

Здравословни условия на труд

Осем приоритетни области на действие
за определяне на политиката
на Европейската Общност

Лоран Вогел
Изследовател от ETUI-REHS

Съдържание

Въведение

1. Здравословни условия на труд

Ключова област за ограничаване на социалните неравенства по отношение на здравето

2. Стратегия на общността за периода 2002-2006

Какви са средствата?

3. Системи за превенция

За една съгласувана стратегия

4. Организация на труда

Съвкупност от важни фактори

5. Химически рискове

Основна причина за смъртността, свързана с професионални заболявания

6. Несигурност на работното място

Един важен въпрос

7. Репродуктивно здраве и майчинство

Подобряване на знанието и превенцията

8. Признаване на професионалните заболявания

Да се поучим от грешките

Въведение

Повече от сто хиляди души в Европейския съюз умират всяка година при злополука или от заболяване, причинени от лоши условия на труд. Честно казано, това е само един приблизителен минимум, защото не могат да се дадат точни цифри и това е едно традиционно и със сигурност занижено предположение. Всеки път, когато властите или учените се опитат да определят какво измеримо въздействие имат условията на труд върху някои аспекти на здравето, те се натъкват на нови проблеми. На работниците не им трябват специалисти за това. Изследванията ни показват умората, болката, уврежданията и болестите, от които те масово страдат. Европейското синдикално техническо бюро за здраве и безопасност беше създадено преди около петнайсет години с идеята да събира мненията и вижданията на работниците, признати за истински източник за научни изследвания. Синдикалното техническо бюро (СТБ) работи чрез своите синдикална мрежа и контакти, за да разпространява своите познания за реалностите, засягащи работещите, така че да ги промени. Затова една от основните му дейности е да подпомага Европейската конфедерация на профсъюзите и организациите, членуващи в нея, да се борят за по-здравословни условия на труд. През тези петнайсет години ние бяхме активни в широк обхват от области: от безопасност на машините до превенция на рака, от ергономика до извършване на услуги за превенция, от политически дебати в Европейския парламент до подкрепяне на инициативи от синдикални представители в Европейските работнически съвети на различни международни компании. Ние постепенно печелехме признание от публичните власти и специалистите по превенция за важноста на работата, вършена от един малък екип, чийто основен стремеж е да свърже техническия опит със стабилен ангажимент от страна на работниците и техните синдикати.

Здравословните условия на труд са скрит въпрос. Те рядко са на първите страници. Властите не си дават много труд да правят изследвания в тази област. Ще цитирам един прост пример: наливат се пари в генетични изследвания на рака, а средствата, отпуснати за изследване на връзката на раковите заболявания с работата, са оскъдни.

Често се прави грешката да се мисли за здравословните проблеми на работното място като за предимно технически. Ние не мислим така. Ние вярваме, че здравословните условия на труд са на първо място и най-вече политически въпрос, който отразява обществен избор.

Този материал си поставя за задача да даде обща представа за текущите дебати по професионалните здравословни проблеми в Европейския съюз.

Той няма за цел да бъде изчерпателен обзор. По-детайлни анализи могат да бъдат намерени в други публикации на СТБ и специалните доклади на нашия сайт. Искахме да очертаем една лесна пътна карта,

върху която може да има сложна мрежа от дискусии. За да бъде информацията сбита и по същество, някои теми бяха пропуснати, не защото са по-малко важни, а просто защото по тях вече съществуват други публикации на СТБ. Те включват дебатите за дизайна на работното оборудване, техническата стандартизация и наблюдението на пазара.

Политиката на ЕС за здраве при работа често се оказва трудна за следване. Тя е оформена в рамките на сложна институционална структура, дебатите може да изглеждат неясни, но тя има много голямо влияние върху националните политики за безопасност при работа. Тя може да помогне да се подобрят практиките за превенция на работното място. Други политики на ЕС също влияят до някаква степен върху здравето при работа. Политиките за приватизиране на публичните услуги или насърчаване на конкуренцията неизменно имат негативно влияние. Политиките за пазарите на химическите вещества и работно оборудване диктуват информацията, от която се нуждаят работодателите, за да провеждат политика на превенция. Това прави жизненоважно да се направи обзор на всички тези политики и да се очертае обща синдикална стратегия, за да бъдат те оформени.

Този материал представлява част от продължаващото усилие на СТБ да привлече общественото внимание върху политическите дебати и механизмите за вземане на решения. Той е предназначен за синдикалистите и за всички ангажирани с превенцията и се опитва да обясни основните теми на важни политически дебати.

Някои са директно и единствено свързани със здравословните условия на труд. Други покриват различни области, но имат голямо влияние върху здравето при работа. Някои от дискусиите вероятно ще продължат и през 2006 г., а дори и по-нататък. Основните въпроси включват:

- Предложенията на REACH (политика за регистрация, оценка и одобряване на химикалите) за реформиране на правилата, управляващи пазара на химикали, които бяха яростно нападнати от химическата индустрия и администрацията на Буш.
- Предложението за ревизия на Директивата за работното време, внесено от Европейската комисия през септември 2004 г., което може съществено да преобърне постигнатите успехи.
- Предложеното допълнение към Директивата за предпазване на работниците, изложени на карциногени, да бъдат добавени и мутагени и репротоксини (репродуктивни токсини). Това би било голяма стъпка към опазване на репродуктивното здраве.
- Дискусията по прегледа на ЕК от 2004 г. за практическото прилагане на Рамковата Директива от 1989 и пет други директиви за здравето при работа.
- Дискусията по предстоящия в началото на 2005 г. доклад на ЕК за междинния преглед на стратегията на Европейската общност за здраве и безопасност.
- Дискусията по предстоящото оповестяване от ЕК на инициативите за превенция на мускулните и скелетните смущения.

- Предложението за директива за либерализация на услугите (известна като "Директивата Болкешайн"), която вероятно ще засегне нивото на здраве и безопасност в много сектори (особено в строителната индустрия и всеки сектор, които използва временно набран персонал).

Прегледът на стратегиите за превенция, следвани в различните държави-членки, повдига други въпроси, общи за всички страни от ЕС. Затова синдикатите имат намерение да възложат на институциите на Европейската общност да обсъди и тези въпроси, а дискусиите да доведат до практически мерки.

Те включват:

- Здравето и безопасността при случайна работа тип "наемане и уволняване".
- Нуждата от подход към равнопоставеност на половете при здравето при работа, който гарантира баланс на половете на всички работни места при условия, благоприятстващи здравето през целия живот.
- По-добър контрол върху пазара на работно оборудване чрез активно прилагане на Директивата за машинните съоръжения (чиято ревизия скоро ще бъде завършена).
- Връзките между политиката на здравеопазване на ЕО и здравословните условия на труд, особено с оглед намаляване на социалните неравенства по отношение на здравето.

От самото начало СТБ полага последователни усилия, чрез обмяна на опит и сътрудничество между синдикатите, така че действията на Европейската общност да бъдат непрекъснато информирани за опита на отделните страни и съответните успехи и провали.

Предизвикателствата стават още по-неотложни, тъй като разширяването допринесе още повече за разнообразието и сложността на Европейския съюз. Новите страни-членки трябваше да приемат правото на ЕС (установен набор от закони и правила) само за няколко години. Новата Комисия встъпи в длъжност през ноември 2004. Европейският парламент беше обновен няколко месеца преди това. Разширяването на ЕС не означава автоматично, че нещата ще се подобрят или влошат за работниците. Всичко зависи от социалната и политическа динамика във всяка страна-членка и как те се отнасят към политиките на общността. Здравословните условия на труд са област, където ежедневието на хората и решенията на голямата политика са в постоянно взаимодействие. Този материал има за цел да бъде в помощ на синдикалистите и на всички, загрижени за мястото на здравето при работа в политиката на ЕС. Това означава включване в общата движеща сила, която ще оформи образа на утрешна Европа.

Марк Сапир
Директор на СТБ
Ноември 2004

1. Здравословни условия на труд

Ключова област за ограничаване на социалните неравенства по отношение на здравето

Из целия Европейски съюз социалните неравенства в здравеопазването все още са налице и често се задълбочават. Продължителността на живота, вероятността за получаване на увреждане и разпространението на много болести и смущения се различават в зависимост от социалната класа на индивида.

Условията на труд са основна причина за различия по отношение на здравето. Лошите условия на труд са фактор за намалената продължителност на живота, било то пряко като причина за фатални злополуки или заболявания, или непряко като предпоставка за общо влошаване на здравословното състояние. Работният стрес, например, е свързан с редица заболявания или смущения, не на последно място коронарна болест на сърцето.

Данни за влиянието на условията на труд върху здравето

Условията на труд могат да бъдат анализирани спрямо различни критерии, както показва изследването на условията на труд, проведено през 2000 г. от Дъблинската фондация. По преки наблюдения, 27 % от работниците в ЕС-15 смятат, че тяхното здраве и безопасност са били подложени на риск, заради работата. От гледна точка на "устойчивост на работата" положението изглежда още по-критично: 42 % от работниците в ЕС-15 намират, че няма да бъдат в състояние или няма да желаят да продължат да вършат същата работа до 60-годишна възраст. Данните от новите страни-членки дори увеличават повода за безпокойство.

Изследването на работната сила в ЕС от 1999 включваше модул върху здравето при работа. То показва, че от 100 000 запитани 5 372 имат здравословен проблем, причинен или задълбочен от техните настоящи или предишни условия на труд, без да се включват трудовите злополуки. Едно от последствията е загуба на 350 милиона работни дни годишно.

Защо са важни действията на Европейската общност?

Европейският съюз е единен пазар. Той гарантира свободно движение на капитал, услуги, работници и стоки. Това на свой ред означава разработване на законодателна рамка на общността за хармонизиране на националните закони. Основна цел на такова хармонизиране е предотвратяване на неконтролирана конкуренция, действаща с цената на влошаване на условията на труд и последваща вреда за здравето и безопасността на работниците.

Откакто беше създаден и особено след Единния европейски акт от 1986 г., Европейският съюз въведе широка рамка от законодателство по здравословни условия на труд. Заедно с разпоредбите за

равнопоставеност на половете, това е най-силно развитата сфера в социалната политика на общността.

И все пак това законодателство все още не е успяло да доведе до значителни подобрения в условията на труд. То беше реален фактор за прогрес във всички страни от общността, но остава белязано от редица пропуски и провали. Освен това, работата се променя. Някои пренебрегвани в миналото рискове сега излизат наяве. Появяват се нови проблеми, а други избледняват. Техническите и научни данни се подобряват. Очакванията на работниците се променят. По тази причина законодателството на Европейската общност по здравословни условия на труд остава в процес на развитие. Бурното развитие на законодателството между 1989 и 1992 г. рязко намаля след това и сега трябва да се навакхва пропуснатото.

Дейността на Европейската общност, обаче, е нещо повече от прокарване на закони. Тя трябва да бъде допълнена от цялостна стратегия, подкрепена от набор от функции като контрол по прилагането и текуща оценка ("мониторинг"), действия за политика и прилагане спрямо страните, които не изпълняват своите задължения, информация, изследвания, разпространяване на политиката на здраве при работа и в други политически сфери на ЕС и т.н.

Ключов момент в това отношение са съвместните действия между различни институции и агенции на общността, като базираната в Билбао Агенция за безопасност и здраве при работа, Дъблинската фондация, тристранният Люксембургски Консултативен комитет, както и други специализирани, по-малко известни организации като Висшия комитет на инспекторите по труда SLIC (Senior Labour Inspectors Committee) и Научния комитет за лимити на излагането на въздействие при работа SCOEL (Scientific Committee for Occupational Exposure Limits).

За да започне тази съвместна работа, самата Европейската комисия трябва отдели внимание и ресурси за здравето при работа. И Европейският парламент и Икономическият и социален комитет неколкократно са изразявали безпокойство заради съкращаването на финансирането и човешките ресурси, насочени към стимулиране на политиката за здравословни условия на труд и проверка на прилагането на директивите в отделните страни-членки. Разширяването на ЕС до 25 страни и важността на текущите дебати подчертават нуждата от увеличаване на тези ресурси. До момента не са предприети действия в тази насока. Ние не вярваме, че здравето при работа е достатъчно застъпено в социалната политика. Без ядро, фокусирано изключително върху здравето при работа, политиката рискува да има бели полета и да изгуби всякаква съгласуваност.

Няколко основни принципа

Законодателството по здравословни условия на труд може да бъде разглеждано като предимно техническа материя, която могат да схванат напълно само специалистите. И все пак основите на това законодателство са изцяло свързани с фундаментални обществени избори. От самото начало на индустриалната революция се задава въпросът докъде се простират отговорностите на властите, ако натрупването на богатство от малцина причинява сериозна вреда на живота и здравето на мнозинството от населението. Движението на работна сила беше своеобразен тест за "laissez-faire" подхода на икономическия либерализъм. Стана ясно, че единствено саморегулация от страна на фирми, действащи според собствените си дългосрочни икономически интереси или от чувство на състрадание или социална отговорност, не е достатъчна. Правителството трябва да се намеси и да постави условия и ограничения. От първата половина на XIX век се създават правила за обявяване на детския труд за незаконен, залагане на минимални условия за гарантиране на безопасност на машинните съоръжения и хигиена на работното място.

Винаги, когато законодателството за защита на здравето и безопасността при работа е на дневен ред, предложените реформи са яростно атакувани, обикновено не толкова заради съдържанието им, колкото заради предполагаемата им цена, като заплаха за икономиката. За индустриалците през XIX век премахването на детския труд в мините е път към икономически упадък за Европа. Дори и сега противниците на общностното право за здраве при работа силно преувеличават вероятните разходи. Не трябва да се забравя, че разходите за превенция носят значителна печалба за обществото и за защитените хора.

Очевидно не може със закон да се премахнат всички проблеми, но това е важна начална точка. Без обвързващи правила винаги ще има конкуренция между едни работодатели, амбицирани за печалба на всяка цена, дори и смърт на работници, и други, съзнаващи нуждата от превенция. Въпросът е законодателството да се прилага на практика. Ето защо трябва да се разработи стратегия за здраве при работа, на ниво ЕС и във всяка страна-членка, обезпечена с ресурси, свързана със съвместна работа и прилагаща системи на политика и изпълнение. Консултирането със синдикатите е абсолютно необходимо, както и редовното оценяване с оглед навременни промени, когато възникнат нови проблеми или се засекат грешки.

Здравето не може да бъде наложено отвън. То се опазва индивидуално и колективно с ежедневни действия. Това прави синдикатите основни действащи лица. Наличието на гъста и активна мрежа от представители по безопасност и здраве е ключ към всяка стратегия за здраве при работа. Днес в ЕС на хиляди работници се отказва представителство на различни основания.

2. Стратегия на общността за периода 2002-2006

Какви са средствата?

През март 2002 г. Европейската комисия очерта стратегия за здраве и безопасност за периода 2002-2006 г.

Едно по-подробно запознаване с този документ, обаче, създава опасения относно съгласуваността на предложените мерки.

Съобщението на ЕК съдържа много интересен анализ, но практическите предложения са слаби и няма времева рамка, която да задава конкретни крайни срокове. В края на 2004 г. една бърза междинна оценка показва, че новите мерки далеч не са мащабни...

Пример за това ни дават мускуло-скелетните смущения (МСС). Този термин обхваща съвкупност от болестни състояния, които засягат голяма част от работниците в Европа. ЕК с право призовава за приоритет на здравето и безопасността, но вместо да предложи конкретни мерки, през 2002 г. тя обявява, че ще публикува изявление за МСС. Това изявление би трябвало да потърси причините и да предложи допълнения или нови законови разпоредби в областите, които не са напълно обхванати. В действителност, още нищо не е направено към края на 2004 г. и такова изявление не предстои засега.

Големият въпрос, от който ЕК иска да се изплъзне, е следният: директивите са основният инструмент за инициране на дейности за здраве при работа. Това е прието от всички страни, членки на ЕС, когато договорът е ревизиран от Единния европейски акт през 1986 г. Напредък има единствено в областите, където директивите са наложили общи и задължителни условия. Във всички останали случаи на необвързващи условия (препоръки), например признаването на професионалните заболявания, неуспехите са явни.

Ентузиазмът на ЕК за "меко право" и неясните ѝ планове за ново законодателство повдигат сериозни въпроси дали всъщност има общностна стратегия за здраве при работа за настоящия период. Инициативите на Комисията на Проди от 2002 г. бяха малко и спорни. Направиха се някои подобрения (най-вече планираната ревизия на Директивата за карциногените), но много въпроси са в застой (особено мускуло-скелетните смущения), ревизията на Директивата за бременните работнички и служителки все още не е направена, въпреки натиска от синдикатите и Европейския парламент и политическото обещание, дадено през 1992 г. По отношение на работното време, ЕК се поддаде на натиска на работодателите и се опита да отстъпи от постигнатите придобивки. Когато я поставят натясно, Европейската комисия има навика да призовава "добрата воля на социалните партньори", вместо да заеме ясна позиция, която може да ядоса работодателите или някои правителства. Освен това текущите дебати по регулацията на пазара на химически вещества (REACH) и ревизията на Директивата за машините

съоръжения показват, че безопасните условия на труд не отговарят напълно на търговската политика. Някои предложения в други области, като предложението за директива за либерализация на услугите (Директивата "Болкешайн") могат да се отразят изключително зле върху здравословните условия на труд.

Как действията на синдикатите могат да помогнат да се изработи по-добро общностно законодателство?

Не е трудно човек да се изгуби в лабиринта от институции на ЕС. Институциите, вземащи решения, не са в досег с тревогите на обикновените хора. Това често всява усещане, че нищо не може да се направи. Дори на национално ниво не е лесно думата на отделните хора да се чуе в политиката. И все пак няколко окуражаващи прецедента показват, че синдикалната мобилизация може да извърши промяна и да формира политически алтернативи. Обрисуваният накратко тук пример се отнася до законодателство, което би нанесло сериозни щети на условията на живот и труд.

Опитът рязко да се либерализира пристанищната работа щеше да създаде сериозни рискове за здравето и безопасността. Синдикатите на транспортните работници започнаха всеобща кампания веднага щом предложената либерализация беше оповестена от Европейската комисия. Една от най-опасните страни на реформата беше т.нар принцип на самостоятелно товарене, който щеше да позволи собствениците на кораби да товарят и разтоварват плавателните съдове като използват персонал по свой избор, най-вече случайна работна ръка, наета за случая или екипажа на кораба, който няма докерски умения. Този принцип подложи на риск работата и безопасността на докерите и създаде конкуренция, която би подбила надниците и условията на труд. По-долу ще намерите кратка хронология на събитията.

Хронология на парламентарните дебати и синдикалните акции за работата на пристанищата:

- **13 февруари 2001 г.** ЕК публикува предложението си за директива за пазарен достъп до пристанищните услуги.
- **25 септември 2001 г.** Първи протести на британски, испански и белгийски докери по призив на Европейската федерация на транспортните работници.
- **14 ноември 2001 г.** ЕП внася поправки в Директивата, но оставя принципа на "самостоятелно товарене" са непокътнат.
- **13 декември 2001 г.** Няколко хиляди докери се присъединяват към демонстрацията на ЕКП на Срещата на върха в Лаекен (Белгия) и привличат общественото внимание към своите искания.
- **19 февруари 2002 г.** Европейската комисия внася ново предложение, което игнорира промените, за които призовава ЕП.

- **14 март 2002 г.** Докерите участват в демонстрацията на ЕКП на Европейската среща на върха в Барселона.
- **Юни 2002 г.** Първи стачки в шест различни страни (включително Норвегия) срещу предложенията на ЕК.
- **25 юни 2002 г.** Съветът на министрите приема обща позиция, с още по-неблагоприятни условия за самостоятелно товарене.
- **Януари 2003 г.** 24-часови стачки в 17 страни.
- **17 февруари 2003 г.** 500 докери от 13 европейски страни се отзовават на призива на Европейската федерация на транспортните работници да протестират пред сградата на Европейския парламент в Брюксел.
- **18 февруари 2003 г.** Транспортната комисия в ЕП прави компромисен вариант, който ограничава най-опасните аспекти на директивата, но самостоятелното товарене остава при известни условия.
- **20 февруари 2003 г.** В Антверпен 250 докери протестират срещу посещението на Европейския комисар по транспорта Лойола Де Паласио.
- **10 март 2003 г.** 3 000 докери от пет страни протестират пред сградата на ЕП в Страсбург под лозунга "Оставете това на специалистите. Това е наша работа".
- **12 март 2003 г.** ЕП гласува директивата на второ четене, с изискването саморазтоварването да е обект на предварително одобрение.
- **15 април 2003 г.** Съветът на министрите отхвърля поправките на ЕП. Започва процедура по помирение.
- **9 септември 2003 г.** Стачки в белгийски и холандски пристанища.
- **29 септември 2003 г.** Протест на 9 000 докери от над десет страни в Ротердам (включително и делегация от САЩ). Спиране на работата в белгийски, френски и холандски пристанища. Докери от южноевропейски страни провеждат протестно шествие в Барселона.
- **30 септември 2003.** Резултатът от помирието е текст, позволяващ саморазтоварване при определени условия. Същият ден Европейската федерация на транспортните работници отхвърля резултатите от помирието и обявява продължаване на действията на докерите срещу директивата, която все още трябва да бъде одобрена на пленарно заседание на ЕП.
- **17 ноември 2003.** На президента на ЕП е връчена петиция с 16 000 подписа срещу компромисния текст на процедурата по помирение. В белгийски пристанища работниците започват почасови стачки. Масирана кампания по електронната поща към членовете на ЕП.
- **20 ноември 2003.** ЕП отхвърля директивата от процедурата на помирение с 209 гласа за, 229 против и 16 въздържали се. Това е едва третият път за десет години, когато текст на помирителна процедура е отхвърлена на пленарна сесия на ЕП.

3. Системи за превенция

За една съгласувана стратегия

Един от недостатъците на законите от началото на индустриалната революция до 60-те години на XX век, е, че те са формулирани като конкретни отговори на идентифицирани рискове. Законодателството търси техническо решение за премахване или намаляване на риска. Недостатъците на този подход са:

- той е повече реагиращ, отколкото превантивен: като цяло законодателството се въвежда дълго време след възникването на риска;
- развива се твърде бавно и не е подходящ за всички ситуации;
- много рискове са пренебрегвани, предпочита се "да се отбие номера";
- създаде се погрешно схващане, че набор от конкретни технически решения е достатъчен да се гарантира здравето на работниците.

През 60-те години започнаха да се появяват нови подходи при здравословните условия на труд, фокусирани върху цялостна стратегия действаща на различни нива:

- национална стратегия за превенция, обхващаща здравословни условия на труд, здравеопазване и защита на околната среда; по-стриктно регулиране на пазара на работно оборудване и химикали; мониторинг, ранно предупреждение, системи за формулиране на политика и прилагане;
- секторни и териториални стратегии, които обхващат отличителните черти на конкретния сектор от промишлеността или географски район;
- въвеждане на изискванията за здравословни условия на труд във всички области на бизнес-управление и стратегически избор;
- активно участие от страна на работниците и организациите на труда във формирането и прилагането на политика на превенция.

Общностното право основно беше насочено към последните две нива на действие. То най-вече въведе правила, които да гарантират, че всяка фирма е въвела съгласувана политика на превенция. То не отчита ролята на публичните власти, нито съдържанието на националните стратегии за превенция. Въпреки това, скорошните дебати изясниха, че единственият начин да се приложат правилата на практика е чрез национална стратегия за превенция. С други думи, има съществена връзка между наличието на цялостна стратегия и прилагането на конкретни мерки.

Например, медицинските прегледи, провеждани заради съответните изисквания, имат много ниска ефективност, освен ако не са придружени от проследяване на здравето на работниците на национално ниво, епидемиологични изследвания и разработване на решения за превенция, което в много случаи отива отвъд рамките на завода.

Инспекциите по труда имат първостепенна роля за прилагането на националните стратегии за здравословен труд. Тяхната дейност трябва да гарантира, че всички работници се ползват с равни права по отношение на безопасността и здравето. Недостигът на човешки и финансови ресурси, обаче, който в момента е обхванал националните системи за инспекция на труда във всички страни от ЕС, намалява тяхната ефективност в една среда на крайна сегментация на пазара и при разпространението на договарянето на подизпълнение и на случайното "наемане и уволняване".

В началото на 2004 г. ЕК публикува своя първи доклад върху практическото прилагане на Рамковата директива 1989 и пет отделни директиви. От него става ясно, че националните стратегии за превенция имат големи пропуски. В много случаи държавите са пренесли директивите в законодателството си, но не са определили средства за практическото им прилагане.

На дневен ред

- Много страни от ЕС са ангажирани с национални дебати по приоритетите за превенция, които могат да бъдат полезни и за дискусиата в Европейската общност. През 2005 г. ЕП ще заседава по доклада на ЕК за практическото прилагане на Рамковата директива 1989 и пет отделни директиви. Това е потенциална възможност да се оформи по-цялостен подход към общностната стратегия и националните стратегии за здраве при работа.
- Важно е да се подкрепят инициативи, които дават възможност за систематичен мониторинг на условията на труд и въздействието им върху здравето, както и дейности за превенция. Това, до някаква степен, се прави на ниво ЕС от различни организации (Дъблинската фондация, Агенцията за здраве и безопасност при работа в Билбао, Евростат и др.). Националният мониторинг е доста нехармонизиран между отделните страни.
- През 2005 г. ЕК ще излезе с Комуникационна програма за прилагането на Общностната стратегия за периода 2002-2006. Важно е тази програма не просто да "отбие номера", а да доведе до дебат да се провери къде не успява следваната стратегия и да се предложат конкретни инициативи с фиксирани срокове.
- Важно е да се включи равнопоставеността на половете в стратегиите за здравословни условия на труд. Балансът на половете в сектори и професии, в условия на труд, които не вредят на здравето на жените или мъжете, е основна цел.
- Трябва да се направи повече за включване на приоритети за здравословни условия на труд в други сфери, особено в опазването на околната среда, пазара на работно оборудване и химикали, равнопоставеността на половете, заетостта, здравеопазването и научните изследвания.

4. Организация на труда

Съвкупност от важни фактори

Материалните фактори като работно оборудване и работа с химикали не са единствените, които могат да причинят здравословни проблеми, свързани с работата. Нематериални фактори като работно време, темпо, график, обучение, информация, екипност и други също играят важна роля.

Политиките на превенция традиционно пренебрегват много аспекти на организацията на труда. За повече от век и половина е регулирано само работното време, а организацията на труда е ключова област за подобряване на здравословните условия на труд. Някои от въпросите, които трябва да бъдат взети предвид, са разгледани по-долу.

Работно време: продължителност и организация

В страните от ЕС се наблюдават големи различия по отношение на работното време. В страна като Великобритания силно разпространената практика на индивидуални изключения от максималната работна седмица ефективно принуждава хората да работят по-дълго, което е лошо за тяхното здраве и безопасност. Британското правителство докладва, че 3 742 000 души работят повече от 48 часа седмично, т.е. близо 20 % от заетите на пълен работен ден¹. Това не е проблем само във Великобритания. Изследването на условията на труд на Дъблинската фондация показва, че в ЕС-15 14 % от работниците са работили повече от 45 часа седмично през 2000 г. и приблизително един от трима работници е работил над десет часа на ден. Средното работно време в новите страни-членки е по-дълго от това в ЕС-15.

Продължителността на работното време не е единственият значим фактор във връзката между режим на работа и здраве. Важно е да се взема предвид и доколко работното време се вписва в останалите нетрудови дейности. Някои нестандартни режими на работа (нощен труд, работа в почивните дни) могат да ограничат социалния живот и да повлияят на баланса работа – личен живот. Такъв график на работа е и несъвместим с човешкия биоритъм. Особено нощният труд е свързан със смущения в съня и храносмилането, заболявания на сърцето и др.

Трети важен фактор е редовността и предвидимостта на графика за работа. Честата смяна на графика, редуването на дълъг с къс работен ден и особено неизвестността на графика за предстоящите седмици и месеци имат пагубни последствия върху здравето. Подобни ситуации стават все по-чести в резултат от политиката на гъвкаво работно време, които свеждат хората до допълнение към преките нужди на

¹ Източник: Департамент за търговия и промишленост, *Работно време – Разширяване на дебата*, Лондон, юни 2004. В Интернет на адрес: <http://www.dti.gov.uk/consultations/files/publication-1252.pdf>.

производството. Така периоди, в които работодателят изисква работникът да бъде на разположение, не могат да бъдат считани за свободно време що се отнася до качество на почивката, организация на домашните задължения, избор на занимания в свободното време и т.н. Макар настоящата Директива за работното време да не отговаря на очакванията на работниците, предложението за нейната ревизия ще отстъпи от някои постигнати придобивки. Това ще създаде много опасен прецедент на понижаване на стандартите на защита на работниците.

Ето защо ревизията на директивата ще бъде лакмус за бъдещето на социалната политика на ЕС.

Как ревизията на Директивата за работното време ще бъде своеобразен тест?

Директивата за работното време от 1993 включва няколко дребни жеста за подобряване на здравето и безопасността (чл. 3 до чл. 13). Това е вероятно единствената директива на ЕС, която отделя по-голямо място на дълги и сложни поредици от клаузи за гъвкавост, "възможност за неучастие" и изключения (от чл. 16 до чл. 18), отколкото на съществени мерки. Някои от "възможностите за неучастие" и изключенията бяха включени условно по молба на Великобритания, с уговорката, че след седемгодишен преходен период ще бъде предложена една по-съгласувана директива.

Директивата беше обект от противоречия от самото начало. Великобритания се опита да я обяви за невалидна чрез Съда на Европейската общност, но не успя. Възникнаха редица въпроси как да се тълкуват различните разпоредби и как да се наказва неспазването им, така че директивата да бъде адекватно пренесена. Макар да е наясно с безбройните злоупотреби, до които доведоха индивидуалните изключения, ЕК така и не въведе никакви процедури срещу страни-членки, лишавачи гражданите на общността от гарантирани равни основни социални и трудови права.

Единственият значителен напредък беше постепенното разширяване на обсега на разпоредбите на ЕС към професии и сектори, изключени от оригиналната директива.

През септември 2004 г. ЕК внесе предложения за ревизия на директивата. На компаниите се дава повече гъвкавост по отношение на максималното работно време от 48 часа седмично. Периодът на изчисляване на седмичното работно време може да бъде удължен до една година.

Предложението все още разрешава единични изключения за работодателите. В някои случаи, но не във всички, изключенията ще изискват предварителни колективни договори. Дотолкова е ясно, че ще

има подобни злоупотреби, че предложението се заставя да заложи втора максимална продължителност на работната седмица от 65 часа. Това не е задължителен максимум – изключения ще бъдат възможни чрез споразумения работодател-работник или колективни трудови договори.

Предложението съдържа дефиниция на работата "на повикване", която позволява на работодателите да задължат работниците да присъстват на работното място на разположение на работодателя, без това време да се брой за работно време. Това условие нарушава международните трудови стандарти, заложи от Международната организация на труда още през 1930 година! Конвенция № 30 на МОТ за работното време (търговия и офиси) постановява, че "терминът работно време означава времето, през което наетите лица са на разположение на работодателя". Тази дефиниция беше широко въведена отново с Конвенция № 67 за работното време и периодите на почивка (пътен транспорт (1939).

Ако една касиерка в супермаркет трябва да бъде на работното място от 9 ч. до 20 ч., но всъщност извършва трудова дейност за 5,5 часа от това време, новите предложения означават, че може да ѝ кажат, че е работила само през половината от времето, през което тя трябва да бъде на работното място на разположение на работодателя си. В крайна сметка, може да стане така, че работниците да понесат цялото бреме на нерегулярната организация на труда, произтичаща от клиентите и производствения процес.

Ето защо, предложението за ревизия на Директивата за работното време е един голям тест за социалната политика на ЕС в бъдеще. Основният избор е между дерегулация, която ще задълбочи още повече социалните неравенства, или подобряване на жизнените и трудови условия за всички.

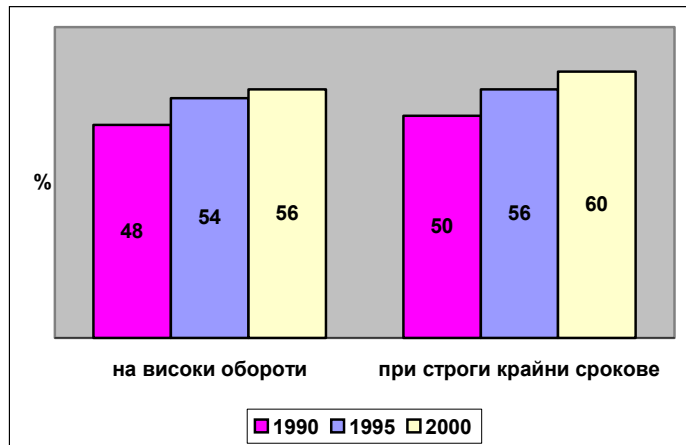
Работно натоварване

Работното натоварване е определящ фактор за здравето на работниците. Той е и аспект на организацията на труда, при който политиката на превенция все още е твърде колеблива.

Това е сложен въпрос, свързан и с физическо, и с интелектуално усилие, както и с психологически и емоционални фактори. До голяма степен е свързан с индивидуалния контрол върху работата, формите на сътрудничество с колегите, подкрепата, давана чрез обучение и информация, подходящото работно оборудване и т.н.

Като цяло в последните години имаше рязко повишаване на интензивността на работата. Между 1990 и 2000 г. броят на хората, работещи на високи обороти се е повишил от 48 % на 56 %, докато работещите при строги крайни срокове са се увеличили от 50 % на 60 % (данни на Дъблинската фондация).

Работещи на много високи обороти или при строги крайни срокове – 1990-2000 (%)



Източник: Европейска фондация за подобряване на условията на живот на труд, *Десет години условия на труд в ЕС, 2000*

Тази интензификация има много неблагоприятни последици за здравето:

- повишен стрес и психологически смущения (обща умора, безсъние, депресия, раздразнителност и др.);
- психо-соматични проблеми, които увеличават значително много физически смущения;
- значително повишаване в група медицински състояния, класифицирани заедно като "мускуло-скелетни смущения";
- интензивността на труда също е фактор при трудовите злополуки. Работата "под пара" невинаги оставя възможност за справяне с непредвидени обстоятелства.

Интензивността на труда е важен фактор за изключването на възрастните работници в частност. За жените, които срещат трудности да балансират между платения труд и неплатените домашни задължения, тя може да доведе до изключването им от платения труд или да ги изтласка към почасовата работа.

Монотонната и повтаряща се работа изостря вредните последици от интензификацията на труда. Изследването на Дъблинската фондация подчертава вредния ефект на повтарящата се работа върху здравето. Бързото разпространение мускуло-скелетните смущения показва вредата за здравето, причинена от съчетаването на следните фактори:

- интензификация на работата;
- степен на монотонност на работата и повтарящи се задачи;
- лоша организация на труда, неергономично работно оборудване;
- стрес, свързан с работата.

Таблица 1. Здравословни проблеми, свързани с повтарящи се движения – 2000 (%)

	Болки в гърба	Мускулни болки във врата и раменете	Мускулни болки в горните крайници	Мускулни болки в долните крайници
Повтарящи се движения	48	37	24	21
Липса на повтарящи се движения	19	11	4	5
Средно	33	23	13	11

Таблица 2. Здравословни проблеми, свързани с работа на много високи обороти – 2000 (%)

	Болки в гърба	Стрес	Мускулни болки във врата и раменете	Наранявания
Непрекъснатата работа на много високи обороти	46	40	35	11
Никога не работещи на високи обороти	25	21	15	5

Таблица 3 Health problems related to working to tight deadlines – 2000 (%)

	Болки в гърба	Стрес	Мускулни болки във врата и раменете	Наранявания
Постоянна работа при строги крайни срокове	42	40	31	10
Никога не работещи при строги крайни срокове	27	20	17	5

Източник: Европейска фондация за подобряване на условията на живот на труд, *Десет години условия на труд в ЕС, 2000*

Настоящото общностно законодателство никъде не дава достатъчно добри насоки за политика на превенция на мускуло-скелетните смущения. Съществуващите директиви покриват само някои от проблемите (работа с монитори, ръчен пренос на товари). Анализът показва, че пропуските в законодателството засягат особено жените, които често са съсредоточени на работни места, където има повторемост на движенията, сковано положение и малка лична преценка в организацията на работата.

Насилие, тормоз и стрес: опасни сигнали за психо-социално натоварване при работа

Редица национални и европейски изследвания докладват за увеличаване на проблемите, свързани с физическо и психологическо насилие, различни форми на тормоз (сексуален и психологически) и стрес на работното място. Причините са:

- Проблеми, които са съществували и преди, но са търпени безмълвно и в изолация, а сега излизат наяве.
- Дехуманизиране на работните условия, често в резултат от нараснало търсене на производителност, и превръщане на хората в придатък към изискванията на производството.
- Системи на управление, които създават конкуриране между работниците и разрушават сътрудничеството чрез насърчаване на съперничеството между работниците.

Съществуват няколко основни проблеми, към които има отношение превенцията на психологическите рискове:

- Действията в тази област не са възможни без поставяне под въпрос на организацията на труд. Работодателите, обаче, гледат на това като на тяхна запазена територия, определена от техните интереси (главно печалбата на акционерите).
- Изследването на психологическите аспекти неизбежно означава преценяване на упражняването на власт във фирмата. Създаването на конкуренция между работниците, "управлението чрез стрес", расовата дискриминация и мъжкото доминиране са специфични аспекти на властовите взаимоотношения.
- Мултидисциплинарните практики не са широко разпространени в превантивните услуги.
- Фирменото управление е склонно да предпочита индивидуалния подход на управление на споровете пред колективните подходи за промяна на работните условия, както ясно показват практиките на сексуален тормоз и тиранизиране.

Без да се впускаме в подробен анализ на тези въпроси, няма съмнения по отношение на техния приоритет за превантивни дейности на работното място днес. Подходът към здравето при работа, фокусиран само върху физическите опасности, не е достатъчно добър. Европейската конфедерация на профсъюзите договори с работодателски организации Европейско рамково споразумение относно стреса, целящо да даде

тласък на превантивните практики. Споразумението беше подписано през октомври 2004 г. Ефектът му ще зависи много от степента, до която неговите клаузи ще бъдат приети в отделните страни от ЕС.

Наличието на рамково споразумение не освобождава законодателната власт на общността от отговорност в тази област. Системите на индустриални отношения в Европа варират значително и националните инструменти за колективно договаряне не са достатъчни да гарантират равна защита на всички работници в ЕС.

На дневен ред:

- Да се направи нужното ревизията на Директивата за работното време да не отстъпва от постигнатите придобивки.
- ЕК да внесе предложение за директива за превенция на мускуло-скелетните смущения и да се разшири националното законодателство и политики в тази област.
- Европейското споразумение за стреса да бъде пренесено в националното колективно договаряне. Ако преговорите се прекъснат и в страни, където не всички работещи са обхванати от колективно договаряне, да се въведе законодателство, което да гарантира еднаква защита на всички работещи.
- Да се подобрят националното законодателство и политика за превенция на психологическите рискове и особено да се действа активно срещу насилието, тормоза и дискриминацията на работното място.

5. Химически рискове

Основна причина за смъртността, свързана с професионални заболявания

Химическите рискове са основна причина за смъртта сред работниците в европейските страни днес и са много по-опасен убиец от трудовите злополуки. Скорошно испанско изследване² сочи, че професионалните заболявания причиняват смъртта на 15 000 души годишно в Испания. Основното заболяване е ракът, а основната причина са химическите рискове. Други национални изследвания на смъртността, свързана с работата, стигат до подобни заключения³.

² García, A.M., Gadea, R., Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España, *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2004, 7 (1), pp. 3-8.

³ Nurminen, M., Karjalainen, A., Epidemiologic estimates of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 2001, vol. 27, No 3, pp. 161-213.

Работата с химически вещества е основен фактор, обясняващ социалните неравенства, свързани със здравето. Британски учени откриха преди близо трийсет години, че те са причина за една трета от смъртността в резултат от ракови заболявания⁴. Като цяло, всички налични данни сочат различна честота на раковите заболявания според социалната класа⁵. В зависимост от вида рак, излагането на химически вещества при работа може да играе решаваща роля (на носа, белите дробове или черния дроб, например) или относително по-малка (рак на простатата).

Що се отнася до разпространението на заболяванията, излагането на химически вещества при работа е значителен фактор за социалните неравенства при разпространението на заболявания на дихателната система, кожни заболявания и алергии. Голямо е и въздействието им върху репродуктивното здраве.

Наличните индикатори показват, че много голям брой работници са изложени на химически рискове. Изследването SUMER от 1994 г. във Франция⁶, например, посочва, че 54 % от извършващите ръчен труд, 27 % от техниците, 21 % от работещите в офиси и само 8 % от висшия ръководен персонал са били изложени на химикали. 15 % от изложените работници (около 610 000 души) са били изложени на повече от пет различни вида химикали. Един милион работници във Франция са изложени на карциногени, над 22 % от тях за повече от 20 часа седмично.

Има три основни елемента в общностното законодателство върху химическите рискове:

- Правила за работните места – определят задълженията на работодателите по отношение на техните работници.
- Правила за пазара – определят задълженията на производителите и вносителите на химикали⁷ и на националните власти.
- Правила за основните рискове от злополуки (директиви Севесо) – налагат задължения за безопасност, заради заплахите спрямо околната среда и хората, живеещи близо до заводи или складове.

Законодателството на ЕС за химическите рискове беше развито на два етапа. В периода 1978-1988 г. подходът представляваше въвеждане на

⁴ Logan, W.P.D., *Mortality from cancer in relation to occupation and social class*, Lyon, IARC, 1982.

⁵ Международна агенция за изследване на рака, *Social Inequalities and Cancer*, Lyon, 1997.

⁶ Heran-Le Roy, O., Sandret, N., *Enquête nationale SUMER 94. Premiers résultats*, Paris, ministère du Travail et des Affaires sociales, sd.

⁷ За краткост терминът *химикали* тук е използван, за да обозначи и химически вещества и химически препарати.

задължителни граници на излагането на въздействие. Първата Рамкова Директива от 1980 г. беше основа на законодателството. Опитът да се заложи набор от задължителни лимити на излагането на въздействие пропадна, както стана ясно и от спирането на предложението за Директива за бензола. От разпоредбите, приети на този етап, само Директивата за азбеста от 1983 г. (неколкократно ревизирана) остава в сила, но приемането на индикаторни лимити, планирано за след 1988 г. от ревизията на Рамковата директива от 1980 г., следва директно този етап.

След 1989 г. приемането на Рамковата директива отбелязва повратна точка в подхода. Бяха приети редица специфични директиви за превенция на химическите рискове:

- за карциногените (първата директива е приета през 1990 г. и е ревизирана неколкократно).
- за бременните работнички и служителки (1992). Тази директива не успява да се произнесе ясно върху премахването на рисковете или мерките за управлението им в зависимост от индивидуалния случай. Практиката показва, че репродуктивните рискове се подценяват като част от общата политика на превенция.
- за химическите рискове (1998). Това е най-изчерпателната директива, която въвежда съгласуван подход към клаузите на Рамковата директива от 1989.

В същото време продължава и работата по приемане на индикативни лимити на излагане на въздействие. Макар избраният инструмент да е директива, фактът, че лимитите са само индикативни, на практика я прави необвързващ инструмент. Дефиницията и употребата на лимити на въздействие все още се различават значително в отделните държави от ЕС.

В прилагането на правилата за химическа безопасност се наблюдават и някои общи тенденции:

Йерархията на превантивните мерки е силно игнорирана

Опасните субстанции все още се заместват с други безопасни или по-малко опасни само по изключение, освен ако не е изрично законово изискване или под официален натиск. Личните предпазни мерки обикновено са предпочитани пред колективния контрол.

Има големи различия между секторите, а дори и дейности и задължения в един и същи сектор

Фокусирането върху колективните мерки за контрол изглежда намалява с отдалечаване от основния химически сектор, особено в индустриите, консуматори на химикали, където по ред причини има традиционно пасивно приемане на химическите рискове. Има емпирични доказателства за това във фермерството, текстила, някои производствени сектори, хранителната индустрия, както и в сферата на услугите: чистене, гаражи, фризьорство и здравеопазване. Това не означава, че

нивото на превенция в основната химическа индустрия са непременно задоволителни, както личи от провала на мерките за предотвратяване на дългосрочното въздействие (карциногени, репротоксини и др.).

Малкото внимание се заплаща с дълготрайни последствия от излагането на химическо въздействие на работниците

Очевидният брой работници, изложени на карциногени на работното място, е свидетелство за този проблем, а положението е още по-тежко при мутагените и устойчивите органични замърсители. Проблемът се влошава от невъзможността много заболявания, свързани с работата, да бъдат признати за професионални.

Политиките на превенция пренебрегват много въздействия, които не са преки и тежки

Обръща се малко внимание на слабото и комбинирано въздействие. В тези случаи спазването на лимитите дава слаба защита и няма обратна връзка от наблюдения на здравословното състояние, които да бъдат взети предвид в оценката на риска и преработването на плановете за превенция. Много страни от ЕС нямат разпоредби за здравно наблюдение на работниците, изложени на опасни химикали, защото опасностите не са признати от работодателя.

Превантивните дейности не са правилно насочени към проблемите, свързани с химическите рискове

Малка част от работниците имат достъп до мултидисциплинарни услуги, компетентни в индустриална хигиена и здравен надзор. В повечето страни от ЕС съществуващите превантивни услуги завият от два основни критерия: сектор и големина на компанията. Те са очевидно неподходящи, предвид широкото разпространение на химическите рискова сред работниците.

REACH (политика за регистрация, оценка и одобряване на химикалите): важен въпрос за здравословните условия на труд

Каква е връзката между пазарна регулация и очевидните пропуски в превенцията на работното?

Превенцията на работното място зависи много от съществуващата информация. Химическите рискове не са непременно видими с просто око и в повечето случаи реалното ниво на превантивни дейности зависи от информацията, предоставяна заедно с продукта, като класификация, данни за безопасност, рискове и др.

Предварителната работа по Бялата книга за химикалите идентифицира редица пропуски в тази информация. Погрешна класификация, пропуснати въздействия в оценката на риска, извършени от производителя, пропуски в инструментариума за обществена оценка и т.н. Съществува фрапираща липса на информация, илюстрирана от особено трагични случаи като смъртта на шест текстилни работнички в

Испания (случаят "Ардистил") и проблеми, свързани с гликоловите етери във Франция.

Подобряването на пазарните правила няма да доведе до светкавично подобряване във всички аспекти на превенцията на работното място. Практическите условия диктуват нивото на превенция. Ала реформирането на пазарните правила би могло да създаде много по-благоприятни условия за дейностите по превенция.

Как предложенията на REACH могат да помогнат за подобряване на превенцията на работното място?

1. Основното предимство на REACH е свързано с пазарната информация

Задължението за регистрация е свързано по различни начини със задължението за оценка. Предложените подобрения трябва да намалят случаите на погрешна класификация (които почти винаги водят до подценяване на рисковете).

2. По-динамичен и по-систематичен поток на информация

Една система за оценка ще даде резултати по отношение на превенцията, ако е добре управлявана. Първоначалната оценка води до решения (класифицирано пакетирание, етикети, данни за безопасност), които трябва да бъдат проверени, адаптирани или модифицирани. В почти всички случаи на намеса на властите, първоначалните оценки на производителите са били утвърдени като крайни оценки. Този вид система не отчита информация на база на опита и не предлага вариант за вземане предвид на проблемите, открити в процеса на работа. REACH трябва да предоставя по-добър контрол над въздействията на производството върху здравето.

3. Повишена отговорност на всички участници

В момента съществува ясно разграничение между действията на производители и потребители. Това води до две пречки. Производителите не са особено склонни към нововъведения в опазване на здравето и околната среда. Крайните потребители се характеризират с пасивно приемане и затова оценките на риска от страна на работодателите са доста повърхностни по отношение на химическите рискове. Един по-систематичен поток от информация трябва да води до по-голяма отговорност на ангажираните страни. По-специално, това може да даде свеж стимул за практическа оценка на риска на работното място.

4. Подновена активност на публичните власти

Създаването на Европейска агенция за химикалите и връзката ѝ с компетентните власти в различните страни-членки, както и процедурите за одобряване и ограничаване на определени вещества, трябва да насърчат публичните власти да прилагат по-активен подход.

На дневен ред

- Приемането на REACH е най-добрата възможност за подобряване на здравословните условия на труд след Рамковата директива от 1989 г. Важно е да се парират опитите на химическата индустрия да всява паника във връзка с работните места. Дебатът подобрява възможностите за сътрудничество между природозащитните групи и синдикатите.
- Засилване на правилата, приложими за фирмите с най-рискови производства чрез въвеждане на клаузи за регулиране на поддоговарянето и ангажиране на представителите по здраве и безопасност в мерките за предотвратяване на трудовите злоупотреби.
- Приемане на лимити на въздействие, базирани на здравословните изисквания и съобразяването им с добрите практики на превенция.

Азбестът: трагичните последствия от индустриалното самоуправление

Азбестът навлезе в масова употреба в промишлеността през последните 30 години на XIX век. Първите тревожни сигнали за висока смъртност сред работещите с азбест датират от края на XIX век.

Азбестът причинява главно три заболявания: азбестоза (подобна на силикозата фиброза на белите дробове, която води до тежки затруднения в дишането и може да бъде фатална), рак на белите дробове и мезотелиома (плеврален рак). Води и до други форми на рак. Азбестът е доказана причина за сериозни дихателни заболявания от 1920 г. Научните доказателства за канцерогенността на азбеста датират от 1950 г. СЗО класифицира азбеста като канцерогенен за човека през 1977 г.

Индустриите, произвеждащи и използващи азбест дълго слагаха спънки пред публичните власти. Уж запазвайки работни места, те настояват за продължаване на "отговорно" производство на азбест, обезпечено с хигиенни мерки – стратегия на контролирана употреба, която се провали. Това бе похват за отлагане на забраната на азбеста и доведе до десетки хиляди смъртни случаи в страните от ЕС, които можеха да бъдат избегнати. Той все още пречи на забраната на азбеста в основните страни-потребители, сега в Азия, Латинска Америка и Африка. Едва през 1999 г. ЕС реши да забрани всички видове азбест (от 1 януари 2005).

Смъртността, причинена от азбеста надвишава смъртността при трудови злоупотреби в индустриалните страни и ще продължи в идните десетилетия. Латентният период между излагането на въздействие и развиването на мезотелиома може да превиши 40 години. Освен това, много сгради все още съдържат азбест, което е голяма заплаха за общественото здраве. Необходимите превантивни мерки ще бъдат голямо финансово бреме за обществото поколения напред.

6. Несигурност на работното място

Един важен въпрос

Десетки милиони работници в ЕС работят "нестандартна" работа. Те може и да имат някои законови права на хартия, но на практика често нямат гаранциите, които имат работещите с постоянен договор.

Повечето изследвания на здравословните условия на труд сочат, че временните работници са едни от най-уязвимите. Те страдат от по-висок процент трудови злополуки и имат по-малък достъп до превантивни услуги от останалите; по-малко редовни медицински прегледи; по-малко информация и обучение за трудовите рискове и по-рядко имат представители по безопасност и здраве.

Временният труд често е сочен за чудотворен лек за безработицата. Всъщност, обаче, той не предлага дългосрочно участие на пазара на труда за много работници. При някои това води до социално изключване и живот на ръба на бедността. Случайното наемане и освобождаване на работна ръка е една от основните причини за нарастване на "работещите бедни" в Европа, т.е. хора, които живеят под прага на бедността, въпреки че работят. Това засяга особено жените и младите хора.

Все по-несигурните условия на труд не се дължат изцяло на временната заетост. Поддоговарянето често води до несигурност, включително и сред постоянните работници, като поставя условията на труд под постоянния натиск на конкуриране в разходите и външен контрол от фирмите-клиенти. Скорошните примери на AZF в Тулуза и Репсол в Испания подчертаха опасностите, създавани от поддоговарянето. Самонаемането/независимото поддоговаряне също е една доста несигурна форма на труд.

Има много за вършене по отношение на временната заетост. Малкото съществуващи правила на Европейската общност съвсем не са достатъчни да адресират всички проблеми. Въпросът става още по неотложен и остър с разпространените несигурни условия на труд в новите страни-членки.

Наемането чрез посредник и безопасността на труда: няколко национални данни

В Испания се наблюдава близка взаимовръзка между временната заетост и високия процент трудови злополуки. Повечето налични данни не правят разлика между временно наемане от фирма (с краткосрочен договор) и наемане чрез посредник. Едно проучване на статистиката за трудовите злополуки за периода 1988 – 1995 г. открива стабилна тенденция: през осемте разгледани години, процентът злополуки на хиляда работници е 2.47 пъти по-висок за временните работници в сравнение с постоянните. Процентът на фаталните злополуки е 1.8 пъти

по-висок⁸. Изследване, проведено през 2003 г., върху статистическите данни за периода 1996-2002 открива, че положението се влошава⁹ - честотата на трудовите злополуки се увеличава още по-силно сред временните работници, отколкото сред постоянните. Между 1996 и 2002 г. нивото на злополуки при временните работници се е повишило от 101 на 121 на хиляда, в сравнение с 42 на 45 на хиляда при постоянните работници.

Таблицата по-долу показва високия дял трудови злополуки сред временните работници в Белгия.

Сравнението е между временните работници, наети чрез посредник, през 2002 г. и всички работници през 2001 г.

Таблица 4. Дял на трудовите злополуки: временни работници в сравнение с всички работници в Белгия

	Работници, заети с физически труд		Работници, заети с нефизически труд		Физически 66.5 % + нефизически 33.5 %	
	Всички	Временни	Всички	Временни	Всички	Временни
Честота	61.7	124.56	7.25	15.03	41.25	87.27
Реална норма на тежест	1.4	2.41	0.14	0.25	0.98	1.66
Общ норма на тежест	2.65	6.48	0.265	0.67	1.86	4.45

На дневен ред:

- Да се обърне по-голямо внимание върху случайното наемане и освобождаване от работа в националните стратегии за здравословни условия на труд.
- Да се изработят начини за предоставяне на временните работници на достъп до услуги по превенция и представители по здраве и безопасност. Да се спре използването на временни работници във високорискови сектори и работни места. Във всички останали случаи временните работници да бъдат обект на надзор от работнически представители и от властите.
- Провеждане на критическа преценка на връзките между политиките на заетост и здравословните условия на труд в Европейския съюз.

⁸ Boix, P., Orts, E., López, M.J., Rodrigo, F., Trabajo temporal y siniestralidad laboral en España en el período 1988-1995, *Cuadernos de relaciones laborales*, No. 11, 1997, pp. 275-319.

⁹ Unión General de Trabajadores (UGT), *Evolución de la siniestralidad en España 1996-2002*, Madrid, 2003.

7. Репродуктивно здраве и майчинство

Подобряване на знанието и превенцията

Гликолови етери

Гликолови етери се откриват в голям брой бързооборотни потребителски стоки, както и на работното място. Използват се в домакинските почистващите продукти, лепила, лакове и бои, ароматизатори, козметика, лекарства и др.

Наскоро законодателството на ЕС забрани някои познати репротоксични гликолови етери, използвани в потребителските стоки, но нищо не е направено за излагането на тяхното въздействие на работното място. М резултат на акция на работници в САЩ, беше направено синдикално изследване сред работниците в завода на IBM в Корбей (Франция) през 2000 г. Бяха открити 11 случая на рак на тестисите, 17 други вида рак и 10 случая на малформации. Бяха заведени дела срещу IBM, която е излагала работниците на гликолови етери между 1970 и 1995 г. Мина Ламрани е пакетирала бутилки с гликолов етер и е използвала етери за почистване на кутиите, използвани за съхранение на силиконовите елементи в непроветрявани помещения на една малка фирма подизпълнител на IBM. Тя ражда дете с тежки лицеви аномалии. Тиери Гарофало работи с гликолови етери в завода в Корбей. Сега страда от стерилитет и силни мускулни болки. Лобирането на синдикати и групи за подкрепа на жертвите постави под въпрос употребата на гликолови етери във Франция; планира се и ново законодателство в ЕС. Доказателства от случаите на 157 работника от различни заводи на IBM в САЩ сочат, че мултинационалната компания е била предупреждена от федералните власти в началото на 80-те години, че някои гликолови етери причиняват тежки малформации на плода при животни и могат да представляват риск и за хората. Делата в американски съдилища сочат излагането на гликолови етери като причина за рак сред работниците (особено рак на тестисите) и тежки аномалии при новородените (където или бащата или майката са били изложени на въздействие).

Работната среда крие много рискови фактори за репродуктивността. Примерите включват химикали, чиято токсичност не е била правилно оценена и физически фактори като топлина, йонизираща радиация и др. Самата организация на труда също може да наложи рискове. Дългото работно време и нощният труд, например, са сочени за причина при спонтанни аборти, проблеми в развитието на плода (особено ниско тегло на новороденото) и преждевременни раждания. Стресът, свързан с интензивната работа също често вреди на либидото.

Очертават се два въпроса:

- Рисковете за репродуктивното здраве, свързани с работата, не са достатъчно изследвани. Има големи пропуски в данните. Единици са европейските региони (Тоскана в Италия е един от тях), които пазят регистри, даващи възможност да се свържат аномалиите с

излагането на въздействие на определени вещества при работа. Химическата индустрия не желае да се правят цялостни оценки на рисковете, които създава това производство.

- Дори и когато има данни, политиките често пренебрегват първичната превенция (в частност премахването на рисковете) в полза на индивидуални мерки само по време на бременността.

Директивата от 19 октомври 1992 г. за безопасността и здравето при работа на бременните и наскоро родилите или кърмещи работнички е двусмислена и има пропуски по отношение на здравето при работа като такова и защитата на права (защита срещу уволнение, запазване на заплащането и т.н.).

Оценката на риска заема централно място в Директивата, която не предвижда конкретни превантивни мерки, а просто неизчерпателно излага рискови фактори, които трябва да бъдат взети предвид при избора на превантивни мерки. Могат ли работодателите да отложат оценката на риска, докато бъдат информирани от бременна работничка за състоянието ѝ или трябва да оценяват и премахват или намаляват рисковете преди това? Според нас трябва да бъде второто, но директивата е доста неясна по този въпрос.

Оценката на риска, проведена след информирането на работодателя за бременността на служителката не може да създаде условия за ефективна превенция. Научната литература посочва, че плодът е най-податлив на риск в ранните стадии на бременността. В повечето случаи е твърде късно за превенция, когато работодателят бъде информиран. Дори там, където работната среда насърчава ранното уведомяване, жените го правят, когато са в осмата седмица на бременността, средно. Рискът от малформации на плода е най-силен между 3-та и 8-та седмица на бременността, в зависимост от засегнатите органи. При мнозинството от жените това означава, че мерките за предотвратяване на излагането на тератогени ще бъдат неефективни.

Директивата постановява работодателят да приеме превантивни мерки, основани на оценка на риска. Приоритетът е да се елиминират и предотвратяват рисковете от източника, а ако не е възможно, временно приспособяване на условията на труд. Ако това не е технически или обективно изпълнимо, работодателят трябва да премести работничката на друго работно място. Ако и това не е обективно възможно, трябва да ѝ даде отпуска за целия период, през който трябва да пази здравето си. Директивата не съдържа критерии какво е обективно неизпълнимо. Разходите достатъчно основание ли са работодателят да не вземе мерки?

На практика явно са. Най-често работничката се премества на друга работа. Това превръща бременността в пречка, която оправдава изключването от работа. Това води до две неща. Първо, финансовият натиск може да принуди някои работнички да останат на опасното

работно място. И второ, превенцията чрез елиминирание на източника на риск не е приоритет.

За разлика от други директиви относно здравето при работа, Директивата от 1992 не предвижда консултиране на работниците по мерките за превенция. Това засилва тенденцията на безопасността и здравето на бременните работнички да се гледа като на въпрос, засягащ отделни личности, поставени в необичайна ситуация, вместо като колективен въпрос за здравословните условия на труд във всички предприятия.

Директивата не предвижда достатъчно гаранции за дохода по време на отпуска по майчинство. Защитата срещу уволнение е лесно преодолима, когато работодателят се позове на основания, несвързани с бременността.

Комисията трябваше да внесе предложения за изменения през октомври 1997. През юли 2000 г. ЕП изказа критики към прилагането на директивата и призова тя да бъде ревизирана. ЕК все още не е внесла никакви предложения за подобрение.

Най-ефективният превантивен подход би бил да се ограничи защитата на майчинството до специфичните за бременността условия (главно по отношение на ергономията, работното време и темпо, но и подобрена защита срещу някои патогени и йонизираща радиация) и значително затягане на политиката по превенция на химическите рискове чрез премахване и заместване на опасни за репродуктивността вещества (и за жените и за мъжете), а когато това не е технически изпълнимо, чрез ефективни мерки за контрол за ограничаване на въздействието. В това отношение предложението на ЕК да се включат опасните за репродуктивното здраве химикали в обхвата на Директивата за карциногените е първата крачка в правилната посока. То ще бъде ефективно, обаче, само ако химическата индустрия бъде задължена да оценява репродуктивните рискове. Предложението REACH е една възможност за напредък в тази насока.

На дневен ред:

- ЕК да внесе предложение за ревизия на Директивата от 1992 и да се подобри националното законодателство за защита на майчинството.
- Да се подобри националното законодателство и политики за по-добра превенция на рисковете от мутагени и репротоксини.
- Подкрепа на REACH и подобряване на основните й разпоредби.
- Стимулиране на изследванията на репродуктивните рискове.
- Действия, основани на наличните данни за репродуктивните рискове за здравето на условията на труд.
- Оформяне на цялостна стратегия за репродуктивно здраве, включваща рисковете при работа.

8. Признаване на професионалните заболявания

Да се поучим от грешките

Провалът на общностната политика в цифри

Изследване на Eurogip, публикувано през 2002 г. илюстрира големите разлики между националните системи за докладване и признаване на професионалните заболявания и степента на социални неравенства, които създават (Вж. Таблица 5.).

Страните от ЕС, обхванати в изследването, варират от нисък дял признати професионални заболявания от 3.3 на 100 000 работника в Ирландия до висок от 177 във Франция.

Не се наблюдава реална близост между националните системи нито по отношение на общите данни, нито от гледна точка на основните заболявания. Разликите между страните с крайни данни остават непроменени в последните десет години, с изключение на Швеция. Скандинавските страни, Австрия и Италия имат отчетливо рязък спад в признатите професионални заболявания (с леко увеличение в Италия и Швеция през последните две-три години). Тук основен фактор са ограничаващите политики. Реален, макар и не толкова очертан спад се наблюдава в Белгия, но във Франция и Испания се е случило обратното, което показва силен растеж на броя признати заболявания, което се обяснява с подобреното признаване на мускуло-скелетните смущения в двете страни и заболяванията, свързани с азбеста във Франция. В Германия броят на признатите професионални заболявания нараства между 1990 и 1996 и спада устойчиво след 1997 г. Във Великобритания броят признати професионални заболявания е много нисък, в сравнение с другите страни от ЕС. Не се наблюдава значима промяна през 90-те, със средно над 3 000 белодробни заболявания и около 4 000 до 5 000 други признати заболявания годишно. Последните години (1998-2000) показват остър спад в признатите белодробни заболявания и липса на промяна при другите заболявания.

Таблица 5. Докладвани и признати професионални заболявания в 12 страни от ЕС, 1990-2000 г.

	Нови случаи на докладвани професионални заболявания на 100 000 работника			Нови случаи на признати професионални заболявания на 100 000 работника (% от приетите случаи)		
	1990	1995	2000	1990	1995	2000
Австрия	151	133	103	78 (51.8 %)	52 (39.3 %)	42 (41.7 %)
Белгия	431	336	277	186 (43.2 %)	204 (60.9 %)	112 (40.5 %)
Дания	549	669	545	90 (16.4 %)	131 (19.6 %)	124 (22.8 %)
Финландия	320	331	238	160 (50 %)	110 (33.1 %)	64 (27 %)
Франция	63	103	237	44 (70 %)	76 (73.8 %)	177 (75 %)
Германия	192	235	211	35 (18.3 %)	66 (27.9 %)	49 (23.1 %)
Гърция	-	5.3	4.5	-	4.7 (90 %)	3.5 (78.1 %)
Ирландия	4.4	6.4	7.5	2.3 (52 %)	5.5 (87 %)	3.3 (44 %)
Италия	354	211	160	93 (26.2 %)	39 (18.5 %)	33 (20 %)
Люксембург	113	49	82	8 (6.7 %)	15 (30.9 %)	14 (16.9 %)
Португалия	-	57	55	-	42 (73.1 %)	27 (48.9 %)
Швеция	1,524	642	309	1,242 (81.5 %)	258 (41.3 %)	138 (45 %)

Източник: Eurogip, 2002

Залагането на приоритети на превенция на базата на данните за професионалните заболявания в Европа може в много отношения да бъде безсмислено, тъй като данните доказват повече практиките на прикриване, отколкото реалното положение при здравословните условия на труд.

Недостатъчното признаване професионалните заболявания се среща във всички страни от ЕС. Непосредствените последици от това са :

- Пренебрегване на много заболявания, на които не се гледа като приоритет за превенция
- Мащабен трансфер на средства в полза на работодателя, като до голяма степен бремето се разпределя между жертвите (например, загуба на обезщетение при преместване или съкращение, последствия от нетрудоспособност и др.) и общите здравни бюджети (покриване от социалното осигуряване на заболявания, нетрудоспособност и безработица и др.).

Въпросите, свързани с пола, са недооценени и това води до системна дискриминация, която подкопава политиките на превенция при заболявания, по-често срещани при жените и по-тежки при жените, отколкото при мъжете. В повечето страни от ЕС, жените попадат в рамките на 25 % до 40 % от признатите професионални заболявания. Във Великобритания делът им е под 10 %, в Белгия около 15 %.

Въпреки това, изразени в еквивалент на пълни работни дни, адаптираните общи данни за ЕС събрани от Евростат в изследването на работната сила от 1999 показват, че във всички изследвани страни, освен Гърция, професионалните заболявания всъщност преобладават сред жените¹⁰.

Предсказуемият провал на политиката на ЕС

Първите инициативи целяха хармонизиране на националните системи на признаване на професионалните заболявания и създаване на обща рамка за служби по трудова медицина. Те бяха под формата на Препоръки на ЕК, т.е. необвързващи инструменти. Първата препоръка беше приета на 23 юли 1962 г. и се занимаваше с компенсацията за професионални заболявания. Тя призоваваше да се състави единен списък на заболяванията и причинителите им и системите да признаят всички заболявания, за които може да се докаже, че са професионални по произход. Тя беше насочена и към създаване на система за докладване на известни заболявания извън списъка, така че той да бъде редовно обновяван.

Четири години по-късно, на 20 юли 1966 г. ЕК прие нова Препоръка за страдащите от професионални заболявания, доста по-конкретна от предишната и целяща страните-членки да подават двугодишни доклади като основа на основно ревизиране на Европейския списък.

Препоръките от 1962 и 1966 г. бяха силно пренебрегвани.

На 22 май 1990 г. ЕК прие нова препоръка, която отново приканваше страните-членки да приложат на практика принципите, заложили преди четвърт век. Тя обновява и Европейския списък за първи път от 24 години, който би трябвало да се обновява на всеки две или три години. Заключение е, че повечето страни от Европейската общност все още не прилагат смесената система: само системите на Дания и Люксембург изглеждат са съобразени с насоките на Препоръките от 1962 и 1966 г.

Новата препоръка съдържа последна молба, в която "Комисията призовава страните-членки да я информират в края на период от три години, за мерките, взети или предвидени в отговор на тази препоръка.

¹⁰ Dupré, Didier, "The health and safety of men and women at work", *Statistics in focus, Population and social conditions*, theme 3-4, Eurostat, 2002. В Интернет на : <http://europa.eu.int/comm/eurostat> > Publications.

След това ЕК ще разгледа степента, в която препоръката е приета от страните-членки, с оглед да определи дали има необходимост от задължително законодателство". Затова се очакваше работата по директива да започне около 1993-1994 г.

На 20 септември 1996 г. ЕК прие Обръщение относно Европейския списък на професионалните заболявания. Той съдържа заключението, че It "в момента би било преждевременно да се предложи обвързващо законодателство в , което да замени Препоръката от 1990 г.". ЕК счита, че "все пак тази възможност може да бъде разгледана заедно с бъдещото обновяване на Европейския списък на професионалните заболявания".

Това обновяване беше направено през септември 2003 г. Макар съдържанието на списъка да беше подобро, фактът, че все още това е само препоръка поставя сериозни въпроси относно ефективността му.

На дневен ред:

- ЕК да внесе предложение за директива с минимални условия за признаване на професионалните заболявания в различните страни на ЕС.
- Предприемане на действия срещу системното понижено признаване на професионалните заболявания, специфични за жените, като форма на непряка дискриминация.
- Насърчаване на изследванията на заболявания със съмнения за професионални с цел подобряване на стратегиите за превенция.
- Предприемане на действия на национално ниво за подобряване на системите за признаване на професионалните заболявания. В частност, по-добро признаване на професионалните ракови заболявания, болките в гърба и менталните смущения.