristojnostmi in odgovornostmi v sistemu, kar trenutno ni urejeno.

7.2.3 Agencija VZD: povratne informacijske zanke

Upravljanje in vodenje sistema brez podatkov v realnem času navadno primerjamo s pilotiranjem v temi brez instrumentov: nevarno in neodgovorno početje z visoko možnostjo za katastrofalne izide. To še posebej velja za sisteme pri katerih na letalu sedi vsa delovno aktivna populacija, kar v slovenskem primeru pomeni 850.000 ljudi. Zagotavljanje povratne informacijske zanke je zato ključna sestavina vzdržnega sistema. Dosedanji sistem ni zagotavljal niti ene sistematične povratne informacijske zanke. Podatki o bolniški odsotnosti, ki se od osebnih zdravnikov zlivajo na NIJZ, so edini populacijski podatki, ki pa ne prihajajo od delodajalcev ali od izvajalcev medicine dela. Zato so manj zanesljivi in so omejeni le na bolniške odsotnosti. Drugi podatek, ki zadeva populacijo delavcev, so podatki o nezgodah pri

delu in o poklicnih boleznih, ki so jih delodajalci dolžni javljati Inšpektoratu za delo. Ti podatki so nezanesljivi in jih ni mogoče povezati s podatki NIJZ o poškodbah pri delu. Tretji vir podatkov so ugotovitve inšpekcijskih nadzorov, ki zajemajo letno le 3% vseh delodajalcev.

V sistemu je potrebno zagotoviti povratne zanke, ki bodo zajele originalne podatke pri viru in jih posredovale v centralno podatkovno bazo na Agenciji. Potrebni so podatki o ocenah tveganja pri delodajalcih in o zdravstvenem stanju populacije delavcev. S sistematičnim zajemanjem podatkov na obeh stebrih sistema pri viru, torej pri delodajalcu, bo Agencija lahko vzpostavila podatkovno osnovo za kontrolo in načrtovanje celotnega sistema. Danes je potreben velikanski napor (inšpekcijski nadzori na terenu), da dobimo osnovne informacije dogajanja v sistemu. Ti podatki niso zadostni za načrtovane ključne dejavnosti v sistemu, ki jo predstavlja preventivna dejavnost in promocija varnosti in zdravja pri delu. Obstoj povratnih zank je tudi osnova za izvajanje nadzorne funkcije, ki je sedaj praktično onemogočena predvsem pri izvajanju medicine dela. Agencija bi z vzpostavitvijo centralne baze podatkov za to področje omogočila razvoj analitike, ki danes praktično ne obstaja. Večina udeležencev v sistemu, od regulatorjev dalje, v veliki meri sloni na anekdotičnih podatkih in se naslanja na evalvacijska poročila, kot je pričujoča študija. Ker se velika količin podatkov že proizvaja pri vseh delodajalcih, je naloga Agencije, da te podatke zajame in organizira v podporo razvoja sistema varnosti in zdravja pri delu, zdravstvenega sistema in socialno varstvenega sistema. Agencija bi prevzela in ohranila inšpekcijski nadzor nad podjetji.

Dober primer problematičnosti pomanjkanja realnih podatkov izkazuje ključni strateški dokument države na tem področju Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu. Nacionalni program za naslednje desetletno obdobje temelji na podatkih o bolniških odsotnostih iz dela in na podatkih o številu poškodb pri delu. Načrtovanje celotnega sistema na najvišji ravni je zato precej ohlapno. Znak nemoči načrtovalcev sistema pri postavljanju merljivih ciljev na področju varnosti in zdravja pri delu je mogoče razbrati tudi iz velikega poudarka Nacionalnega programa na promociji zdravja in ozaveščanju. To sta dve dejavnosti, ki ne moreta škoditi in za katere lahko upamo, da bodo pripomogle k izboljšanju varnostne kulture in s tem k zmanjšanju nezgod pri delu in bolniških odsotnosti z dela. Kvalitetni podatki bi načrtovalcem omogočali določanje bolj opredeljivih ciljev in usmerjenih ukrepov.

7.2.4 Integracija medicine dela v javni zdravstveni sistem

Medicina dela je trenutno povsem ločena od javnega zdravstvenega sistema. Ker se v javnem zdravstvenem sistemu pojavljajo isti pacienti, kot pri izvajalcih medicine dela, je to ločitev obeh sistemov izjemno nefunkcionalna, saj gre za visoko stopnjo podvajanja zdravstvenih pregledov pri delovno aktivni populaciji. Razlogov za povezovanje obeh sistemov je več. Izvajalci medicine dela bi za profesionalno opravljanje svojega dela kot zdravniki specialisti potrebovali poznati zdravstveno zgodovino delavca, za kar bi potrebovali vpogled v zdravstveni karton delavca, ki ga vodi osebni zdravnik. Še zlasti pri ugotavljanju sposobnosti za delo na delovnih mestih s posebnimi zdravstvenimi zahtevami je zdravstvena zgodovina pomembna informacija ob samem zdravstvenem pregledu. Argument za povezovanje obeh sistemov gre tudi v drugo smer: osebni zdravnik bi lažje obravnaval pacienta, če bi dobro pozna tveganja in obremenitve, ki jim je pacient izpostavljen pri delu. Zakon sicer trenutno predvideva načelno sodelovanje

med osebnim zdravnikom in izvajalcem medicine dela. Vendar je načelo sodelovanje v Pravilniku o preventivnih zdravstvenih pregledih, operacionalizirano le kot protokol izmenjave podatkov med obema, ki je restriktiven in časovno zahteven.

Za neprehodno ločevanje med javnim zdravstvenim sistemom in medicino dela je težko najti argumente. Občasno se omenja razlog varovanja zasebnosti delavca, ki bi bil lahko izpostavljen diskriminaciji delodajalca pri zaposlovanju in napredovanju na podlagi zaupnih zdravstvenih podatkov. Ta argument predpostavlja, da so izvajalci medicine dela pripravljeni kršiti zdravniško etiko in delodajalcu ponuditi osebne podatke delavca v zameno za poslovno sodelovanje. To je sicer možno, a zelo malo verjetno, saj so izvajalci medicine dela zdravniki specialisti, ki jih veže ista etika kot zdravnike v javnem zdravstvenem sistemu. V novem sistemu bi odpadli tudi ti pomisleki, saj bi se vloga izvajalcev medicine dela močno okrepila z vpetostjo v sistem nadzora preko relacij z Agencijo VZD. Izvajalec medicine dela v predlaganem sistemu namreč ne bi bil več podrejen delodajalcu, temveč bi bil postavljen v močnejši položaj nadzora v odnosu do delodajalca, ki zaradi nove vloge ne bi mogel tvegati kakršnega koli pogojevanja, ki bi vključevalo neetične zahteve in kršitve zakonodaje.

Ker ni pravih pomislekov proti integraciji obeh sistemov, bi lahko bil prvi korak k povezovanju obvezna izmenjava podatkov. Drugi korak pa zgoraj omenjena pooblastila izvajalcev medicine dela za izdajanje napotnic. Prvi korak, ki ga je v odsotnosti elektronskega zdravstvenega kartona potrebno premisliti, (zdravstvena zgodovina v Sloveniji se v letu 2019 še vedno beleži na papirus, kar je napredek od glinastih ploščic), je vzpostavitev informacijskih pogojev sodelovanja obeh, osebnega zdravnika in izvajalca medicine dela. Drugi korak bi med njima vzpostavil delitev dela, ki bi jo bilo mogoče precizirati in dodelovati pod vodstvom Agencije VZD. Integracija obeh sistemov bi v novem sistemu prinesla vrsto prednosti. Za delavca bi predstavljala kvalitetnejšo zdravstveno storitev in lažji dostop do zdravstvenega varstva. Zasledovati bi morali načelo, da delavec, kot nosilec pravic, ne sme opaziti ločnice med obema sistemoma in mora doživeti obravnavo pri osebnem zdravniku in izvajalcu medicine dela kot pot skozi en povezan sistem in ne kot prebijanje skozi dva ločena sistema, ki si občasno nagajata med seboj. Za zdravnike v obeh sistemih so prednosti v omogočanju bolj profesionalne in kvalitetnejše obravnave delavcev. Za ZZZS bi to predstavljalo orodje za doslednejšo sledljivost stroškov zdravljenja, povezanih z boleznimi pri delu in stroškov povezanih z boleznimi izven dela. Za zdravstveni sistem bi to pomenilo prihranke zaradi izogibanju podvajanja preiskav, prihranke zaradi jasnejše delitve stroškov med delodajalca in javni zdravstveni sistem, zaradi zmanjševanja čakalnih vrst in zaradi izboljšanja zdravja delovne populacije. Za delodajalca pa bi to pomenilo uresničitev načela odgovornosti, ki je postuliran v zakonu, materialno spodbudo za bolj učinkovito preventivo in zaščito delavcev, ter priložnost, da z dobrim varovanjem varnosti in zdravja delavcev zmanjšajo neposredne zdravstvene stroške in stroške zavarovanja za poklicne bolezni in nezgode pri delu.

7.2.5 Regulacija trga zdravstvenih storitev izvajalcev medicine dela

Z uveljavitvijo predlaganega sistema bi se močno zmanjšal tudi tržni oportunizem izvajalcev medicine dela in delodajalcev, kar je eden glavnih očitkov tržnega sistema izvajanja medicine dela. Kot je bilo argumentirano zgoraj, je tržno izvajanje storitev resen problem predvsem v

pogojih obstoječega sistema, kjer je izvajalec medicine dela prepuščen dobri volji delodajalca, sam pa nima nikakršne moči. V predlaganem sistemu se razmerje med delodajalcem in izvajalcem medicine dela spremeni v prid močno okrepljene vloge medicine dela, ki z novo vpetostjo v sistem pridobi nadzorno vlogo nad delodajalci. Vendar pa nereguliran trg ostaja problem, saj je v takih razmerah nemogoče vzpostaviti pogoje za pomiritev konflikta vlog, do katerega prihaja, ko izvajalec medicine dela v vlogi podjetnika trži svoje storitve delodajalcu hkrati pa skuša izvajati nadzor nad tem istim delodajalcem.

Odgovor na konflikt vlog je v regulaciji trga. Rešitev, ki je v slovenskem zdravstvu že uveljavljena, je vzpostavitev javne mreže javnih in zasebnih izvajalcev medicine dela za celotno področje Slovenije. Vsi izvajalci medicine dela, bodisi javni bodisi zasebni, vključeni v javno mrežo, bi pridobili koncesijo za izvajanje dejavnosti na določenem geografskem področju. To bi bilo v idealnem primeru določeno z gravitacijskim območjem javnih zdravstvenih domov, zaradi povezovanja osebnega zdravnika z izvajalcem medicine dela. Geografska lociranost izvajalcev medicine dela bi preprečila konkurenco med izvajalci dela po celi državi in zagotovila, da bi izvajalci medicine dela dobro poznali pojavljanje poklicnih bolezni, poškodb in z delom povezanih bolezni v svojem geografskem območju in njihov vpliv na lokalne skupnosti. Z vzpostavitvijo javne mreže bi postal trg storitev medicine dela močno reguliran. Konkurenca bi se močno zmanjšala, saj bi delodajalci lahko izbirali le med izvajalci medicine dela, ki bi imeli koncesijo za določeno regijo. Da bi zaščitili delodajalce pred dvigovanjem cen, pa bi bilo potrebno regulirati tudi cene. Izvajalci medicine dela ne bi več konkurirali za posel na podlagi cene, pač pa na podlagi vsebine svetovalne dejavnosti, ki bi jo ponudili delodajalcu. Delodajalec bi namreč moral najeti izvajalca medicine dela za nadzorno dejavnost, medtem ko bi lahko vplival na obseg storitev s področja svetovalnih storitev povezanih s promocijo zdravja in preventive. S tem bi tudi izvajalec medicine dela lahko jasno ločil izvajanje javne službe zdravstvenega nadzora in tržne dejavnosti svetovanja.

7.2.6. Sistem poklicnih bolezni

Da bi izvajalci medicine dela lahko odigrali nadzorno funkcijo v sistemu varnosti in zdravja pri delu je potrebno vzpostaviti sistem poklicnih bolezni, ki vključuje vseh deset elementov, ki jih v svojem priporočilu navaja Evropska komisija (glej poglavje 6.3. zgoraj). Delodajalci bodo najhitreje zvišali raven varnosti in zdravja pri delu, za katero vse inštitucije ugotavljajo, da stagnira ali celo nazaduje, če ne bodo več mogli v enaki meri kot sedaj eksternalizirati zdravstvenih stroškov v povezavi z neodkritimi poklicnimi boleznimi in nesrečam pri delu. Vzpostavitev učinkovitega sistema poklicnih bolezni bo privedla do doslednejšega odkrivanja, s tem pa tudi do doslednega preprečevanja poklicnih bolezni in njihovega zdravljenja. Ker so delodajalci odškodninsko odgovorni zgolj za poklicne bolezni in poškodbe pri delu, je njihovo odkrivanje in neposredna kompenzacija delavcev najbolj učinkovit ukrep za dvigovanje kulture varnosti in zdravja pri delu.

8. Sklep

Sistem zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je močno pomanjkljiv in potrebuje čimprejšnjo prenovo. Čeprav je večina problemov, ki smo jih obravnavali v tem poročilu znanih že več

desetletij, o čemer pričajo podatki, študije in strateški dokumenti države, pa so vendarle ostali neustrezno naslovljeni. Izziv, ki se postavlja pred državo, je razumeti in preseči inercijo ter odpor do sprememb na tem področju in hitro narediti nekaj radikalnih korakov, ki bodo sistem varnosti in zdravja pri delu spravili na pot vzdržnega razvoja.

Po besedah sogovornikov je bila doslej ena največjih preprek za radikalnejše reforme namišljeni ali pa dejanski odpor delodajalcev do strožjega režima varnosti in zdravja pri delu. Še zlasti v povezavi s poklicnimi boleznimi je mogoče prebirati mnenja, da bi njihovo odkrivanje utegnilo močno povečati stroške delodajalcem in s tem zmanjšati njihovo konkurenčnost. Ta argument se razblini ob prvem obisku odličnih slovenskih podjetij, ki so vpeta v globalne dobaviteljske verige. Ta podjetja imajo visoko raven varnosti in zdravja pri delu tudi zato, ker so deležna rednih pregledov svojih globalnih kupcev, ki si ne morejo dovoliti, da bi v pogojih zaostrenega poudarka na družbeni odgovornosti podjetij poslovala z dobavitelji, ki ne dosegajo visokih standardov tudi na tem področju. V teh podjetjih leti najpogostejše opozorilo prav na premajhno strogost izvajalcev medicine dela in strokovnih sodelavcev, saj si taka podjetja želijo, da bi ti odigrali svojo nadzorno funkcijo in jih s tem usposobil za konkurenčno tekmo na globalnih trgih. Argument o konkurenčnosti gospodarstva je torej potrebno obrniti na glavo. Podjetja, ki ne dosegajo visoke varnostne kulture, niso konkurenčna na svetovnih trgih, saj ne morejo resno konkurirati za posel z urejenimi svetovnimi podjetji.

Enako velja za gospodarstvo kot celoto. Sporočilo Evropske komisije ne pušča dvomov: »Preprečevanje tveganja ter spodbujanje varnejših in bolj zdravih pogojev na delovnem mestu sta ključnega pomena za izboljšanje kakovosti delovnih mest in delovnih pogojev, pa tudi za spodbujanje konkurenčnosti« COM/2014/0332 final. Stroški povezani s poškodbami pri delu in poklicnimi boleznimi se po ocenah ILO gibljejo med 2-4% GDP in so v letu 2013 v EU znašali vsaj 145 milijard €. Prihranki podjetij na tem področju se neusmiljeno prelijejo v strošek držav, malenkostna prednost posameznega podjetja, ki uspešno eksternalizira te stroške, pa se vrne kot zmanjšana konkurenčnost držav in poslovnega okolja v katerem delujejo.

Obravnavo varnosti in zdravja pri delu ne bi smeli opirati na ekonomske argumente. Prevladati bi moral diskurz pravic in humanizma ne pa logika stroškov. Predvsem pa se je potrebno zavedati, da obstoječi sistem varnosti in zdravja pri delu že obstaja in da delodajalci že nosijo stroške. Zato je nerazumno, da sistema ne dopolnimo in reorganiziramo, da bo začel dajati dobre rezultate. Pri tem z zadovoljstvom ugotavljamo, da je strokovna raven sistema visoko usposobljena in pripravljena na spremembe, ki bi v sistema odpravile ovire, ki medicini dela preprečuje, da bi odigrala svojo nadzorno vlogo.

Po skoraj treh desetletjih je sistem varnosti in zdravja še vedno močno pomanjkljiv, vendar pa je prišlo do sprememb v odnosu javnosti, ki od delodajalcev pričakuje večjo družbeno odgovornost. Varnost in zdravje sta postali družbeni vrednoti, kvaliteta delovnega življenja in ravnovesje z zasebnim življenjem pa so pričakovanja, ki jih nove generacije, ki se vključujejo v delo, jemljejo kot samoumevna. Zato je čas za spremembe zdaj.

9. Viri in literatura

Direktiva Sveta 89/391/EGS z dne 12. junija 1989 o uvajanju ukrepov za spodbujanje izboljšav varnosti in zdravja delavcev pri delu (Uradni list evropskih skupnosti L183/1, 29.6.1989).

Bilban, Marjan (2006). Ekonomski vidik poškodb pri delu. Delo in varnost. Letnik 51, številka 2, str. 25-36.

Dodič Fikfak, Metoda in Rajko Črnivec (2009). Verifikacija poklicnih bolezni v Republiki Sloveniji: Uvod v smernice. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Hren, Mirjan (2007). Ekonomske prednosti in slabosti prisotnosti navzkrižja interesov pri pooblaščenih zdravnikih ter predlogi za izboljšanje obstoječega stanja. Prispevek na Posvetu Etika v belem. Bled, 8.-9. 6.2007.

Kanjuo Mrčela, Aleksandra (2016). Analiza izvajanja nacionalnega programa varnosti in zdravja pri delu ter ocena stanja. Fakulteta za družbene vede, Univerza v Ljubljani.

Inšpektorat Republike Slovenije za delo (IRSD). Poročilo Inšpektorata RS za delo za leto 2017.

Report on the current situation in relation to occupational diseases' systems in EU Member States and EFTA/EEA countries, in particular relative to Commission Recommendation 2003/670/EC concerning the European Schedule of Occupational Diseases and gathering of data on relevant related aspects, March 2013.

Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu, ReNPVZD. Uradni list RS, št. 126/03)

Resolucija o nacionalnem programu varnosti in zdravja pri delu 2018-2027, ReNPVZD 1. Uradni list , št 23/18).

Pravilnik o poklicnih boleznih – Osnutek, marec 2018.

Pravilnik o seznamu poklicnih bolezni (Uradni list RS, št. 85/03)

Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/02, 29/03-popr., 124/06)

Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 118/05, 17/07, 18/07 – popr., 96/12 – ZPIZ-2 in 60/13)

Pravilnik o dovoljenjih za opravljanje strokovnih nalog na področju varnosti pri delu (Uradni list RS, št. 2/17)

Pravilnik o opravljanju strokovnega izpita iz varnosti in zdravja pri delu (Uradni list RS, št. 109/11)

Pravilnik o pogojih, ki jih mora izpolnjevati strokovni delavec za varnost pri delu (Uradni list RS, št. 109/11)

Pravilnik o prijavah na področju varnosti in zdravja pri delu (Uradni list RS, št. 54/2013)

Pravilnik o organizaciji in načinu delovanja invalidskih komisij ter drugih izvedenskih organov Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 113/02)

Sporočilo komisije evropskemu parlamentu, svetu, evropskemu ekonomsko –socialnemu odboru in odboru regij o strateškem okviru EU za varnost in zdravje pri delu za obdobje 2014-2020 COM/2014/0332 final.

Zakona o kemikalijah – Zkem (Uradni list RS, št. 110/03, 16/08, 9/11).

Zakon o pokojninskem in invalidskem zavarovanju – ZPIZ-2 (Uradni list RS, št. 96/12, 39/13, 102/15, 23/17 in 40/17).

Zakon o varnosti in zdravju pri delu ZVZD. (Uradni list RS, št 56/99 in 64/01).

Zakon o varnosti in zdravju pri delu ZVZD-1. (Uradni list RS, št 43/11).

Zakonu o odpravljanju posledic dela z azbestom ZOPDA, (Uradni list RS 38/2006).