

შრომის მედიცინა საქართველოში

შრომის (პროფესიული) მედიცინის ორგანიზება საქართველოში
საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით



კვლევა | 2023



**შრომის (პროფესიული) მედიცინის
ორგანიზება საქართველოში
საერთაშორისო გამოცდილების
გათვალისწინებით**



კვლევა

2023



კვლევა მომზადებულია „სამართლიანი ეკონომიკის ინსტიტუტის“ მიერ თბილისის მეტროპოლიტენის დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირი - „ერთობა 2013“-ის დაკვეთით. კვლევა გამოცემულია „ფონდი ღია საზოგადოების საქართველოს“ ფინანსური მხარდაჭერით. ავტორის/ავტორების მიერ საინფორმაციო მასალაში გამოთქმული მოსაზრება შესაძლოა არ გამოსატყვევეს ფონდის პოზიციას. შესაბამისად, ფონდი არ არის პასუხისმგებელი მასალის შინაარსზე

კვლევის ხელმძღვანელი: ბექა ნაცვლიშვილი

მკვლევრები: სოფო ჯაფარიძე, დავით ომსარაშვილი & თორნიკე ჩივაძე

დიზაინერი & ტექნიკური რედაქტორი: რევაზ კარანაძე

აკრძალულია კვლევაში მოყვანილი მასალის გადაბეჭდვა, გამრავლება ან გავრცელება კომერციული მიზნით, თბილისის მეტროპოლიტენის დამოუკიდებელი პროფესიული კავშირი - „ერთობა 2013“-ის, ნებართვის გარეშე.

ტელ: (+995) 591 41 61 97

ვებ-გვერდი: <http://www.gaertianeba.ge/>

ფეისბუქი: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100062486207365>

შრომის (პროფესიული) მედიცინის ორგანიზება საქართველოში საერთაშორისო გამოცდილების გათვალისწინებით

„თუ გვსურს გავიგოთ პროფესიული ჯანდაცვის ისტორია, ის ჩვენ უნდა განვიხილოთ კაპიტალის და შრომის ურთიერთობაში: სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადებები სოციალურადაა წარმოებული და შესაბამისად აცილებადია.“ - ჰერბერტ აბრამსი.¹

საბჭოთა კავშირის დანგრევის შემდეგ დღის წესრიგში გეგმური ეკონომიკიდან საბაზრო ეკონომიკაზე გადასვლა დადგა. არსებობდა ერთგვარი რწმენა, რომ რაც უფრო დამორღებოდა ქვეყანა რეფორმების შედეგად საბჭოთა კავშირს, მით უფრო კარგად იცხოვრებდა. რეფორმები საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების მიერ 80-იან წლებში შემუშავებული უნივერსალური, სტანდარტული რეცეპტების მეშვეობით განხორციელდა. ნეოლიბერალური ეკონომიკური დოქტრინის საფუძველზე შემუშავებული ეს რეფორმები ვაშინგტონის კონსენსუსის სახელით არის ცნობილი. პოსტსაბჭოთა სივრცეში ამ რეფორმებს „შოკური თერაპია“ ეწოდა. მათი მიზანი ფასებისა და ვაჭრობის ლიბერალიზაცია, მაკროეკონომიკური სტაბილურობის უზრუნველყოფა და სწრაფი, ყოვლისმომცველი პრივატიზაციისა და დერეგულაციის საფუძველზე, ინვესტიციების ხელშეწყობა იყო.

მას შემდეგ სამი ათწლეული გავიდა. ყველა ხელისუფლება რადიკალიზმის განსხვავებული ხარისხით, მაგრამ მაინც ერთგული რჩებოდა ნეოლიბერალური რეფორმების სულისკვეთების.

ამ რეფორმებს მრავალი საჭირო სტანდარტი, რეგულაცია, ინსტიტუტი, მარეგულირებელი ორგანო და დარგი შეეწირა, მათ შორის შრომის მედიცინაც, რომელიც საბჭოთა კავშირში არა მხოლოდ სოციალური პოლიტიკის, არამედ პრევენციული მედიცინის ერთ-ერთ მთავარ საყრდენს წარმოადგენდა.

¹ ჰერბერტ აბრამსი იყო არიზონის უნივერსიტეტის პროფესორი, საყოველთაო ჯანდაცვის ადვოკატების ერთ-ერთი ლიდერი ამერიკის შეერთებულ შტატებში.

მიუხედავად საქართველოში ბოლო ათწლეულის განმავლობაში განხორციელებული შრომითი ურთიერთობების მარეგულირებელი რეფორმებისა, შრომის მედიცინა კვლავ ქმედითი სახელმწიფო რეგულაციების მიღმა რჩება. ამ გარემოების გამო, მშრომელები შრომითი საქმიანობით განპირობებული რისკ-ფაქტორების ზემოქმედების შედეგად განვითარებული დაავადებებისგან დაუცველები არიან.

წინამდებარე ნაშრომში ლიტერატურის შესწავლის საფუძველზე განხილულია შრომითი ურთიერთობების სხვადასხვა ტრადიციის და მოდელის მქონე ქვეყნები, რომელთა გამოცდილებაც შეიძლება მნიშვნელოვანი იყოს საქართველოში შრომის მედიცინის ქმედითი ინსტიტუციური მოდელის ჩამოსაყალიბებლად. ნაშრომის ბოლოს, დასკვნის სახით შემოთავაზებულია შრომის მედიცინის ორგანიზების ის მოდელი, რომელიც უპასუხებდა საქართველოს სოციალური და ეკონომიკური განვითარების დღევანდელ მდგომარეობას.

სარჩევი

შესავალი.....	7
საკვლევო ქვეყნების შერჩევის კრიტერიუმები.....	14
ძირითადი ცნებების განსაზღვრება.....	16
შრომის მედიცინის ნაციონალური სისტემები.....	18
პოლონეთი.....	21
პასუხისმგებელი ორგანოები.....	23
პასუხისმგებელი სტრუქტურული ერთეულები.....	25
პროფესიული ჯანდაცვის მოდელი.....	29
მომსახურე პერსონალი და განათლება.....	30
ტექნიკური, სამედიცინო და სამეცნიერო ინსტიტუტები.....	31
განსაკუთრებით რთულ და საშიშ პირობებში დასაქმება.....	32
ავსტრია.....	34
ეროვნული დონის პოლიტიკა.....	34
შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის ინსტიტუციები და ინფრასტრუქტურა.....	36
სოციალური დიალოგი.....	37
შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მოდელი.....	38
შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტების მომზადება.....	41
დაზღვევა და კომპენსაცია.....	42
მძიმე და სახიფათო სამუშაოებზე დასაქმება.....	44
კვლევითი დაწესებულებები და სხვა ორგანიზაციები.....	45
ავსტრალია.....	46
შრომის მედიცინის მომსახურების მოდელი ავსტრალიაში.....	48
სადაზღვევო და ჯანდაცვის სქემები.....	50

შრომის სამედიცინო განათლება და კვლევითი ცენტრები.....	51
უკრაინა.....	53
შრომის უსაფრთხოების სამსახური	53
ატესტაციის კომისია.....	54
სამედიცინო შემოწმება	56
შრომის ინსპექცია.....	56
დაზღვევა და კომპენსაცია	57
რთულ და სახიფათო პირობებში დასაქმება.....	59
საქართველო.....	61
შრომის კოდექსი.....	61
„შრომის უსაფრთხოების შესახებ“ - საქართველოს ორგანული კანონი	62
შრომის ინსპექციის შესახებ საქართველოს კანონი.....	66
პროფესიული დაავადებების აღრიცხვის, მოკვლევისა და ანგარიშგების წესი	67
პროფესიული დაავადების მოკვლევა	70
დადგენილება ინსპექტირებას დაქვემდებარებულ ობიექტებზე შესვლისა და შემოწმების (ინსპექტირების) წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ.....	73
დასკვნა და რეკომენდაციები კანონმდებლობასთან დაკავშირებით	74
რეკომენდაცია	77
ბიბლიოგრაფია	81

შესავალი

ყოველწლიურად 12,2 მილიონი ადამიანი იღუპება ჯერ კიდევ აქტიურ სამუშაო ასაკში არაგადამდები დაავადებებით, ძირითადად განვითარებად ქვეყნებში.

გარკვეული პროფესიული რისკები, როგორცაა ხმაური, კანცეროგენური აგენტები, ჰაერის ნაწილაკები და ერგონომიული რისკები წარმოადგენს ქრონიკული დაავადებების გამომწვევი მიზეზების მნიშვნელოვან ნაწილს: ხერხემლის ტკივილის ყველა შემთხვევის 37%, სმენის დაქვეითების 16%, ქრონიკული ობსტრუქციული დაავადების 13%, სასუნთქი ორგანოების და ასთმის 11%, ტრავმების 8%, ფილტვის კიბოს 9%, ლეიკემიის 2% და ღებრესიის 8% სწორედ სამუშაო ადგილზე შრომის მედიცინის სტანდარტების არასათანადო დაცვასა თუ იგნორირებასთან არის დაკავშირებული.

სამუშაო ადგილთან დაკავშირებული ჯანმრთელობის პრობლემები ქვეყნების უმეტესობისთვის მშპ-ს 4-6%-ის ეკონომიკურ ზარალს იწვევს.

დასაქმებულთა დაახლოებით 70%-ს არ გააჩნია დაზღვევა, რომელიც პროფესიული დაავადებებითა და დაზიანებებით მიყენებული ზიანის კომპენსაციას მოახდენდა.

კვლევებით დასტურდება, რომ სამუშაო ადგილზე შრომის მედიცინის ქმედითი სტანდარტების დანერგვამ შეიძლება ხელი შეუწყოს ავადობით გამოწვეული შვებულების 27%-ით შემცირებას, ხოლო სოციალური სისტემიდან გამომდინარე, კომპანიებისთვის და სახელმწიფოსთვის, ჯანდაცვის ხარჯების 26%-ით შემცირებას.²

ისტორიულად, შრომის მედიცინა გაფართოვდა ფიზიკურიდან მენტალურ სფეროებზე.³ პანდემიის დაწყებამდე ევროკავშირის ქვეყნებისთვის ჩატარებული კვლევის მიხედვით, სამუშაო გარემოში მიღებული სტრესი დასაქმებულების ნახევარს აწუხებდა და მასზე

² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>

³ ევროკავშირის სტრატეგიული გეგმის პრიორიტეტი შრომის ჯანმრთელობაში 2021-2027 წლებში სწორედ ფსიქოსოციალური ჯანმრთელობაა. იხ: EU strategic framework on health and safety at work 2021-2027 Occupational safety and health in a changing world of work

მოდიოდა დაკარგული სამუშაო დღეების ნახევარი.⁴ განვითარების ასეთი ტენდენცია ვერ აიხსნება მხოლოდ იმით, რომ გარკვეული სიმდიდრის შემდგომადამიანები უფრო მეტ ყურადღებას მენტალურ ჯანმრთელობას აქცევენ, არამედ იმით, რომ ეკონომიკის სტრუქტურა მნიშვნელოვნადაა შეცვლილი. ჯანმრთელობის და უსაფრთხოების ინსტიტუციების განვითარებასთან ერთად, მნიშვნელოვანი ფაქტორი ფატალური შემთხვევების შემცირება ობიექტურმა ფაქტორმაც მოიტანა - უფრო და უფრო ნაკლები ინდუსტრიული სამუშაო ადგილის გამო, უფრო და უფრო ნაკლებია ისეთი სამსახურები, რომლებიც სიცოცხლის მოსპობის უშუალო/სწრაფ საფრთხეებს წარმოქმნიან. სამაგიეროდ, ახალი ტიპის სამსახურები უფრო მეტად მოითხოვენ კოგნიტიურ და მენტალურ დაძაბულობას, რამაც შრომის მედიცინაში ფსიქოსოციალური პრევენციული და სარეაბილიტაციო მექანიზმების დანერგვის დიდი მოთხოვნა გამოიწვია. უნდა აღინიშნოს, რომ ეს ტენდენცია უფრო განვითარებულ ქვეყნებში შეინიშნება. განვითარებად სამყაროში შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის კანონები მშრომელების მხოლოდ 10%-ს ეხება და ეს იმ დროს, როდესაც ყოველწლიურად რთული და საშიში პირობების მქონე დასაქმების ადგილები 11 მილიონით იზრდება. განვითარებად ქვეყნებში 1,4 მილიარდზე მეტი ადამიანი, (ხუთიდან თითქმის ოთხი დასაქმებული) მუშაობს სახიფათო გარემოში (LaDou et al, 2018).

ზემოთ ხსენებული ნათლად მოწმობს ქმედითი შრომის მედიცინის სისტემის არსებობის აუცილებლობას ქვეყანაში.

საბჭოთა კავშირში შრომის მედიცინა პრევენციული მედიცინის ერთ-ერთ მთავარ საყრდენს წარმოადგენდა. იგი ჯანდაცვის სემამკოს სისტემის ინტეგრირებული ნაწილი იყო.⁵ ყველა საწარმოში ტარდებოდა პერიოდული დისპანსერიზაცია. თითქმის ყველა

⁴ OSH Pulse – occupational safety and health in post-pandemic workplaces, 2022. <https://osha.europa.eu/>

⁵ საბჭოთა კავშირში არსებული ცენტრალიზებული ჯანდაცვის სისტემა, განსაკუთრებული აქცენტით პრევენციულ მედიცინაზე, სადაც როგორც ჯანდაცვის მომსახურების განმახორციელებელი, ასევე შემსყიდველი სახელმწიფოა. იგი გამოირჩეოდა მოქალაქეების ჯანმრთელობაზე ზრუნვის პროაქტიული ხასიათით. იხილეთ: Семашко Н. А, Очерки по теории организации советского здравоохранения, Москва- 1947

საწარმო აღჭურვილი იყო სამედიცინო პუნქტით. დიდ საწარმოებს, სამუშაოს სპეციფიკისგან გამომდინარე, გააჩნდათ საკუთარ ბალანსზე არსებული საავადმყოფოები და სარეაბილიტაციო ცენტრები. სოციალური უზრუნველყოფის სისტემისგან გამომდინარე სახელმწიფო პროფესიული კავშირების მეშვეობით ახორციელებდა შრომის მედიცინის სტანდარტების ზედამხედველობას. პროფესიული დაავადებისგან გამომდინარე დროებითი ან ხანგრძლივი შრომისუნარიანობის შეზღუდვის შემთხვევაში მშრომელს ჰქონდა შესაძლებლობა ადრე გასულიყო პენსიაზე და მიეღო საკმაოდ მაღალი კომპენსაცია, დაავადების ხარისხისგან და სამუშაოს სპეციფიკისგან გამომდინარე (Бейлихис, 1971).

საბჭოთა კავშირის დანგრევა არა მხოლოდ ახალი დამოუკიდებელი სახელმწიფოების წარმოქმნას, არამედ გეგმური ეკონომიკიდან საბაზრო ეკონომიკაზე მათ გადასვლას უკავშირდებოდა. ამ ცვლილებას ისინი საერთაშორისო საფინანსო ინსტიტუტების (მსოფლიო ბანკი, სავალუტო ფონდი) მიერ 80-იან წლებში შემუშავებული სტანდარტული, უნივერსალური რეცეპტების მეშვეობით, თითქოს უკვე მომზადებულები უნდა შეხვედროდნენ. ნეოლიბერალური ეკონომიკური დოქტრინის საფუძველზე შემუშავებული ეს რეცეპტები „ვამინგტონის კონსენსუსის“ სახელით არის ცნობილი. „სტრუქტურული ადაპტაციის“ შემოთავაზებული პროგრამები, რეფორმების ექსპერტულ და, სესხებისა და გრანტების სახით, ფინანსურ მხარდაჭერას გულისხმობდა. პოსტსაბჭოთა სივრცეში ამ რეფორმებს შოკური თერაპია ეწოდათ (Marangos, 2007). მათი მიზანი, მათ შორის, სწრაფი და ყოვლისმომცველი პრივატიზაცია, ვაჭრობისა და ფასების ლიბერალიზაცია, პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების მოზიდვა და მაკრო ეკონომიკური სტაბილურობის უზრუნველყოფა იყო. რეფორმატორებმა კარგად იცოდნენ, რომ მათ რეფორმებს ფართოსაზოგადოებრივი მხარდაჭერა არ ექნებოდა. ამიტომ ისინი სწრაფად, როგორც „შოკი“, ისე უნდა დასტყდომოდათ თავს, რადგან წინააღმდეგობა საზოგადოებას ვეღარ გაეწია (Balcerowicz, 1994).

როგორც კი დაინგრა საბჭოთა კავშირი, დაიწყო საწარმოო და ეკონომიკური კავშირების მოშლა, რასაც თან სავალუტო კრიზისიც დაერთო (პაპავა, 2015). საქართველოში

ვითარება კიდევ უფრო დაამძიმა 90-იანი წლების დასაწყისში მომხდარმა სამოქალაქო დაპირისპირებამ და შეიარაღებულმა ტერორისტულმა კონფლიქტებმა. ასი ათასობით ადამიანი დევნილად იქცა. შეიძლება ითქვას, რომ სწორედ ეს შეიარაღებული კონფლიქტები გახდა საქართველოს ეკონომიკის განადგურების საფუძველი. მაგრამ თუ გადავხედავთ სხვა პოსტსაბჭოთა და პოსტკომუნისტურ ქვეყნებს, სადაც ან ამ მასშტაბის, ან საერთოდ კონფლიქტს ადგილიარ ქონია, დავინახავთ, რომ ვითარება მსგავსი იყო (Kristen Ghodsee, 2021). ამ ფონზე, გაუაზრებელმა პრივატიზაციამ გამოიწვია სრული დეინდუსტრიალიზაცია და საწარმოო პროცესის მოშლა.

შედეგად, როგორც მთლიანად ეკონომიკა და სოციალური სისტემა, ისე ჯანდაცვაც სავალალო მდგომარეობაში აღმოჩნდა. შექმნილი ეკონომიკური ვითარება და უსახსრობა პირდაპირ აისახა რესურსების სიმცირეზე, ჯანდაცვის სისტემაში მომუშავე პერსონალის სოციალურ მდგომარეობაზე. ყოფილ რესპუბლიკებს შორის სავაჭრო ურთიერთობების მოშლამ გამოიწვია ძირითადი სამედიცინო საშუალებებით უზრუნველყოფის საგრძნობი შემცირება. ამორტიზებული იყო მატერიალურ-ტექნიკური ბაზაც. მკვეთრად შემცირდა ჯანდაცვის სახელმწიფო დაფინანსება და ერთ სულ მოსახლეზე 1990 წლის 130 აშშ დოლარიდან 1994 წელს 0.45 აშშ დოლარამდე დაეცა. ჯანმრთელობის მთლიან დანახარჯებში სახელმწიფოს წილი 1994 წელს 4.9% შეადგენდა, რაც იმ წლის სახელმწიფო ბიუჯეტის მხოლოდ 1.3%-ს წარმოადგენდა. ჯანდაცვის ხარჯების თითქმის 90%-ს მოქალაქეები საკუთარი ჯიბიდან ფარავდნენ, ისიც იმ შემთხვევაში თუ მათ ამის უნარი შესწევდათ. გაუარესებული ჯანდაცვის სოციალური მდგენელების გამო ჯანდაცვის სისტემაზე წნეხი კიდევ უფრო იზრდებოდა. ცხადია, შექმნილი ვითარება რეაგირებას საჭიროებდა (ნაცვლიშვილი, 2022).

უკვე 90-იანი წლების დასაწყისიდანვე დაიწყო საქართველოში ჯანდაცვის სისტემის რეფორმა. რეფორმის მიზანს, სემაშკოს საბჭოთა ცენტრალიზებული, გეგმური მოდელიდან, ახალი ეკონომიკური წესრიგის შესაბამისად, „თანამედროვე“ სისტემაზე გადასვლა წარმოადგენდა, რაც სისტემის დეცენტრალიზაციასა და მის ეტაპობრივ კომერციალიზაციას გულისხმობდა (ნაცვლიშვილი, 2022).

თუ გადავხედავთ საქართველოში განხორციელებულ ჯანდაცვის რეფორმებს, ისინი შეიძლება სამ ეტაპად დავყოთ - ნეოლიბერალიზმთან ფლირტის პერიოდი (1994-2003), როცა პირველი ნაბიჯები გადაიდგა ჯანდაცვის სისტემის კომერციალიზაციისკენ; მილიტანტური ნეოლიბერალიზმის პერიოდი (2003-2012), როცა როგორც ჯანდაცვის მომსახურების მიწოდების, ისე შესყიდვის სრული კომერციალიზაცია მოხდა, და რბილი ნეოლიბერალიზმის პერიოდი (2012 - დღემდე), როცა საყოველთაო ჯანდაცვის რეფორმის შედეგად, სახელმწიფომ აიღო ჯანდაცვის ხარჯებზე ნაწილი პასუხისმგებლობა, ხოლო ჯანდაცვის ობიექტები ისევ კერძო მფლობელობაში დარჩა (ნაცვლიშვილი ბ., 2022).

კომერციული ჯანდაცვისთვის პრევენციული და პირველადი მედიცინა განსაკუთრებულ ინტერესს არ წარმოადგენს, რადგან ყველაზე დიდი მოგება სწორედ ჰოსპიტალურ და ფარმაცევტულ სექტორში იწარმოება. ამიტომ შეიძლება ითქვას, რომ პრევენციული და პირველადი მედიცინა, როგორც „ჩამკეტი“, საზიანოც კი არის მოგების წარმოებისთვის. გარდა ამისა, ნეოლიბერალიზმის ერთ-ერთი მახასიათებელი არის ორიენტირება არა შრომაზე, როგორც საწარმოო ფაქტორზე, არამედ კაპიტალზე. რაც, გულისხმობს, რომ სტანდარტები და რეგულაციები, რომლებიც მშრომელებს იცავს ექსპლუატაციისგან, ხელშემშლელია პირდაპირი უცხოური ინვესტიციების მოსაზიდად, ანუ უფრო დიდი მიზნის მისაღწევად. გარდა ამისა, ამ იდეოლოგიის მიხედვით, ადამიანის გაუარესებული ჯანმრთელობა მის პერსონალურ არჩევანს და არასწორი ცხოვრების წესს უკავშირდება. შედეგად, სახელმწიფო, როგორც საზოგადოების კოლექტიური პასუხისმგებლობის განმახორციელებელი, თავისუფალია ადამიანის ჯანმრთელობაზე ზრუნვის ვალდებულებისგან და ის მთლიანად ინდივიდს ეკისრება (Lawrence King, 2009). ამიტომ ჯანდაცვის კომერციალიზაციას არა მხოლოდ ეკონომისტური, არამედ იდეოლოგიური საფუძვლებიც გააჩნია.⁶

ჯანდაცვის რეფორმების მსგავს ეტაპებად შეიძლება დაიყოს შრომითი ურთიერთობების

⁶ ეკონომიზმი: თეორია, ან შეხედულება, რომელიც გადამწყვეტ მნიშვნელობას ეკონომიკურ მიზანშეწონილობას და ინტერესებს ანიჭებს Economism Definition & Meaning - Merriam-Webster

ცვლილება საქართველოში. თუ 2003 წლამდე შრომითი რეგულაციები და შრომითი ურთიერთობების საზედამხედველო სახელმწიფო უწყებები ფორმალურ ხასიათს ატარებდნენ, 2003-2012 წლებში მაგალითად შრომის კოდექსიდან ამოღებულ იქნა თითქმის ყველა მშრომელთა უფლებების დაცვაზე ორიენტირებული ნორმა, ხოლო შრომის ინსპექცია, როგორც საზედამხედველო ორგანო, მთლიანად გაუქმდა (მუსხელიშვილი, 2011). შეიძლება ითქვას, რომ 2012 წლის შემდგომი პერიოდი, გამორჩეულია ამ თვალსაზრისით. **ევროკავშირთან ასოცირების ხელშეკრულების ფარგლებში მოხდა შრომის კოდექსში რიგი საბაზისო ნორმების აღდგენა, თავიდან შეიქმნა შრომის ინსპექცია და შრომის უსაფრთხოების კანონი. მაგრამ ეს ცვლილებები, არა რეფორმატორული სულისკვეთებით იქნა განხორციელებული, არამედ უფრო ასოცირების ხელშეკრულებით ნაკისრი ვალდებულებებით.**⁷

შეიძლება ითქვას შრომის მედიცინის ჩამოშლა არ არის მხოლოდ უსახსრობით გამოწვეული საქართველოში. როგორც შემდგომში დავინახავთ, სემაშკოს მოდელის გარდა, არსებობს შრომის მედიცინის ორგანიზების სხვადასხვა მოდელი. ამ ცვლილების განმაპირობებელი უფრო იდეოლოგიური ფაქტორია. როგორც ზემოთ აღვნიშნეთ, პირველი, ნეოლიბერალური, კომერციალიზებული, მოგებაზე ორიენტირებული ჯანდაცვის სისტემისთვის პრევენციული მედიცინა, არათუ უმნიშვნელოა, არამედ ერთგვარ წინაღობასაც კი წარმოადგენს მოგების წარმოებისთვის. მეორე, რადგან ნეოლიბერალიზმი ჯანმრთელ სამუშაო ძალასთან შედარებით უფრო კაპიტალს ანიჭებს უპირატესობას როგორც ეკონომიკის მთავარ მამოძრავებელ ფაქტორს, შრომის მედიცინა აღიქმება, როგორც ერთგვარი წინაღობა კაპიტალის შემოდინებისა და ინვესტიციებისთვის, და მესამე, ის ავადობას, არა სტრუქტურულ პრობლემად აღიქვამს, არამედ ადამიანის ცხოვრების სტილსა და არჩევანს უკავშირებს. ამიტომ ამგვარ სოციალურ წესრიგში შრომის მედიცინის ადგილი არ არის.

⁷ ავტორი 2012-2014 წლებში იყო პრემიერ მინისტრის აპარატის მრჩეველი, შრომის კოდექსზე მომუშავე კომისიის წევრი, ხოლო 2016-2020 წლებში პარლამენტის ევროპასთან ინტეგრაციის კომიტეტის თავმჯდომარის მოადგილე, შრომის კოდექსში შეტანილი ცვლილებების თანაინიციატორი.

შედეგად უფუნქციოდ არის დარჩენილი მახვილადის სახელობის შრომის, მედიცინისა და ეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი, გაუქმებულია შრომის მედიცინის სპეციალიზებული მიმართულება სახელმწიფო სამედიცინო ინსტიტუტში. ყველა ადრე არსებული დარგის სპეციფიკისგან გამომდინარე სპეციალიზებული კლინიკა, რომელიც დარგებს ემსახურებოდა პრივატიზებულია და კომერციული ჯანდაცვის დაწესებულებას წარმოადგენს.

საკვლევო ქვეყნების შერჩევის კრიტერიუმები

როგორც წესი, შრომის მედიცინის მოდელი შეესაბამება ქვეყნის ეკონომიკურ, სოციალურ, შრომითი და კორპორაციული ურთიერთობების სისტემებსა და კეთილდღეობის სახელმწიფო ტიპებს. საქართველო პოსტსაბჭოთა ქვეყანაა, ლიბერალური საბაზრო ეკონომიკით, რომელიც უფრო ანგლოსაქსურ კაპიტალიზმთან არის ახლოს. პარალელურად, ნელი ტემპებით, მაგრამ მაინც ხდება კონტინენტური ევროპულის შრომითი ურთიერთობებისთვის დამახასიათებელი რეგულაციებისა და ინსტიტუციების დანერგვა. რადგან ნაშრომის ბოლოს შემოთავაზებული იქნება საქართველოს დღევანდელი სოციალური და ეკონომიკური ვითარებისა და წესრიგის შესაბამისი შრომის მედიცინის ქმედითი ინსტიტუციური მოდელი, საკვლევო ქვეყნებიც ამ ზემოთ აღნიშნული კრიტერიუმებით შეირჩა.

უკრაინა პოსტ საბჭოთა ქვეყანაა, რომელმაც თითქმის სრულიად შეინარჩუნა საბჭოთა კავშირისთვის დამახასიათებელი შრომის მედიცინის მოდელი. შრომის მედიცინაზე პასუხისმგებელი, როგორც ზედამხედველობის, მომსახურების და დაფინანსების თვალსაზრისით, სახელმწიფოა.

ავსტრალიას უფრო ანგლოსაქსური ლიბერალური ეკონომიკისთვის დამახასიათებელი მოდელი გააჩნია, სადაც პასუხისმგებლობა განაწილებულია კერძო და სახელმწიფო სტრუქტურებს შორის. ძლიერია ინდივიდუალური პასუხისმგებლობის შემადგენელი.

ავსტრიას შრომის მედიცინის კონტინენტურ-ევროპული კორპორატივიზმისთვის დამახასიათებელი მოდელი გააჩნია. რომელიც კერძო, საჯარო და კოლექტიური გაერთიანებების მჭიდრო თანამშრომლობას ეფუძნება.

გარდა ამისა, რაც ამ ქვეყნებს აერთიანებთ საქართველოსთან ერთად, არის ის რომ ინდუსტრიისა და სამშენებლო სექტორის წილი მთლიან ეროვნულ შიდა პროდუქტში

თითქმის მსგავსია. საქართველო 21%, უკრაინა 21%, ავსტრალია 25%, ავსტრია 25%, პოლონეთი 27 %.⁸ ინდუსტრიული სექტორი სწორედ ის სექტორია, სადაც პროფესიული დაავადებათა რისკი შედარებით უფრო მაღალია (ILO, 2010, Occupational Safety and Health Series, No. 74)

საგულისხმოა, აგრეთვე, მთლიანი ეროვნული შიდა პროდუქტის (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე და პროფკავშირული გაერთიანებების მიერ მშრომელების მოცვის მაჩვენებლებიც ზემოთ აღნიშნულ ქვეყნებში.

ავსტრალიის (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე 60,443 ამერიკული დოლარია, პროფკავშირები მშრომელების 13,7 %-ს ფარავს.

ავსტრიაში (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე 53,637 ამერიკული დოლარია, პროფკავშირები მშრომელების 26,2 %-ს ფარავს.

პოლონეთში (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე 17,999 ამერიკული დოლარია, პროფკავშირები მშრომელების 12,7 %-ს ფარავს.

უკრაინაში (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე 4,835 ამერიკული დოლარია, პროფკავშირები მშრომელების 36,6 %-ს ფარავს.

საქართველოში (მშპ) ერთ სულ მოსახლეზე 5,023 ამერიკული დოლარია, პროფკავშირები მშრომელების 17,9 %-ს ფარავს.⁹

ამ ორი ინდიკატორის მიხედვით ქვეყნები საგრძნობლად განსხვავდებიან ერთმანეთისგან. მიუხედავად ამისა, საქართველოს გარდა, ყველა მათგანში გამართული შრომის მედიცინის სისტემებია, რაც ცხადყოფს, რომ ქვეყნის ეკონომიკური სიძლიერე ან პროფკავშირების ორგანიზებულობა არ არის მთავარი განმაპირობებელი ფაქტორი შრომის მედიცინის გამართული სისტემისთვის.

⁸ ინდუსტრიული სექტორის წილის მონაცემები მთლიან ეროვნულ შიდა პროდუქტში აღებულია www.statista.com -დან

⁹ მშპ-ს მაჩვენებლები აღებულია <https://data.worldbank.org/> - დან, ხოლო პროფესიულ კავშირებთან

ძირითადი ცნებების განსაზღვრება

1987 წელს, ILO/WHO-ს ერთობლივმა ექსპერტთა კომიტეტმა შრომის მედიცინის საკითხებში წამოაყენა წინადადება, რომ ტერმინი სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადებები შეიძლება იყოს მიზანშეწონილი არა მხოლოდ აღიარებული პროფესიული დაავადებების, არამედ სხვა დარღვევების აღსაწერად, რომლის წარმოქმნასაც სამუშაო გარემო და სამუშაოს პროცესი მათ შორის სხვა გამომწვევ ფაქტორებთან ერთად მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს (ILO/WHO, Joint Committee on Occupational Health, 1989). „ფიზიკური, ქიმიური და ბიოლოგიური საფრთხეები, თუ ისინი დასაშვებ ზღვარს სცდებიან, აღიარებულნი არიან როგორც პროფესიული დაავადების მიზეზობრივი ფაქტორები.“ პროფესიული დაავადებისას სახეუა პირდაპირი მიზეზ-შედეგობრივი კავშირი საშიშროებასა და დაავადებას შორის, ხოლო სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადების შემთხვევაში სამუშაო გარემო და შრომა მნიშვნელოვნად უწყობს ხელს (სხვა ფაქტორებთან ერთად) მულტიფაქტორული დაავადების მიზეზს (WHO, 1985).

როდესაც ცხადია, რომ არსებობს მიზეზობრივი კავშირი პროფესიულ მოწყვლადობასა და კონკრეტულ დაავადებას შორის, ეს დაავადება ჩვეულებრივ განიხილება სამედიცინოდ და იურიდიულად, როგორც პროფესიული. თუმცა, სამუშაოსთან დაკავშირებული ყველა დაავადება ასე კონკრეტულად არ შეიძლება განისაზღვროს.

ჯანდაცვის მსოფლიო ორგანიზაციის (WHO) თანახმად, სამუშაოსთან დაკავშირებულ დაავადებებს შეიძლება მრავალი მიზეზი ჰქონდეს, სადაც სამუშაო გარემოში არსებულმა ფაქტორებმა შეიძლება როლი ითამაშონ, სხვა რისკ ფაქტორებთან ერთად, ასეთი დაავადებების განვითარებაში.

შსო-ს მიხედვით, სამუშაოსა და დაავადებას შორის კავშირი შეიძლება გამოვლინდეს შემდეგ კატეგორიებში:

- პროფესიული დაავადებები, რომლებსაც გააჩნიათ ძლიერი დამოკიდებულება პროფესიასთან და როგორც წესი, ასეთად აღიარებულ ერთ მიზეზობრივ აგენტთან (ფაქტორთან).
- სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადებები, რომელთაც გააჩნიათ სხვადასხვა მიზეზობრივი აგენტები, რომლებმაც შრომით გარემოში შესაძლოა სხვა რისკ ფაქტორებთან ერთად ითამაშონ როლი.
- დაავადებები, რომლებიც მოქმედებს მშრომელ მოსახლეობაზე, შრომის პროცესთან მიზეზობრივი დამოკიდებულების გარეშე, თუმცა გამწვავდეს პროფესიული რისკების მიერ.¹⁰

პროფესიული დაავადების იდენტიფიკაციისთვის საჭიროა კონკრეტული შრომითი გარემოს/პროცესის და კონკრეტულ დაავადებას შორის მიზეზ-შედეგობრიობის დადგენა და ამ ფაქტორებისადმი მოწყვლად ჯგუფში დაავადების მეტი სიხშირის სხვა პოპულაციასთან შედარებით (Lesage, M 2012). მიზეზობრივი კავშირი ღვინდება კლინიკური და პათოლოგიური მონაცემების, პროფესიული მდგომარეობისა და სამუშაოს ანალიზის, პროფესიული რისკის ფაქტორების და სხვა რისკ ფაქტორების როლის იდენტიფიკაციისა და შეფასების საფუძველზე (International Labour Office, 2010). თუმცა მხოლოდ ეს ორი ფაქტორი არაა საკმარისი.¹¹

¹⁰ Work-related Diseases and Occupational Diseases: The ILO International List Written By: Lesage, Michel, 2012 www.iloencyclopaedia.org

¹¹ List of occupational diseases (revised 2010). Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases Geneva, International Labour Office, 2010 (Occupational Safety and Health Series, No. 74).

შრომის მედიცინის ნაციონალური სისტემები

შრომის მედიცინის თანამედროვე მოდელები მნიშვნელოვნად განსხვავდება ერთმანეთისგან. თითქმის ყველა ქვეყანაში ისინი შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის ინსტიტუციური მოდელის ნაწილს წარმოადგენენ. შრომის მედიცინა სხვადასხვა ეტაპზე შეიძლება ფინანსდებოდეს სახელმწიფოს, დამსაქმებლების, დასაქმებულების, სადაზღვევო სისტემების, სოციალური დაცვის ფონდების ან შერეული მეთოდებით. როგორც, წესი გამოიყოფა რამდენიმე ტიპის შრომის მედიცინის მიწოდების ტიპი.

- კომპანიის შიგნით სერვისის მოდელი (In House Model) - გულისხმობს სერვისის ორგანიზებას კომპანიის დონეზე და ის ძირითადად დაფინანსებულია დამსაქმებლის მიერ. მოდელი დამახასიათებელია საფრანგეთისთვის, იაპონიისთვის. ფინეთში და ნიდერლანდებში დამსაქმებლებს აქვთ არჩევანი ამ მოდელს, მუნიციპალურ სერვისებს და გარე კონტრაქტორის მოდელს შორის.
- გარე კონტრაქტორის მოდელი, გულისხმობს ამა თუ იმ აკრედიტებული კომპანიის დაქირავებას, რომელიც პასუხისმგებელია კომპანიის შიგნით მომსახურების მიწოდებაზე. ეს მოდელი ძირითადად დამკვიდრებულია ავსტრალიაში, დიდ ბრიტანეთში, ა.შ.შ.-ში. თუმცა მსგავსი მოდელის პოპულარობა ასევე იზრდება ფინეთშიც.
- ჯგუფური მომსახურების მოდელი - როდესაც რამდენიმე კომპანია ემნის შრომის მედიცინის საერთო მომსახურებას.
- თემობრივი ჯანდაცვის ცენტრები და სახელმწიფო - ეს მოდელი გულისხმობს სახელმწიფოს მიერ პირდაპირ ან თემობრივი/რეგიონული ჯანდაცვის ცენტრების მიერ სერვისის მიწოდებას. ასეთი ტიპის ორგანიზება დამახასიათებელია

იტალიისთვის, ირლანდიისთვის, პოლონეთისთვის, ფინეთისთვის, იაპონიისთვის და სხვა.

ამ ფორმებთან ერთად გვხვდება ქვეყნები, სადაც მომსახურების მიწოდებაში სპეციალურ სადაზღვევო და მუშათა კომპენსაციის ცენტრებს მნიშვნელოვანი როლი ენიჭებათ. მაგალითად, ავსტრალიაში კომპენსაციის ორგანიზაციებს ასევე აქვთ მომსახურების მიწოდების ფუნქცია.

გარდა ამისა საწარმოო დონეზე შრომის მედიცინისა და უსაფრთხოების ორგანიზების პროცესში მშრომელთა ჩართულობა ავსტრალიის გარდა თითქმის ყველგან კანონით არის განსაზღვრული. პოსტსაბჭოთა ქვეყნები გამონაკლისს წარმოადგენენ. დასაქმებულთა უფლება აირჩიონ ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების ავტონომიური წარმომადგენლები, რომლებიც მონაწილეობენ საწარმოო დონეზე შრომის მედიცინისა და უსაფრთხოების მართვაში მენეჯმენტთან ერთად, გათვალისწინებულია ევროკავშირის ჩარჩო დირექტივის 89/391/EEC დებულებებით.

ასევე განსხვავებული მოდელები გვხვდება პრევენციული (სავალდებულო) ჯანდაცვის შემოწმებაში. შესწავლილი ქვეყნების უმრავლესობაში რაიმე ტიპის პრევენციული ჯანდაცვის შემოწმება სავალდებულოა, თუმცა ყოველთვის ასე არ არის განმეორებითი შემოწმების შემთხვევაში. მაგალითად, ავსტრიაში სავალდებულოა ყველა დასაქმებულის განმეორებითი შემოწმება მიუხედავად სამუშაოს ხასიათისა, რაც გამონაკლისია. მიუხედავად კანონმდებლობების მოთხოვნისა, რთულია რეალური პრაქტიკის გადამოწმება, რადგან მონაცემები მოიპოვება მხოლოდ რამდენიმე ქვეყნის შემთხვევაში. რეალურად, პერიოდული გადამოწმება და მონაცემთა ბაზის წარმოება მნიშვნელოვანია პროფესიული დაავადებების შესასწავლად, რადგან ის ხშირად გულისხმობს დაავადების განვითარების ხანგრძლივ პროცესს. 2019 წლის საწარმოთა გამოკითხვის მონაცემებით (European Agency for Safety and Health at Work., 2022) პოლონეთში გამოკითხულ საწარმოთა (დაახლოებით) 95%-ში რეგულარული ჯანმრთელობის შემოწმება ხელმისაწვდომი იყო, ფინეთში დაახლოებით 90%-ის შემთხვევაში. ავსტრიაში იგივე მაჩვენებელი მხოლოდ 42%-ზეა რაც შეესაბამება

კანონით დადგენილ ნორმებს.

შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სისტემის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი კომპონენტია დაზღვევა. თითქმის ყველა ქვეყანაში არსებობს სპეციალური დაზღვევა, რომელიც უზრუნველყოფს მშრომელთა ამ თუ იმ ფორმით კომპენსაციასა და რეაბილიტაციას. ზოგიერთ ქვეყანაში დაზღვევას წარმართავენ კერძო კომპანიები, მაგალითად ავსტრალიაში,¹² ხოლო ზოგიერთში სახელმწიფო დაწესებულებები. ასევე განსხვავდება სადაზღვევო სქემების ფუნქციები.

ფინეთსა და პოლონეთში კომპენსაცია შესაძლოა შემცირდეს ან გაუქმდეს, როდესაც დგინდება დასაქმებულის უხეში დაუდევრობა. როგორც გერმანიის ისე ავსტრიის შემთხვევაში გამოყენებულია ფრაზა „უპატიებელი შეცდომა“. მსგავსი ტერმინებია გამოყენებული დამსაქმებლის შემთხვევაშიც. ეს გარემოება მნიშვნელოვანია, რადგან კავშირშია დასაქმებულის შესაძლებლობასთან განაგრძოს დავა სასამართლოში (European agency for safety and health at work, International comparison of occupational accident insurance system, 2017).

ასევე განსხვავებულია რთულ და საშიშ საქმიანობებში ან სპეციალურ სამსახურებში მომუშავეთა სპეციალური საპენსიო სისტემები. პოსტ-სოციალისტურ ქვეყნებში უფრო მეტადაა შენარჩუნებული ამ კატეგორიის მშრომელებისთვის სპეციალური სარგებლის სისტემა.¹³

¹² Workers Compensation Act 1987 No 70

¹³ იხილეთ უკრაინის მაგალითი ВЕРХОВНА РАДА УКРАЇНИ ЗАКОН Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1999, N 46-47, ст.403) (Із змінами, внесеними згідно із Законами“ - <http://consultant.parus.ua/?doc=0B9BL11947>

პოლონეთი

პოლონეთში შრომის მედიცინისა და უსაფრთხოების პოლიტიკის განვითარებას და კოორდინირებას ეწევა „ოჯახის, შრომის და სოციალური პოლიტიკის“ სამინისტრო. 90-იანი წლებიდან შრომის ჯანდაცვის და უსაფრთხოების კანონმდებლობა შესაბამისობაში მოდის ევროკავშირის კანონმდებლობასთან და სტანდარტებთან. ამისათვის, 1994 წელს მინისტრთა საბჭომ დაამტკიცა "სამუშაო ადგილზე დასაქმებულთა უსაფრთხოების და დაცვის" სტრატეგიული დოკუმენტი, რომელიც ისახავდა:

- სამუშაო პირობების მნიშვნელოვან გაუმჯობესებას პოლონეთში;
- პროფესიული დაავადებების და სამუშაოსთან დაკავშირებული სხვა საფრთხეების შემცირებას;
- ევროკავშირის სტანდარტებთან შესაბამისი პროფესიული დაავადებების რისკის იდენტიფიკაციისა და პრევენციის მეთოდების შემუშავებას.

პროგრამა განხორციელდა ორ ეტაპად 1994-97 და 1998-2001 წლებში. მნიშვნელოვანია, რომ პროგრამის კოორდინაცია დაეკისრა სამინისტროს დაქვემდებარებულ „შრომის დაცვის ცენტრალურ/ეროვნულ კვლევით ინსტიტუტს“, რომელიც წარმოადგენს სამეცნიერო, გამოყენებით ინსტიტუტს. 2002 წლიდან 2022 წლამდე სამინისტრო ამტკიცებდა და ინსტიტუტი კოორდინირებას უწევდა ეროვნული პოლიტიკის 5 ფაზას. მეოთხე ფაზაში პროგრამის განხორციელებაში 11 პარტნიორი მონაწილეობდა, მათ შორის უნივერსიტეტები, კვლევითი ცენტრები და პოლონეთის მეცნიერებათა აკადემია. პროგრამის შედეგები მიეწოდება საბოლოო მომხმარებელს ეროვნულ ხელისუფლებასთან, სოციალურ პარტნიორებთან, მარეგულირებელ ორგანოებთან, სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტებთან, საწარმოების ორგანიზაციებთან და ექსპერტთა ქსელებთან თანამშრომლობის შედეგად. დღეს მესამე ფაზაში პროგრამის

მთავარი მიზანია ინოვაციური ტექნიკის და ორგანიზაციული მექანიზმებით დამაზიანებელი და საშიში ფაქტორების შემცირება, საწარმოო ტრავმების შემთხვევების, პროფესიული დაავადებების შემცირება. ამისათვის შემუშავდა სხვადასხვა მეთოდოლოგია და ინსტრუმენტი. დღევანდელი ეროვნული პროგრამის მთავარი მიზანია ინოვაციური, ტექნიკური და ორგანიზაციული გადაწყვეტილებების შემუშავება, რომლებიც ორიენტირებული იქნებიან ადამიანური რესურსების, ახალი პროდუქტების, ტექნოლოგიების, მენეჯმენტის ტექნიკების და სისტემების შემუშავებაზე, რათა შემცირდეს რისკების ქვეშ მომუშავეთა რაოდენობა, პროფესიული დაავადებების და საწარმოო უბედური შემთხვევების რაოდენობა მათგან წარმოშობილ ეკონომიკურ და სოციალურ დანაკარგებთან ერთად.¹⁴

საკანონმდებლო დონეზე დამსაქმებლის ჯანმრთელობის დაცვასთან დაკავშირებული პასუხისმგებლობის უმეტესი ნაწილი ასახულია შრომის კოდექსის X ნაწილში:

„ჯანმრთელობა და უსაფრთხოება სამსახურში“, სექცია VIII „დასაქმებულთა მშობლის უფლებები“ და IX ნაწილი „ახალგაზრდების დასაქმება“. შრომის კოდექსი ასევე მოიცავს იურიდიულ დელეგირების წესებს. შრომის კოდექსის რეგულაციები სავალდებულოა ორივე მხარისთვის (დამსაქმებელი და დასაქმებული). შრომის კოდექსის 207-ე მუხლის მიხედვით დამსაქმებლები ვალდებული არიან დაიცვან სამუშაო ადგილზე ჯანმრთელობისა და უსაფრთხოების წესები. შრომის კოდექსის 211-ე მუხლის თანახმად, ასევე თანამშრომლის ფუნდამენტური პასუხისმგებლობაა სამსახურში უსაფრთხოების და ჯანდაცვის წესების დაცვა.

¹⁴ National Programme for the improvement of safety and working conditions – phase VI (2023-2025)
<https://www.ciop.pl/en>

პასუხისმგებელი ორგანოები

შრომის დაცვის საბჭო წარმოადგენს სეიმის მეორე პალატის უწყებას, რომელიც განიხილავს შრომის ინსპექციის საქმიანობას, განიხილავს შრომასთან დაკავშირებულ კანონმდებლობას და აფასებს ეროვნული დონის პოლიტიკას.

შრომის ეროვნული ინსპექცია წარმოადგენს, შრომის დაცვის საბჭოს დაქვემდებარებულ ორგანოს, რომელიც პასუხისმგებელია საწარმოების ინსპექტირებაზე, უსაფრთხოების და ჯანდაცვის სტანდარტების შესაბამისად მანქანა-დანადგარების და ტექნოლოგიების აუდიტზე, ლეგალურ დასაქმებასა, შრომის კოდექსის სხვა წესებზე, პარლამენტში წარდგენილი კანონმდებლობის ანალიზზე, სახიფათო და სარისკო პირობების მინიმალიზაციაზე და სხვა.

შრომის ეროვნული ინსპექციის ერთ-ერთი მნიშვნელოვანი ამოცანაა სამუშაო გარემოში პროფესიული საშიშროების პრევენცია და სამუშაოსთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევები, აგრეთვე მათი შემცირება, მათ შორის, ინსპექტირებისა და საზედამხედველო ქმედებებით. 2020 წელს NLI-ის შრომის ინსპექცია ფოკუსირებული იყო ეკონომიკური საქმიანობის სექტორებსა და ტიპებზე, სადაც განსაკუთრებით მაღალია სამუშაოსთან დაკავშირებული ავარიის ან პროფესიული დაავადების რისკი. განსაკუთრებული ყურადღება ექცეოდა სამუშაოზე ავარიების შემოწმებას, შრომის უსაფრთხოების ორგანიზებას იმ კომპანიებში, სადაც სამუშაოსთან დაკავშირებული უბედური შემთხვევები განმეორებით ხდებოდა, აგრეთვე საწარმოების გაძლიერებულ ზედამხედველობას, სადაც არსებობდა საშიშროების მაღალი მაჩვენებელი.

სახელმწიფო სანიტარული ინსპექცია - წარმოადგენს ჯანდაცვის სამინისტროს დაქვემდებარებულ სტრუქტურულ ერთეულს, რომლის ვალდებულებაა საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის უზრუნველყოფა. ის განსაკუთრებულ ყურადღებას ამახვილებს ინფექციური დაავადებების კონტროლზე, სურსათისა და კვების უსაფრთხოებაზე, გარემოს ჰიგიენაზე, ჯანმრთელობის ხელშეწყობაზე და საზოგადოებრივ ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ სხვა საკითხებზე. ის ასევე

ამოწმებს სამუშაო პირობებს და ზომავს მტვერიანობას, ხმაურს, ვიბრაციას და ქიმიური შემადგენლობების დოზებს.

ტექნიკური ინსპექციის სამსახური, ახდენს ტექნიკური მოწყობილობების უსაფრთხოების და მონტაჟის შესწავლას და კონტროლს.

სამთო მოპოვების სახელმწიფო სამსახური ექვემდებარება ენერგეტიკის სამინისტროს და მისი მოვალეობები განისაზღვრება გეოლოგიის და სამთო მოპოვების კანონით. მისი მოვალეობაა შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის ზედამხედველობა სამთო-მომპოვებელ სექტორში. გარდა ამისა, მის პასუხისმგებლობას განეკუთვნება მინერალური რესურსების მოპოვების ეფექტური მენეჯმენტის, გარემოს დაცვის, მატარობის აშენება და დახურვის შემდგომი მიწის მელიორაციისა და ტერიტორიების რეაბილიტაციის ზედამხედველობა.

სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტი (ZUS) - „სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტი“ ფარავს პოლონეთში არსებულ ყველა დასაქმებულს, მათ შორის დაქირავებით დასაქმებულებს, თვით-დასაქმებულებს და ფერმერებს სავალდებულო დაზღვევით. ის კრეფს სავალდებულო სოციალურ შენატანებს და გადაანაწილებს, მათ შორის გასცემს საწარმოო შემთხვევებთან დაკავშირებული შემთხვევების და პროფესიული დაავადებების ანაზღაურებას. საწარმოო შემთხვევის და პროფესიული დაზღვევის სავალდებულო შენატანს მთლიანად ფარავს დამსაქმებელი. ოდენობა დამოკიდებულია სხვადასხვა ფაქტორზე, მათ შორის სექტორის რისკიანობაზე. დამსაქმებლის მიერ დარღვევების განმეორების შემთხვევაში შრომის ინსპექციას შეუძლია სადაზღვევო კონტრიბუციის განაკვეთის გაზრდის მოთხოვნა (Dörre-Nowak, 2012). დაავადებასა და სამუშაო გარემოს შორის კავშირის დადგენის მტკიცების ვალდებულება დასაქმებულს არ გააჩნია თუ დაავადება აღრიცხულია კანონი გათვალისწინებულ დაავადებათა სიაში (Dörre-Nowak, 2012). ავადმყოფობის გამო სამუშაოს გაცდენის შემთხვევაში დასაქმებულის ანაზღაურებას ახდენს დამსაქმებელი 33 დღის განმავლობაში (შრომის კოდექსის 92-ე მუხლი), ხოლო შემდგომ დაზღვევა. თუ მოცდენა დაკავშირებულია სამუშაო პირობებთან მაშინ ანაზღაურდება ხელფასის 100%. დახმარება საწარმოო

შემთხვევის ან პროფ. დაავადების შემთხვევაში გაიცემა 180 დღის განმავლობაში. თუ ეს ვადა ამოიწურა და ადამიანი კვლავ შრომის უუნაროა, შემდგომ ავტორიზებული ექიმის დასკვნის საფუძველზე პირს ენიჭება რეაბილიტაციური დახმარება (Juliet Hassard, 2021). ამ პერიოდის გასვლის შემდგომ თუ დასაქმებული კვლავ შრომის უუნაროა, მაშინ მას ენიშნება სარეაბილიტაციო შემწეობა. ეს დახმარება გრძელდება მაქსიმუმ 12 თვის განმავლობაში. სარეაბილიტაციო შემწეობის მინიჭების შესახებ გადაწყვეტილებას იღებს პოლონეთის სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტი, მათი ერთ-ერთი უფლებამოსილი ექიმის შეფასების საფუძველზე. თუ შრომისუუნარობა გამოწვეულია სამსახურში უბედური შემთხვევის ან პროფესიული დაავადებით, სარეაბილიტაციო შემწეობა ფარავს პირის ყოველთვიური ხელფასის 100%-ს.

კომპენსაცია გაიცემა მხოლოდ იმ დასაქმებულ დაზღვეულებზე და დასაქმებულებზე, რომლებსაც ყოველთვიური ანაზღაურება შეუმცირდათ სამუშაო ადგილზე ინციდენტის ან დაავადების შედეგად სამუშაო გადამზადების გამო. ასეთი ტრენინგის საჭიროებას აფასებს შესაბამისი რეგიონის პროფესიული სამედიცინო სამსახური, ან სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტის სერტიფიცირებული ექიმი (ევროპული კომისია, 2013).

შენატანების განაკვეთები განისაზღვრება რისკის მიხედვით და ამ ეტაპისთვის მერყეობს ხელფასის 0.67%-3.3%-ის ინტერვალში.¹⁵

პასუხისმგებელი სტრუქტურული ერთეულები

პოლონეთში პროფესიული ჯანდაცვის სერვისების მიწოდება განსაზღვრულია კანონით და მომსახურების მიწოდება შერეული (კერძო/საჯარო) პრინციპით ხორციელდება. შრომის კოდექსი განსაზღვრავს როგორც დამსაქმებლების ისე დასაქმებულთა

¹⁵ Regulation of the Minister of Labor and Social Policy of 29 November 2002 on differentiating the rate on social security contributions for accidents at work and occupational diseases depending on occupational hazards and their effects (Journal of Laws of 2019, item 757) <https://calcutta.com/d/D20190757.pdf>

ვალდებულებებს.

პროფესიული ჯანდაცვის შესახებ 593-ე საკანონმდებლო აქტი და სამინისტროს 1997 წლის რეგულაცია განსაზღვრავს დასაქმებულების სამედიცინო შემოწმების წესებს, პრევენციულ ზომებს და გასცემს ცნობას სამედიცინო შვებულების შესახებ.

593-ე აქტის მიხედვით პროფესიული ჯანდაცვის მომსახურებას უზრუნველყოფს "შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის (ჰიგიენის) სამსახური", რომლის ფორმირებაც წარმოადგენს დამსაქმებულების მოვალეობას, თუმცა მის შემოწმებას ეწევა სახელმწიფო ჰიგიენის ინსპექტორატი.

დამსაქმებელმა, რომელსაც დასაქმებული ჰყავს 100-ზე მეტი დასაქმებული, უნდა შექმნას უსაფრთხოების და ჯანმრთელობის სამსახური, რომელიც ასრულებს სარეკომენდაციო და საზედამნებლო ფუნქციებს. დამსაქმებელს, თუ თავად აქვს დასრულებული აუცილებელი ტრენინგი შრომის ჯანდაცვის და უსაფრთხოების სფეროში, შეუძლია თავად შეასრულოს ეს მოვალეობა როდესაც დასაქმებული ყავს 10 დასაქმებული და 20 და მეტი (თუმცა იმ შემთხვევაში თუ ის სამუშაო ადგილი არაა მესამე კატეგორიის რისკის). შრომის ინსპექციას შეუძლია საწარმოს დაავალოს შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის სამსახურის შექმნა ან ამ სამსახურში კადრების დამატება საჭიროების შემთხვევაში.

"დამსაქმებელი, რომელიც ასაქმებს 100-დან 600-მდე თანამშრომელს, ქმნის მრავალ ან ერთ განყოფილებას ან ასაქმებს პროფესიონალ თანამშრომელს ამ განყოფილებაში ნახევარ განაკვეთზე (§ 1 პუნქტი 3). დამსაქმებელს, რომელიც ასაქმებს 600-ზე მეტ მუშაკს, უნდა ჰყავდეს მინიმუმ 1 შრომის უსაფრთხოების პროფესიონალი და ჯანმრთელობის თანამშრომელი სრულ განაკვეთზე ყოველ 600 თანამშრომელზე".

შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სამსახურს ევალება:

- სამუშაო პირობების ინსპექტირება და სამუშაო ადგილზე არსებული შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის რეგულაციებისა და პრინციპების აუდიტის ჩატარება;

- დამსაქმებლის მუდმივი ინფორმირება გამოვლენილი პროფესიული რისკების შესახებ;
- განახლებული, შესაბამისი ჯანდაცვის დოკუმენტაციის წარმოება;
- სამუშაო ადგილზე მომხდარი შემთხვევების გარემოებებისა და მიზეზების იდენტიფიცირება და რისკის შეფასება;
- შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის შესახებ ტრენინგის ორგანიზება;
- შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის სტანდარტების სხვადასხვა ფორმების შექმნა

შრომის მედიცინის სამსახური ექვემდებარება სამინისტროს. დამსაქმებლები ვალდებული არიან მოახდინონ დასაქმებულების ჯანმრთელობის შემოწმება სახელმწიფოს მიერ მართულ „პროფესიულ სამედიცინო ცენტრებში“ (Juliet Hassard, 2021). პროფესიული მედიცინის სამსახური ვალდებულია კავშირში იყოს დამსაქმებლებთან და დასაქმებულების გაერთიანებებთან, საწარმოში დასაქმებულ ექიმთან, შრომის ინსპექციასთან, შრომის მედიცინის კვლევით დაწესებულებებთან, სოციალური დაზღვევის სხვადასხვა სამსახურებთან. კანონის მიხედვით სამსახურში მიღებისას დასაქმებული აუცილებლად უნდა მიიღოს სამედიცინო მომსახურება, რის შედეგადაც სერტიფიცირებული ექიმი ასკვნის პირის ჯანმრთელობის შესაბამისობას კონკრეტულ სამსახურთან. ეს ეხება ყველა ტიპის დასაქმებულს. საშუალოდ ეს სერვისი წლიურად ატარებს 4.5 მილიონ პრევენციულ კვლევას (M.Dobras and P.Sakowsk, 2016). რისკის შემცველი სამუშაო ადგილები განსაზღვრულია კანონის მიხედვით და დამსაქმებელი ვალდებულია დასაქმებულების ჯანმრთელობა შეამოწმოს არა ნაკლებ ყოველ სამ წელში ერთხელ.

დამსაქმებელს არ შეუძლია დაუშვას თანამშრომელი იმუშაოს მოქმედი სამედიცინო სერტიფიკატის გარეშე, რომელიც ადასტურებს, რომ დასაქმებულს არ ექნება რაიმე უკუჩვენება კონკრეტულ სამუშაო პოზიციაზე. დამსაქმებელმა უნდა გააგზავნოს დასაქმებულები სამედიცინო გამოკვლევებზე (დასაქმებამდე შემოწმება, პერიოდული

გამოკვლევები და შემოწმება) და გასცეს დოკუმენტი, რომელიც ითვალისწინებს პოზიციის ტიპს და სამუშაო პირობების აღწერას, მათ შორის ინფორმაციას სახიფათო და მავნე ზემოქმედების და ფაქტორების (მათი მიმდინარე გაზომვების შედეგებთან ერთად) შესახებ. გამოკვლევები უნდა ჩატარდეს დამსაქმებლის ხარჯზე.

შრომის კოდექსის 237 მუხლის მიხედვით დამსაქმებელი ვალდებულია სოციალური დიალოგის ფორმატში საწარმოს დონეზე, განიხილოს შრომის უსაფრთხოებასთან და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული საკითხები განიხილოს დასაქმებულების წარმომადგენლებთან. თუ საწარმოს ჰყავს 250-ზე ნაკლები დასაქმებული მას ევალება ან პირადად დასაქმებულებთან, ან მათ ექსპერტთან ერთად წარმართოს პროცესი. თუ საწარმოში მუშაობს 250-ზე მეტი დასაქმებული, დამსაქმებელს ევალება ჩამოაყალიბოს შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის კომისია, რომელიც მუშაობს როგორც საკონსულტაციო ორგანო. მასში წარმოდგენილები უნდა იყვნენ დამსაქმებლის და დასაქმებულების წარმომადგენლები (მათ შორის დასაქმებულთა შრომის ინსპექტორი). კომისიაში ასევე წარმოდგენილი უნდა იყოს შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სამსახურის წევრები და ექიმი, რომელიც ზრუნავს პრევენციულ მექანიზმებზე (M. Pecillo, 2018). ამასთან ერთად, შრომის კოდექსის მიხედვით პროფესიულ კავშირებს აქვთ უფლება გაუწიონ ზედამხედველობა შრომით პირობებს და შექმნან დასაქმებულთა შრომის ინსპექცია, რომელიც საბოლოო ჯამში, მჭიდრო თანამშრომლობაშია ეროვნული დონის შრომის ინსპექციასთან (M, Pecillo, 2018). 2014 წელს „შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის ევროპული სააგენტოს“ კვლევის მიხედვით აღმოჩნდა რომ პოლონეთში საწარმოთა 26%-ს ჰყავდა დასაქმებულთა

„ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების“ წარმომადგენელი, ხოლო 17%-ს ჰქონდა ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების კომიტეტი. ეს მაჩვენებლები დაბალია ევროკავშირის საშუალო მაჩვენებელზე, რაც არის 58% ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების წარმომადგენლებისთვის და 21% ჯანდაცვისა და უსაფრთხოების კომიტეტებისთვის (ციფრები მოცემულია სამუშაო ადგილებზე, სადაც არის ხუთი ან მეტი თანამშრომელი).

პროფესიული ჯანდაცვის მოდელი

პროფესიული ჯანდაცვის მომსახურების სერვისი შერეულია და ოპერირებს ორ დონზე - პირველად და რეგიონულ პროფესიულ ჯანდაცვის ცენტრებად. პირველადი ჯანდაცვის ცენტრები შეიძლება იყოს კერძოც და საჯაროც. ცენტრი შეიძლება იყოს დამოუკიდებელი ჯანდაცვის ინსტიტუცია ან დამსაქმებლის მიერ დაარსებული, რომლებსაც გავლილი აქვთ სახელმწიფოს აკრედიტაცია. მათი მოვალეობაა პრევენცია, პირველადი დახმარება, რეაბილიტაცია, დასაქმებულების ჯანმრთელობის პერიოდული შემოწმება, მონაცემების წარმოება და სხვა. მეორე, რეგიონული ცენტრები წარმოადგენენ სახელმწიფო ინსტიტუციებს და იქმნებიან მუნიციპალიტეტების მიერ. ისინი ამოწმებენ, რეკომენდაციებს აძლევენ და ეხმარებიან პირველად ორგანიზაციებს. ასევე პასუხისმგებლები არიან დიპლომირებული სპეციალისტების გადამზადებაზე (J.Hassard, 2021). „პროფესიული მედიცინის მომსახურების კანონი“ (1997) განსაზღვრავს მომსახურების დაფინანსების სამ ფორმას, რომელთაგან პირველი წარმოადგენს დამსაქმებლის დაფინანსებას(სავალდებულო ჯანმრთელობის შემოწმება), მეორე თვით დაფინანსებას და მესამე სახელმწიფო დაფინანსებას.

სამსახურში უბედური შემთხვევის შემთხვევაში დამსაქმებელი ვალდებულია მიიღოს აუცილებელი ზომები საფრთხის აღმოსაფხვრელად ან შესამცირებლად და უზრუნველყოს დამავებულთათვის პირველადი დახმარების გაწევა. თუ უბედური შემთხვევა მოხდა, დამსაქმებელი ვალდებულია დაადგინოს ამ შემთხვევის გარემოებები და მიზეზები, შეადგინოს ანგარიში (და შეინახოს იგი 10 წლის განმავლობაში) და მიიღოს ზომები მომავალში მსგავსი ავარიების თავიდან ასაცილებლად. ის ასევე ვალდებულია ყოველი ფატალური ან მძიმე შემთხვევისა და კოლექტიური შემთხვევის შესახებ დაუყოვნებლივ შეატყობინოს რაიონის შრომის ინსპექტორსა და პროკურორს. დამსაქმებელმა ასევე უნდა აწარმოოს სამსახურში მომხდარი უბედური შემთხვევების რეესტრი. დამსაქმებელმა უნდა მიიღოს მსგავსი ზომები პროფესიული დაავადების დიაგნოზის შემთხვევაში და აცნობოს შრომის მედიცინის კომპეტენტურ ინსტიტუტს და შესაბამის სახელმწიფო სანიტარიულ ინსპექტორს ამ დაავადების შედეგების შესახებ.

როდესაც პროფესიულ დაავადებაზე ეჭვიმტანილია, დამსაქმებელმა ამის შესახებ უნდა აცნობოს კომპეტენტურ სახელმწიფო სანიტარიულ ინსპექტორს და რაიონის შრომის ინსპექტორს. თუ დასაქმებულს აღმოაჩნდა განვითარებადი პროფესიული დაავადების სიმპტომები, დამსაქმებელს მოეთხოვება, სამედიცინო ცნობის საფუძველზე, დანიშნოს თანამშრომელი სხვა სამუშაოზე, სადაც ეს პირი არ ექვემდებარება ამ სიმპტომების გამომწვევ ფაქტორს.

დამსაქმებელი ვალდებულია უზრუნველყოს დასაქმებულის ტრენინგი შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის წესების მიხედვით დასაქმებისას. სამუშაოზე აყვანამდე სავალდებულო სამედიცინო შემოწმება უნდა ყველა დაქირავებულს, ახალგაზრდა დასაქმებულებს, რომლებიც იცვლიან სამუშაო პოზიციას, და თანამშრომლებს, რომლებიც გადადიან პოზიციაზე, სადაც მავნე ფაქტორების რისკი მაღალია.

მომსახურე პერსონალი და განათლება

2018 წელს პოლონეთში რეგისტრირებული იყო 6685 პროფესიული მედიცინის ექიმი, 6005 პირველადი პროფესიული უსაფრთხოების და ჯანდაცვის განყოფილება და 20 რეგიონული პროფესიული ჯანდაცვის ცენტრი (ROHC). შრომის მედიცინის 1 ექიმზე საშუალოდ იყო 3481 შრომისუნარიანი ასაკის ადამიანი. საშუალოდ, 2014-2018 წლებში ყოველწლიურად ჩატარდა მუშაკთა 5 223 000 პროფილაქტიკური გამოკვლევა. ამავე წლებში საშუალო მოსწავლეების, სტუდენტების, საკვალიფიკაციო პროფესიული გადამზადების მონაწილეებისა და დოქტორანტების პრაქტიკულ-პროფესიულ მომზადებასთან დაკავშირებული 322 000 გამოცდა ჩატარდა (Marcinkiewicz, 2020) . პროფესიული მედიცინის პროფესიონალების მომზადება და სერტიფიცირება განსხვავდება პროფესიის მიხედვით. მაგალითად, ექიმები გადიან პროფესიული მედიცინის 5-წლიან კურსს, რაც მათ პროფილაქტიკური სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარების უფლებას აძლევს. მათ, ვისაც აქვთ საკმარისი სამუშაო გამოცდილება (მინიმუმ 6 წლიანი სამუშაო ყოფილ „სამრეწველო ჯანდაცვის სამსახურში“) ასევე

შეუძლიათ ისარგებლონ ასეთი უფლებით. მეორე მხრივ, ექთნები გადიან 2 წლამდე კურსს (უნდა გაგრძელდეს 18-24 თვე, მაგრამ ზოგიერთ შემთხვევაში შეიძლება შემცირდეს 12 თვემდე) პროფესიული ჯანდაცვის სფეროში.

ტექნიკური, სამედიცინო და სამეცნიერო ინსტიტუტები

შრომის დაცვის ცენტრალური ინსტიტუტი - ეროვნული კვლევით ინსტიტუტი წარმოადგენს პოლონეთის მთავარ კვლევით ინსტიტუციას პროფესიული მედიცინის დარგში. ინსტიტუტის მისიაა აწარმოოს, შრომის პირობების ტექნიკური და ორგანიზაციული გამოწვევების გადასაჭრელად გამოსადეგი, სამეცნიერო კვლევითი საქმიანობა, რომელიც შეესაბამება შრომის უსაფრთხოების და ერგონომიკის მოთხოვნებს. ინსტიტუტი წარმოადგენს „შრომის უსაფრთხოების და სამუშაო პირობების გაუმჯობესების“ ეროვნული პროგრამის მთავარ ავტორს და კოორდინატორს. პროგრამა ხორციელდება სახელმწიფო ადმინისტრაციის, ზედამხედველობისა და კონტროლის ორგანოების, სოციალური პარტნიორების, სამეცნიერო და კვლევითი საზოგადოების მონაწილეობით. იგი შედგება ორი ნაწილისაგან - ამოცანებისგან, რომლებიც დაკავშირებულია სახელმწიფო სერვისებთან და კვლევით პროექტებთან. ეროვნული პროგრამის სტრატეგიული მიზანია შეიმუშაოს და დანერგოს ინოვაციური ორგანიზაციული და ტექნიკური გადაწყვეტილებები, რომლებიც ორიენტირებულია ადამიანური რესურსების, ახალი პროდუქტების, ტექნოლოგიების, მართვის მეთოდებისა და სისტემების გაუმჯობესებაზე. ინსტიტუტს ჰყავს 300 თანამშრომელი, მათ შორის მკვლევრები, ინჟინრები, ფსიქოლოგები და მედიცინის ექსპერტები. პოლონეთის პროფესიული მედიცინისთვის ასევე მნიშვნელოვანია ნოფერის პროფესიული მედიცინის ინსტიტუტი, რომელიც მათ სამეცნიერო მიზნებთან ერთად გადაამზადებს ექიმებს. სამთომოპოვებითი საქმიანობების ცენტრალური ინსტიტუტი და სასოფლო ჯანდაცვის სამეცნიერო ინსტიტუტი. პროფესიული უსაფრთხოების და ჯანდაცვის პროფესიონალებს შესაბამისი მოთხოვნების, გამოცდილების და განათლების შემთხვევაში შეუძლიათ (განათლების

მიხედვით) დასაქმდნენ ინსპექტორებად, უფროს ინსპექტორებად, სპეციალისტებად, უფროს და მთავარ სპეციალისტებად. განათლება შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სფეროში არის პოლონეთის საგანმანათლებლო სისტემის ნაწილი და შეიძლება უზრუნველყოფილი იყოს პროფესიული კოლეჯებისა და უნივერსიტეტების მიერ, როგორც კერძო, ისე საჯარო.

განსაკუთრებით რთულ და საშიშ პირობებში დასაქმება

განსაკუთრებით რთული და საშიში პირობების გამოვლენა პოლონეთში დამსაქმებლების ვალდებულებაა. პოლონეთში არსებობს რისკ ფაქტორების ჩამონათვალი (ბიოლოგიური, ქიმიური, აგრონომიული, ფიზიკური, ფსიქოსოციალური და სხვა რისკების ჩამონათვალი) და ასევე კანონით არის განსაზღვრული პროფესიული დაავადებების სია.

1995 წლიდან 2020 წლამდე რისკის შემცველი გარემოებების ქვეშ დასაქმებულთა რიცხვი ყოველ 1,000 დასაქმებულზე 167.1-იდან 73.2-ამდე შემცირდა.

2009 წლის რეფორმამ გააუქმა ვადამდელი საპენსიო სისტემა და ჩაანაცვლა ე.წ. “ზიდის საპენსიო სისტემით”, რომელიც მოიცავდა პროფესიების გაცილებით ვიწრო დიაპაზონს, და აწესებს ბევრად უფრო შემზღუდველ პირობებს ვადამდელი პენსიაზე წვდომისთვის. 2009 წლის რეფორმა ძირითადად შეეხო 1948 წლის შემდეგ დაბადებულ მამაკაცებს და 1953 წლის შემდეგ დაბადებულ ქალებს. ასეთი პენსიის მიღებას ესაჭიროება მრავალი პირობის დაკმაყოფილება და მისი მოქმედება შეწყდება დაახლოებით 2040 წელს.

პოლონეთში დამსაქმებლები იხდიან დამატებით შენატანს 1,5%-ის ოდენობით „Bridging Pensions Fund“-ში, რომელიც ასევე ფინანსდება სახელმწიფო ბიუჯეტის სუბსიდიით. პოლონეთში მადაროელებს შეუძლიათ პენსიაზე გასვლა 55 წლის ასაკში 10 წლის კარიერის შემდეგ, 50 წლის ასაკში 15 წლის კარიერის შემდეგ და არ არსებობს მინიმალური საპენსიო ასაკი, თუ მათ აქვთ 25 წლიანი კარიერა. შერჩეული პროფესიებისთვის ვადამდელ პენსიაზე გასვლის ვარიანტების გაუქმებამ ხელი შეუწყო

ადრინდელ პენსიონერთა რაოდენობის არსებით შემცირებას; 2006 წელს მთლიანი პენსიონერების რაოდენობა შემცირდა 16%-დან 9%-მდე. 2014 წელს კანონიერ საპენსიო ასაკამდე პენსიის მიმღებთა რიცხვი განახევრდა 2009 წლის 1,3 მილიონიდან 2014 წელს 0,7 მილიონამდე, რაც ასევე ირეკლავს 55-64 ასაკობრივ ჯგუფში დასაქმების მაჩვენებლის ზრდას (A. Chłoń-Domińczak 2015).

ავსტრია

ავსტრიამ შრომის უსაფრთხოების და პროფესიული ჯანდაცვის კანონების ევროპულ კანონმდებლობასთან ჰარმონიზაცია ევროკავშირში გაწევრიანებამდე დაიწყო. დამსაქმებლები პასუხისმგებლები არიან ზოგად სამუშაო პირობებზე და ჯანდაცვაზე. მომსახურების ფორმა დამოკიდებულია კომპანიის ზომაზე, სექტორსა და სტატუსზე. ყველა კომპანია ვალდებულია ჰყავდეს შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვაზე პასუხისმგებელი დასაქმებული ან დანიშნული წარმომადგენელი, რომელიც თავის მხრივ მხარდაჭერილია გარე ან შიდა პრევენციული მომსახურებით.

ეროვნული დონის პოლიტიკა

ავსტრია ყოველ 6 წელში ამტკიცებს ახალ ეროვნულ სტრატეგიას. ამჟამად მიმდინარეობს 2021-2027 წლის ეროვნული სტრატეგიის დანერგვა. ავსტრიის OSH სტრატეგია კონსენსუსზე ორიენტირებული ქოლგის სტრატეგიაა, რომელსაც მხოლოდ რამდენიმე ფიქსირებული წესები და ამოცანები აქვს. თუმცა სტრატეგიის ქვეშ არსებობს ორგანოების ფიქსირებული სტრუქტურა, რომელიც შედგება “შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მრჩეველთა საბჭოსგან”, ეროვნული კოორდინატორებისგან, სტრატეგიული პლატფორმისგან, შრომის ინსპექტორატების ქსელისგან, რეგიონული კოორდინატორებისგან და შეფასების ჯგუფისგან. ისინი ადასრულებენ შრომის, სოციალური დაცვისა და მომხმარებელთა დაცვის ფედერალური სამინისტროს, სხვა შესაბამისი სამინისტროების, სოციალური პარტნიორების, უბედური შემთხვევის დაზღვევის და სხვა დაწესებულებების მიერ დადგენილ რეზოლუციას. სტრატეგიის მიზნები წარმოდგენილია ჯანმრთელობის დაცვის ორგანოების მიერ ერთობლივი რეზოლუციის საფუძველზე და დამტკიცებულია „შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სტრატეგიის მრჩეველთა საბჭოს“ მიერ.

მიმდინარე სტრატეგიაში ყურადღება გამახვილებულია ციფრულ და მწვანე ტრანსფორმაციაზე, საწარმოო შემთხვევების მინიმუმამდე შემცირებაზე და სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადებების შემცირებაზე, განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ქიმიურ ნივთიერებებთან დაკავშირებულ რისკებს და ერგონომიულ და ფსიქო-სოციალურ რისკებს.

კანონით დადგენილია „შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მრჩეველთა საბჭოს“ („ASB“) თავმჯდომარე და წევრობა. საბჭოს ევალუა რჩევები მისცეს სამინისტროს და შეადგინოს სტრატეგიები. „ASB“ კანონის მიხედვით ნიშნავს ლიდერებს ოთხი სამუშაო ჯგუფისთვის, სტრატეგიული პლატფორმისთვის და შეფასებითი ჯგუფისთვის. სამუშაო ჯგუფები ადგენენ თავიანთ მიზნებს იმ საკითხების საფუძველზე, რომლებიც დაზუსტებულია ზოგადი სტრატეგიის გათვალისწინებით. შემდეგ ისინი წარუდგენენ მათ ASB-ს დასამტკიცებლად ან ცვლილებისთვის. სამუშაო ჯგუფების ხელმძღვანელებს ნიშნავს შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მრჩეველთა საბჭო (ASB).

ოთხი სამუშაო და შეფასების ჯგუფი მუშაობს შრომის (პროფესიული) უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მრჩეველთა საბჭოს (ASB) მიერ განსაზღვრულ თემატურ სფეროებში (R. Zayzon, C. Brück, C. Salomon. 2020):

- სამუშაო ჯგუფი 1: რისკის შეფასების გაუმჯობესება და რისკის შესახებ ინფორმირებულობა.
- სამუშაო ჯგუფი 2: საწარმოო უბედური შემთხვევების პრევენცია
- სამუშაო ჯგუფი 3: სამუშაოსთან დაკავშირებული და პროფესიული დაავადებების პრევენცია
- სამუშაო ჯგუფი 4: ტრენინგი და ინფორმაცია ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებთან დაკავშირებით
- სტრატეგიული პლატფორმის წევრები არიან:

- ❖ AUVA - ავსტრიის პროფესიული რისკების სოციალური დაზღვევა
- ❖ WKO - ავსტრიის ფედერალური ეკონომიკური პალატა,
- ❖ IV - ავსტრიის მრეწველობის ფედერაცია,
- ❖ BAK - შრომის ფედერალური პალატა,
- ❖ ÖGB - ავსტრიის პროფკავშირების კონფედერაცია,
- ❖ ÖÄK - ავსტრიის სამედიცინო ასოციაცია,
- ❖ ZAI – შრომის ცენტრალური ინსპექცია.

შეფასების ჯგუფი დაკომპლექტებულია ექსპერტებისგან სტრატეგიული პლატფორმის ინსტიტუტებიდან. ინსტიტუტები თავად ირჩევენ ექსპერტებს. ჯგუფების ხელმძღვანელებს საბჭო სწორედ მათი რეკომენდაციით ირჩევს. შეფასების ჯგუფი მუდმივ რეჟიმში აფასებს სამუშაო ჯგუფების და სტრატეგიული პლატფორმის საქმიანობისა და მთლიანი სტრატეგიის შინაარსს, რის შედეგადაც დასკვნას და სამომავლოდ მისაღები ზომების რეკომენდაციებს წარუდგენენ მთავარ საბჭოს. ეროვნული კოორდინატორები ახდენენ სხვადასხვა ორგანოების კოორდინირებას, მათ შორის ევროსტრუქტურებთან კოორდინაციას.

შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის ინსტიტუციები და ინფრასტრუქტურა

შრომის უსაფრთხოების, ჯანდაცვაზე და სხვა შრომასთან დაკავშირებულ საკითხებზე პასუხისმგებელია შრომის, ოჯახის და ახალგაზრდობის ფედერალური სამინისტრო. ზოგიერთი საკითხი, მაგალითად, საწარმოო ტრავმების და პროფესიული დაავადებების დაზღვევა სოციალური, ჯანმრთელობის, ჯანდაცვის და მომხმარებელთა დაცვის სამინისტროს ეკუთვნის.

უშუალოდ რეგულაციების კონტროლი ეკისრება შრომის ინსპექციას, რომელსაც გააჩნია 16 რეგიონული დეპარტამენტი და ერთი ცენტრალური ოფისი. ასევე არსებობს 9 სასოფლო ინსპექტორატი. შრომის ინსპექციამ უნდა შეამოწმოს ასრულებენ თუ არა ექიმი და უსაფრთხოების ინჟინერი მოვალეობებს, სრულდება თუ არა რისკის შეფასება ყველა სამუშაო ადგილზე სწორად, განიხილება თუ არა ქიმიური ნივთიერებების მაქსიმალური დასაშვები დოზები სამუშაო ადგილზე, სარგებლობენ თუ არა თანამშრომლები პერსონალური დამცავი აღჭურვილობით და ა.შ. მიზანია, რომ შრომის ინსპექტორები (რომლებიც ძირითადად ტექნიკოსები არიან, მხოლოდ რამდენიმე ექიმთან ერთად) უნდა ეწვიონ ყველა კომპანიას წელიწადში ერთხელ მაინც, მაგრამ როგორც ზოგიერთ ანგარიშში აღნიშნულია, ინსპექციას კადრების დეფიციტი აქვს, რის გამოც ვერ ხერხდება აღსრულება (Jäger, 2007).

სოციალური დიალოგი

შრომის ინსპექცია იწვევს შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მრჩეველთა საბჭოს, რომელიც წარმოადგენს სოციალური პარტნიორებსა და მათთან ერთად ექსპერტებს, მათ შორის ინჟინრების პალატას, ექიმითა პალატას, და პროფესიული რისკების ავსტრიის სოციალურ დაზღვევას. მრჩეველთა ბორდის წევრობა საპატიოა. საბჭო კონსულტაციებს უწევს შრომის, ჯანმრთელობის და სოციალური დაცვის სამინისტროს და განიხილავს პრევენციული ინსტიტუტების საქმიანობას.

კანონის მიხედვით სოციალური დიალოგის სამმხრივი შეხვედრები იმართება წელიწადში ორჯერ. ძირითადად წარმოდგენილები არიან ავსტრიის პროფესიული კავშირების ფედერაცია (ÖGB), ავსტრიის შრომის პალატა (BAK), ავსტრიის ინდუსტრიების ფედერაცია, ავსტრიის ეკონომიკური პალატა (WKÖ) და ავსტრიის მიწათმოქმედების საპრეზიდენტო ასამბლეა.

საწარმოს დონეზე სოციალური დიალოგი მნიშვნელოვანია ავსტრიაში. დასაქმებულების ინტერესებს წარმოადგენს „სამუშაო საბჭო“. ავსტრიის შრომის ჯანდაცვის და უსაფრთხოების აქტი დამსაქმებელს ავალდებულებს 10-ზე მეტი დასაქმებულის ყოლის შემთხვევაში ჰყავდეს მინიმუმ ერთი უსაფრთხოების წარმომადგენელი. წარმომადგენელს ნიშნავს დამსაქმებელი, მაგრამ ამტკიცებს საბჭო. წარმომადგენელი ინიშნება 4 წლის ვადით. დანიშვნის შესახებ უნდა ეცნობოს შრომის ინსპექციას. 100-ზე მეტი დასაქმებულის შემთხვევაში კომპანიას ევალება შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის კომიტეტის შექმნა, რომელიც მოქმედებს როგორც მრჩეველი და შემოწმებელი ორგანო (R.Zayzon, C.Brück,C.Salomon 2012). უსაფრთხოების წარმომადგენლები ინიშნებიან ოთხი წლის ვადით. დამსაქმებლებმა წერილობით უნდა აცნობონ შრომის ინსპექციას უსაფრთხოების წარმომადგენლების დანიშვნის შესახებ. ამის შემდეგ შრომის ინსპექციამ უნდა აცნობოს დასაქმებულების წარმომადგენლებს (სამუშაო საბჭო ან უმალოდ თანამშრომლებს) კომპანიებში, სადაც 100-ზე მეტი თანამშრომელია. უნდა შეიქმნას შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის კომიტეტი, რომელიც მოქმედებს როგორც საკონსულტაციო და სამეთვალყურეო ორგანო კომპანიის დონეზე. დაბალი რისკის მქონე კომპანიებში (დასაქმებულთა მინიმუმ სამი მეოთხედი ეწევა საოფისე შრომას) ბარიერი არის 250 თანამშრომელი (R.Zayzon, C.Brück,C.Salomon, 2012) .

შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მოდელი

ავსტრიაში ყველა კომპანია ვალდებულია განახორციელოს პრევენციული მომსახურება ან მისი მიწოდების კოორდინირება სახელმწიფოს უფასო სერვისების მეშვეობით დასაქმებულისთვის. ეს ეხება როგორც ტექნოლოგიების უსაფრთხოებას ისე პროფესიული ჯანმრთელობაზე თვალყურის დევნებას. მოვალეობები დამოკიდებულია საწარმოს ზომაზე თუმცა ეხება ერთ თანამშრომლიან კომპანიასაც.

ავსტრიაში ყველაზე მეტად გავრცელებულია მომსახურების შემდეგნაირი მოდელები:

- ერთი სპეციალიზებული ექიმი ზედამხედველობას უწევს რამდენიმე მცირე და საშუალო ბიზნესს.
- მსხვილ საწარმოში დასაქმებულია სპეციალიზებული ექიმი.
- კომპანიებს აქვთ საკუთარი შიდა სერვისები (ინტეგრირებული მოდელი).
- ჯგუფური მომსახურება რამდენიმე მცირე და საშუალო ბიზნესისთვის (ერთობლივი მოდელი).
- უბედური შემთხვევის დაზღვევის დაწესებულების რეგიონული მომსახურების განყოფილებები (AUVA-ს მოდელი).
- კერძო სამედიცინო ცენტრის მოდელი.

50 დასაქმებულამდე კომპანიებს შეუძლიათ გამოიყენონ შემთხვევების პრევენციის ცენტრების უფასო მომსახურება, რომლებიც მუშაობენ სადაზღვევო ინსტიტუციების ქვეშ (AUVAsicher). ამ ცენტრებმა უნდა დააკმაყოფილონ კანონით გაწერილი მოთხოვნები, რომლებიც დაკავშირებულია ცენტრში მომუშავეთა რეალურ პრაქტიკაზე უსაფრთხოების დარგში. ასეთივე წესი ეხება პროფესიული მედიცინის ცენტრებს. ყველა ცენტრმა უნდა მიიღოს სერტიფიკატი და სამუშაოს დაწყებამდე აცნობოს სამინისტროს და შრომის ინსპექციას. სამინისტრო ყოველ წელს აქვეყნებს აკრედიტებული ცენტრების სიას.

2014 წლის განახლებული „რეგულაცია სამუშაოზე ჯანმრთელობის მეთვალყურეობის შესახებ“ ადგენს, რომ დასაქმებულებს უნდა აკვირდებოდეს ექიმი და უსაფრთხოების სპეციალისტი. სამუშაო ადგილებზე, სადაც 50-ზე მეტი თანამშრომელია, კანონით დადგენილია პრევენციისთვის განკუთვნილი სამუშაო საათების მინიმალური რაოდენობა პროფესიული ჯანდაცვის სპეციალისტის და უსაფრთხოების სპეციალისტის მიერ, რაც უნდა უზრუნველყოს დამსაქმებელმა. სამუშაო ადგილებზე

სადაც 10-50 თანამშრომელია, შრომის ინსპექცია აწარმოებს წელიწადში ერთ ინსპექტირებას (ექიმთან და უსაფრთხოების ექსპერტთან ერთად). 1-10 თანამშრომლის შემთხვევაში ინსპექტირება ხდება 3 წელიწადში ერთხელ.

პრევენციული მიზნებისთვის გაწეული სამუშაო მინიმალური დრო გაწერილია კანონით და ის შეადგენს 1,5 საათს ერთ დასაქმებულზე წელიწადში, ე.წ. ლურჯსაყელოიანებისთვის, ხოლო ოფისის თანამშრომლებისთვის 1,2 საათს. ამ მინიმალური „პრევენციის დროისგან“ 35 პროცენტი არის გამოყოფილი ექიმისთვის, 40 პროცენტი უსაფრთხოების ინჟინრისთვის და დარჩენილი 25 პროცენტი რომელიმე მათგანისთვის ან სხვა ექსპერტისთვის, რომელიც ინდივიდუალურ დამსაქმებელს შეუძლია მოიწვიოს (საჭიროების შემთხვევაში შეიძლება ფსიქოლოგები, ქიმიკოსები ან ერგონომისტები). "პრევენციის დრო", როგორც სახელი გულისხმობს, შემოიფარგლება პრევენციული სტრატეგიებით. ოკუპაციურ ექიმს არ აქვს უფლება გამოიყენოს ეს დრო არსებული პირობების სამკურნალოდ, გარდა პირველადი დახმარების შემთხვევებისა. სამედიცინო გამოკვლევებზე დახარჯული დრო შეზღუდულია - მან უნდა დაიკავოს "პრევენციის დროის" არაუმეტეს 20 პროცენტი (Jäger, 2007). კანონის მიხედვით მკვეთრადაა გამიჯნული პრევენციული ფუნქციები, მკურნალობა და რეაბილიტაცია, სწორედ აქედან გამომდინარეობს პროფესიული მედიცინის ექიმების კონკრეტული ვალდებულებები.

მათ შეუძლიათ კონსულტაცია გაუწიონ დამსაქმებლებს და დასაქმებულების საბჭოებს. დამსაქმებელი მოვალეა კონსულტაცია გაიაროს პრევენციის სპეციალისტთან სამუშაო პროცესი დაგეგმვისას, სამუშაო მოწყობილობების დაყენებისას და ცვლილებისას, პირველადი დახმარების ორგანიზებისას, პერსონალური დამცავი აღჭურვილობის შეძენის და გამოცდისას, რისკების შემცირების შემუშავებისას და სხვა კანონით განსაზღვრული პროცედურების დროს. პროფესიული მედიცინის წარმომადგენელს ევალება რჩევების გაცემა დამსაქმებლისთვის, დასაქმებულებისთვის და მუშების საბჭოსთვის ერგონომიკის, უსაფრთხოების, ჯანდაცვისა და შრომით პირობებთან დაკავშირებით. სამუშაო ადგილის ინსპექტირება, ჯანმრთელობის რისკების დადგენა და

სამუშაოსთან დაკავშირებულ დაავადებებს შორის კავშირის გამოვლენა. სამედიცინო შემოწმება (კანონით განსაზღვრულ დროში), ვაქცინაცია, ყველა აქტივობის დოკუმენტირება და ა.შ. სამედიცინო შემოწმება სავალდებულოა კანონით განსაზღვრულ ადგილებზე, რომლებიც ექვემდებარებიან მაღალი რისკის კატეგორიებს. შედეგები უნდა მიეწოდოს შრომის ინსპექციას. შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტის პირველადი მთავარი მოვალეობაა სამუშაო გარემოს, სამუშაო დატვირთვის და შრომის ორგანიზაციის შესწავლა, რათა ავადობის გამომწვევი მიზეზები გამოააშკარაოს და დასაქმებულებსა და დამსაქმებლებს რჩევა მისცეს პრევენციაზე.

კანონში ასევე გამოყოფილია სპეციალური რისკის შემცველი შრომითი აქტივობები, რომლის შემთხვევაშიც პრევენციის საათები მაგალითად ოთხ ან სამ თვეში ერთხელ უნდა მეორდებოდეს.

შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სპეციალისტების მომზადება

პროფესიულ ჯანდაცვასა და უსაფრთხოების სფეროში დასაქმებისათვის ექიმებს და უსაფრთხოების ინჟინრებს ევალებათ სერტიფიცირება. თუ ექიმი არაა სპეციალიზებული დარგში მან უნდა გაიაროს მინიმუმ 12 კვირიანი ტრენინგი პროფესიულ ჯანდაცვაში. ინჟინრებმა რვა კვირა უნდა დაუთმონ გადამზადებას, ხოლო ექთნებმა 4 კვირა. გადამზადებას უზრუნველყოფს "ავსტრიის პროფესიული მედიცინის ინსტიტუტი" და "პროფესიული ჯანდაცვის და უსაფრთხოების ლინცის აკადემია". კურიკულუმი განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტრო მიერ. გადამზადება ის მოიცავს ფიზიკურ, ქიმიურ, ერგონომიულ, ფსიქოსოციალურ და ორგანიზაციულ ფაქტორებზე ორიენტირებულ სწავლებას. მთავარი აქცენტი გაკეთებულია სამუშაოსთან დაკავშირებულ დაავადებებზე. ორივე ინსტიტუცია კერძო არა მომგებიანი დაწესებულებაა და ფინანსდებიან სწავლის გადასახადით, დამსაქმებლების და დასაქმებულების შენატანებით და ა.შ. ბორდებში არიან სახელმწიფო

წარმომადგენლებიც.

შრომის მედიცინის ავსტრიის საზოგადოება და შრომის მედიცინის დეპარტამენტი ვენის სამედიცინო უნივერსიტეტსაც გააჩნიათ სპეციალიზაციის კურსები პროფესიული მედიცინის სხვადასხვა მიმართულებით. კომპანიები რომლებიც ასაქმებენ 10 -ზე მეტ ადამიანს ვალდებული არიან ჰყავდეთ დასაქმებული (არაა აუცილებელი ცალკე პირი აიყვანონ), რომელიც შუამავლობს დასაქმებულს და დამსაქმებელს შორის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის საკითხებზე. "უსაფრთხოების წარმომადგენელმა" უნდა გაიაროს მინიმუმ სამ დღიანი კურსი კანონმდებლობის, პროფესიული რისკების და რისკების შეფასებების შესახებ.

დაზღვევა და კომპენსაცია

სამუშაო ადგილზე დაზღვევა სავალდებულოა ავსტრიაში და ეხება ყველა კომპანიას. პრემიუმები გადახდილია მხოლოდ დამსაქმებლის მიერ და შეადგენს სახელფასო ფონდის 1.2%-ს. დაზღვევა ფარავს საწარმოო შემთხვევებს, სამსახურში მისვლისთვის მგზავრობის დროს შემთხვევებს და პროფესიულ დაავადებებს.

ავსტრიაში დაზღვევა სრულად უზრუნველყოფს უბედური შემთხვევისა და ჯანდაცვის ხარჯებს. ამასთან არსებობს ფულადი კომპენსაციის სპეციალური წესი. სადაზღვევო სტრუქტურები წარმოადგენენ არამომგებიან საჯარო ინსტიტუციებს.

- ავსტრიის მშრომელთა კომპენსაციის ბორდი (AUVA) წარმოადგენს ყველაზე დიდ ცენტრალიზებულ სადაზღვევო ორგანიზაციას, რომელიც წარმოადგენს საჯარო უწყებას. ის ფარავს 3.1 მილიონ დასაქმებულს და 1.2 მილიონ სკოლის მოსწავლეს. ის მეტწილად დაფინანსებულია დასაქმებულების შენატანების მეშვეობით. დაზღვევა ფარავს 1.42 მილიონ სკოლის მოსწავლეს და სტუდენტს, 1.81 მილიონ თეთრსაყელოიან მუშაკს და 1.31 მილიონ ლურჯსაყელოიან მუშას. ლეგალურად დადგენილი მოვალეობებია საწარმოო შემთხვევების და დაავადებების პრევენცია, პროფესიული ჯანდაცვა, პოსტ-ტრავმული მკურნალობა, პირველადი დახმარების გაწევა

საწარმოო შემთხვევებისას, რეაბილიტაცია, კომპენსაცია და კვლევების წარმოება. AUVA ასაქმებს 6100 თანამშრომელს.¹⁶

- „თვითდასაქმებულთა და ფერმერთა სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტი“ (SVS) პასუხისმგებელია 1,2 მილიონ მშრომელზე, თვითდასაქმებული ფერმერების ჩათვლით. ის მოიცავს არა მხოლოდ უბედურ შემთხვევას და პროფესიულ დაავადებებს, არამედ ჯანმრთელობის დაზღვევას, საპენსიო დაზღვევას და ჯანდაცვას.
- ავსტრიის რკინიგზის, სამთო და საჯარო სამსახურის სოციალური დაზღვევის ინსტიტუტი (BVAEB) არის სადაზღვევო ორგანო საჯარო სექტორისთვის, ასევე რკინიგზის, საზოგადოებრივი ტრანსპორტისა და საბაგირო ტრანსპორტის მუშებისთვის (სამუშაო უბედური შემთხვევები და დაავადებები, ჯანმრთელობის დაზღვევა, პენსიები).

გამოყოფილია შრომასთან დაკავშირებული ინციდენტები და პროფესიული დაავადებები, რომლის ჩამონათვალიც არსებობს "სოციალური დაზღვევის საერთო აქტი". (https://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_isn=35898&p_lang=en). AUVA-ს მონაცემებით 2018 წლისთვის შესული 106 ათასი სამუშაოსთან დაკავშირებული დაავადების განაცხადი იქნა აღიარებული, ხოლო პროფესიული დაავადების 1140 შემთხვევა იქნა დაკმაყოფილებული. დაწესებულებაზე მიმავალი შრომის მედიცინის განათლების მქონე ექიმი ვალდებულია აცნობოს სადაზღვევო კომპანიას შემთხვევის ან დაავადების შესახებ. დასაქმებულისთვის, პენსიის ოდენობა გამოითვლება შეფასების საფუძველზე და გამომუშავების უნარის შემცირების ხარისხის მიხედვით. როგორც, წესი შეფასების საფუძველია შემოსავლების ჯამი შემთხვევის დადგომამდე წინა ერთი წლის განმავლობაში.

¹⁶ <https://www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.734250&version=1585313765>

მძიმე და სახიფათო სამუშაოებზე დასაქმება

ავსტრიას აქვს ორი სპეციალური საპენსიო სქემა მძიმე და/ან სახიფათო სამუშაოებზე დასაქმებულებისთვის: „მძიმე შრომის პენსია“ და „სპეციალური პენსიაზე გასვლა ღამის მძიმე სამუშაოსთვის“. პირველი სქემა მოითხოვს კონტრიბუციის 45 წელს და ბოლო 20 წლიდან 10 წლის კონტრიბუციას სპეციალური სამუშაო პოზიციიდან.

საპენსიო ასაკის კანონის და რეგულაციების გათვალისწინებით „მძიმე შრომის პენსია“ ამჟამად მხოლოდ მამაკაცებისთვისაა ხელმისაწვდომი. ეს იმიტომ ხდება, რომ ქალებისთვის კანონით დადგენილი საპენსიო ასაკი ამჟამად 60 წელია, რაც ნიშნავს, რომ მათ ამ ასაკში უკვე აქვთ ნორმალური ასაკობრივი პენსია. მხოლოდ 2024 წლიდან გაიზრდება ქალთა საპენსიო ასაკი ეტაპობრივად.

მეორე, „ღამის“ სქემა მოითხოვს 20 წლიან შენატანების პერიოდს, და 15 წლიან შენატანს სპეციალური სამუშაო ადგილიდან. ავსტრიაში, ორივე სპეციალური საპენსიო სქემა ფინანსდება სოციალური დაზღვევის შენატანებისა და გადასახადებით დაფინანსებული ფედერალური ბიუჯეტიდან. მძიმე ღამის მუშაობისთვის დამსაქმებელმა უნდა გადაიხადოს დამატებითი გადასახადი სოციალური დაზღვევის შენატანებზე, შენატანების ბაზის 3,4%-ის ოდენობით.

- მინიმალური ასაკი „ღამის პენსიისთვის“ არის 57 წელი კაცისთვის და 52 წელი ქალისთვის
- 240 თვე (20 წელი) შენატანები ღამის შრომის დაზღვევაში ან;
- 180 თვე (15 წელი) შენატანი ბოლო 40 წლიანი სამუშაოს განმავლობაში.

ორივე სქემის მიხედვით ვადამდელ გასვლის შემთხვევაში ჩამოიჭრება დამატებითი პენსიის 4.2%-ი ყოველ წელზე, რაც ქმნის დისინციტივას ადრეულად პენსიაზე გასვლისთვის.

ამის მიუხედავად სქემის პენსიები სახელმწიფოს და დამსაქმებლის სუბსიდირების გამო

უფრო მაღალია ვიდრე ჩვეულებრივი ასაკობრივი პენსია (European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion. et al., 2016).

კვლევითი დაწესებულებები და სხვა ორგანიზაციები

ავსტრიაში კვლევით საქმიანობას ეწევა რამდენიმე ინსტიტუტი. AUVA-ს გააჩნია ტექნოლოგიების შემსწავლელი და სატესტო ინსტიტუტი, სერტიფიცირებული სატესტო ლაბორატორია ტექნოლოგიებისთვის და დანადგარების გამოცდისთვის

„AUVA“-ს მტვრის კონტროლის ცენტრს (ÖSBS) აქვს ტექნიკური და სამედიცინო დეპარტამენტები. „AUVA“-ს ასევე გააჩნია რამდენიმე კვლევითი დეპარტამენტი, მათ შორის ექსპერიმენტული და კლინიკური ტრავმატოლოგიის ინსტიტუტი და ოსტეოლოგიის ინსტიტუტი. ვენის ტექნიკური და სამედიცინო უნივერსიტეტები ატარებენ ფუნდამენტურ კვლევებს პროფესიული მედიცინის და შრომის უსაფრთხოების მიმართულებით. ფუნდამენტური კვლევები იწარმოება ასევე კერძო ინსტიტუტებშიც.

ავსტრალია

ავსტრალია წარმოადგენს კეთილდღეობის ანგლო-საქსურ მოდელს და კეთილდღეობის ინსტიტუტები შედარებით სუსტი და მეტად კომერციალიზებულია. ავსტრალიას არ აქვს რატიფიცირებული შსო-ს 161 და 187 კონვენციები (macdonald 2012). ისტორიულად ავსტრალიური კანონმდებლობა ძირითადად ბრიტანულს მიჰყვებოდა და მასთან ერთად განიცდიდა ცვლილებებს. 70-იან წლებში ბრიტანეთში რობენსის ანგარიშის გამოქვეყნების შემდეგ დაინერგა „თვითრეგულირებადი“ მოდელი (Chen et al., 2020). 90-იან წლებში აშკარა გახდა ამ მოდელის ნაკლოვანებები და 2000_იანი წლებიდან ავსტრალია გადადის კოოპერატიულ მოდელზე, (ეს გულისხმობს, რომ შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის წარმართვაში თანამშრომლობენ დამსაქმებლები, დასაქმებულები, სახელმწიფო, ასოციაციები და უსაფრთხოების წარმომადგენლები) რაც ერთიანი კანონმდებლობის შექმნით დასრულდა (Chen et al., 2020).

2011 წელს ავსტრალიაში „ავსტრალია უსაფრთხო შრომის“ საბჭომ დაიწყო ფედერაციულ შტატებს შორის კანონმდებლობების ჰარმონიზაციის პროცესზე მუშაობა, რომელიც საბოლოოდ ჩამოყალიბდა „შრომითი უსაფრთხოების და ჯანდაცვის აქტში“ (WHS). „ავსტრალია უსაფრთხო შრომა“, –წარმოადგენს ეროვნული პოლიტიკის მწარმოებელ ორგანოს. ორგანო დაფინანსებულია შტატებისა და თვითმმართველობების მიერ "შრომითი უსაფრთხოების და ჯანდაცვის რეგულაციების სამთავრობოთაშორისო შეთანხმების" საფუძველზე. არსობრივად ორგანოს ფუნქციაა ეროვნული პოლიტიკის შემუშავება, საკანონმდებლო ჩარჩოზე მუშაობა, ცნობიერების ამაღლება, მუშების კომპენსაციის მოდელების დამუშავება, მონაცემების შეგროვება და ანალიზი, და საკანონმდებლო ჰარმონიზაცია (რომელიც დასრულდა 2028 წელს). დღესდღეობით, SWA-ში გადაწყვეტილებას იღებს სამმხრივი საბჭო, რომელიც შედგება ყველა ფედერაციისა და ფედერალური ხელისუფლების წარმომადგენლისგან, დასაქმებულების და დამსაქმებლების წარმომადგენლებისგან, „SWA“-ს სააგენტოს დამოუკიდებელი თავმჯდომარის და აღმასრულებელი დირექტორისგან. „შრომითი

უსაფრთხოების და ჯანდაცვის აქტი“ და მისი დანამატი კოდექსები (რომლების შესრულებაც სავალდებულო არაა თუმცა სასამართლოს შემთხვევაში როგორც მტკიცებულებას აქვთ ძალა) განსაზღვრავენ შრომითი უსაფრთხოების და ჯანდაცვის სფეროში ვალდებულებებს და უფლებებს, თუმცა არაფერს ამბობენ შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მიწოდების მომსახურების რაგვარობაზე. 2017 წლის „SWA“ მონაცემებით ამა თუ იმ მომსახურებაზე წვდომა აქვს დასაქმებულთა 50%-ს. ესეთი დაბალი მაჩვენებელი დამახასიათებელია ანგლო-საქსური კეთილდღეობის სახელმწიფოსთვის და კონტრასტშია სკანდინავიურ კეთილდღეობის მოდელთან (მაგ, ფინეთში იგივე დაფარვა 90%-ზე მეტია).

თანამეგობრობამ, ოთხმა შტატმა და ორმა ტერიტორიამ მიიღო შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის ეროვნული აქტი, რეგულაციები და მოქმედების კოდექსი. ორ შტატში ძველი კანონმდებლობა დარჩა. საერთო ყველა იურიდიული ერთეულისთვის არის შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვასთან დაკავშირებული აქტები, რეგულაციები და მოქმედების კოდექსი. პირველ ორს კანონის ძალა აქვს და ხოლო უკანასკნელი წარმოადგენს მოქმედების წესებსა და რჩევებს. აქტსა და რეგულაციებში განსაზღვრულია პიროვნებების და იურიდიული პირების მოვალეობები. კანონმდებლობა ეფუძნება მუშებთან კონსულტაციების პრინციპს. ყველა აქტი ავალდებულებს დამსაქმებელს ჯანმრთელობას და უსაფრთხოებასთან დაკავშირებულ საკითხებზე კონსულტაციის გავლას დასაქმებულებთან ან დასაქმებულების ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან. ეს პროცედურები აღწერილია რეგულაციებსა და მოქმედების კოდექსებში. (Socio-Political Context for OHS in Australia Core Body of Knowledge for the Generalist OHS Profession) შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის მარეგულირებელ ორგანოებს გააჩნიათ რეკომენდაციების და ინფორმაციის მიწოდების, ინსპექტირების და კანონმდებლობის აღსრულების, სტატისტიკის მოგროვების და გამოქვეყნების ფუნქცია-მოვალეობა. რეგულატორებს ჰყავთ მრავალფეროვანი უნარების მქონე უსაფრთხოების და ჯანდაცვის ინსპექტორები. ინსპექტორებს გააჩნიათ მნიშვნელოვანი საინსპექციო, საგამოძიებო და სადამსჯელო ძალა უსაფრთხოების და ჯანდაცვის

დარღვევების სფეროში (Socio- Political Context for OHS in Australia Core Body of Knowledge for the Generalist OHS Professional).

შრომის მედიცინის მომსახურების მოდელი ავსტრალიაში

კანონმდებლობა არ აწესებს პროფესიული ჯანდაცვის და უსაფრთხოების მომსახურების მიწოდების კონკრეტულ წესებს. ავსტრალიის სისტემა ეფუძნება საბაზრო მოდელს და როგორც მკვლევრები აღნიშნავენ ის უფრო მეტად ორიენტირდება მკურნალობაზე, აღდგენაზე და ნაკლებად პრევენციაზე (Juliet Hassard, 2021). სწორედ ამის გამო უფრო მეტად განვითარებულია სადაზღვევო სისტემა. შტატებში არსებობს სხვადასხვა მოდელი, მაგრამ ძირითადად დიდ ფირმებს აქვთ კომპანიის შიგნით მოწყობილი შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანდაცვის სერვისი. როგორც წესი, სერვისები დაფინანსებულია დამსაქმებლის ან სადაზღვევო კომპანიის მიერ. ბოლო მონაცემებით, დასაქმებულთა 96% სამუშაოზე ტრავმის მიღების ან დაავადების შემდგომ მიმართავს საერთო პროფილის ექიმს, რომელიც შეფასების შემდგომ წერს უნარიანობის სერტიფიკატს (შტატ ვიქტორიაში) და აღწერს სამუშაოებს, რომლის შესრულებაც უნდა შეეზღუდოს დასაქმებულს. სერტიფიკატი მიეწოდება დამსაქმებელს და დაზღვევას (Juliet Hassard, 2021, p. 200).

დამსაქმებელს გააჩნია სამუშაო ადგილზე არსებული რისკების შეფასების, მენეჯმენტის და დასაქმებულებთან კონსულტაციის ვალდებულება. 2018 წელს "უსაფრთხო შრომა ავსტრალიამ" გამოაქვეყნა სამსახურთან დაკავშირებული ფსიქოლოგიური ჯანდაცვის სახელმძღვანელო.

ავსტრალიური სისტემა ავალდებულებს დამსაქმებელს ხელი შეუწყოს დამავებული ან დაავადებული დასაქმებულის სამუშაო ადგილზე დაბრუნებას. დამსაქმებელი ვალდებულია ინციდენტის ან ავადობის შემდგომ გაესაუბროს მკურნალ ექიმს და

მუშების წარმომადგენლებს შემთხვევის შემდგომ რეაბილიტაციის და სამსახურში დაბრუნების უზრუნველსაყოფად. დამსაქმებელს უნდა ჰქონდეს "სამსახურში დაბრუნების" გეგმა, ან კონტრაქტი გააფორმოს შესაბამის კომპანიებთან, რომლებიც ამას აკეთებენ. თუ სახეუა ნაწილობრივი უნარების დაკარგვა, არსებობს სახელმწიფო ფონდები, რომლებიც დამსაქმებელს ეხმარება ადამიანის სამუშაოზე დაბრუნებაში და ფარავს ხარჯებს (Juliet Hassard, 2021). ეროვნულ დონეზე არსებობს სტრატეგია - „სამსახურში დაბრუნების ეროვნული სტრატეგია“, რომლის ქვეშაც ხორციელდება სპეციალური სახელმწიფო პროგრამები სამუშაო ადგილზე დაზიანებული და დაავადებული დასაქმებულებისთვის.

მშრომელების ჯანდაცვის და უსაფრთხოების წარმომადგენელი მნიშვნელოვან ფუნქციას ასრულებს თანამშრომლების ჯანდაცვაში. მათი ფუნქციაა გამოიძიოს ჯანმრთელობასთან დაკავშირებული საჩივრები და შეისწავლოს უსაფრთხოების და ჯანმრთელობის რისკები. მას უფლება აქვს მიიღოს მონაწილეობა ინსპექტირებაში, დაესწროს ინტერვიუებს მოითხოვოს ჯანდაცვის და უსაფრთხოების კომიტეტის ჩამოყალიბება. აქტი წარმომადგენელს უფლებას აძლევს მოითხოვოს. ის უნდა თანამშრომლობდეს დამსაქმებლის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის წარმომადგენლებთან. დავის შემთხვევას არეგულირებს კანონი, ასევე კვალიფიკაციის კრიტერიუმებსაც. კანონი არ ავალდებულებს დამსაქმებელს ამ პოზიციის შექმნას, ეს უნდა მოითხოვონ მუშებმა. მშრომელთა ჯანდაცვის და უსაფრთხოების წარმომადგენელს შეუძლია მოითხოვოს სპეციალური ტრენინგები, რომლებიც დამსაქმებელმა უნდა აანაზღაუროს. მხოლოდ კვალიფიკაციის მიღების შედეგად უჩნდება უფლება გააჩეროს რისკის შემცველი სამუშაოს შესრულება და გამოსცეს „გაუმჯობესების გამაფრთხილებელი შეტყობინება“. "საწარმოს ან ბიზნესის წარმმართველი" არის პირი (შესაძლოა იყოს თავად დამსაქმებელი) ან ორგანიზაცია, რომელიც პასუხისმგებელია უსაფრთხო სამუშაო გარემოსა და დასაქმებულების ჯანმრთელობაზე. მას კანონით განსაზღვრულ გარემოებებში ევალება დასაქმებულების ჯანმრთელობის შემოწმების უზრუნველყოფა (პრევენცია

ხორციელდება კანონით განსაზღვრულ რისკის და საფრთხის შემცველ სამუშაო ადგილებზე) და უსაფრთხო სამუშაო გარემოს უზრუნველყოფა დასაქმებულების წარმომადგენლებთან კონსულტაციებით. სახელმწიფო რეგულაციებში მოიპოვება რისკის შემცველი ქიმიური კომპონენტების სია, რომლებიც საჭიროებენ განსაკუთრებულ კონტროლს (Health monitoring Guide for persons conducting a business or undertaking).¹⁷

სადაზღვევო და ჯანდაცვის სქემები

ავსტრალიაში მუშაობს საყოველთაო ჯანდაცვის პროგრამა („Medicare“). ავსტრალიის მოსახლეობა დაფარულია საყოველთაო ჯანდაცვით, რომელიც საშემოსავლო გადასახადებით ფინანსდება. ეროვნული სადაზღვევო სისტემა ეხმარება სამუშაო ასაკის მოსახლეობას, რომელსაც არ შეუძლია მუშაობა სხვადასხვა საჯარო დაფინანსების სქემებით. „შრომისუნარიანობის დაზღვევის ავსტრიის ეროვნული სქემა“ და „ავადობის შემწეობა“. ეს სქემები გულისხმობენ:

- დახმარებას მათთვის ვისაც არ შეუძლია კვირაში 15 საათზე მეტი მუშაობა. ორი წლის განმავლობაში შეუძლიათ მიიღონ დახმარება მკურნალი ექიმის დასკვნის წარმოდგენის საფუძველზე.
- დახმარებას 65 წლამდე შრომის უნარის მუდმივად დაკარგულ მოსახლეობისთვის
- დროებითი შრომისუნარიანობის დაკარგვის შემთხვევაში ავადმყოფობის გამო, მოქალაქეს შეუძლია მიიღოს „ავადმყოფობის შემწეობა“ თვეში 504-იდან 604\$ ამდე (Juliet Hassard, 2021). ავადმყოფობის ანაზღაურებადი შვებულება იგივეა რაც პერსონალური შვებულება და წელიწადში 10 დღის რაოდენობითაა განსაზღვრული. ამ დღეების დაგროვება შესაძლებელია წლების განმავლობაში. რაც შეეხება დასაქმებულების კომპენსაციას, არსებობს 11 სხვადასხვა სქემა,

¹⁷ <https://www.safeworkaustralia.gov.au/data-and-research/work-related-diseases/understanding-work-related-disease>

რომლებიც ეფუძნება ე.წ. "No-fault" კომპენსაციის სისტემებს. ბოლო ათწლეულებში განსაკუთრებული ყურადღება ეთმობა ფსიქოლოგიურ და მენტალურ ჯანმრთელობას სამუშაო ადგილზე, რაც აისახება „მუშათა კომპენსაციის“ სტატისტიკაზეც.

2015 წელს შემუშავებული იქნა „ჩათვლილი დაავადებების სია“, რომელიც ბოლოს 2021 წელს განახლდა. თუ დასაქმებულს აქვს ამ სიაში ჩამოწერილი დაავადება და სამუშაო გარემოში არსებობს აღწერილი ფაქტორებისადმი „მოწყვლადობა“ მაშინ დაავადება ითვლება პროფესიულად. შესაბამისად, უარყოფითი მტკიცების ტვირთი გადადის დასაქმებულიდან დამსაქმებელზე. სია აღიარებული და გამოყენებულია შტატების უმეტეს სადაზღვევო კომპანიებში.

კომპენსაციის გასაცემად უნდა დამტკიცდეს, რომ დაავადება ან შემთხვევა სამსახურთან არის დაკავშირებული (ან სამუშაოს ხასიათიდან ან სამუშაო ადგილზე). არსებული კანონმდებლობით დამსაქმებელი ვალდებულია დააზღვიოს დასაქმებული. სქემების დიდი ნაწილი მოიცავს: სამედიცინო დანახარჯებს, შემოსავლების ჩანაცვლებას, რეაბილიტაციასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებას, სხვა სამსახურის მისაღებად გადამზადების ხარჯებს, თანხის ერთიანად გაცემას შრომისუნარიანობის სამუდამო დაკარგვისას და გარდაცვალების შემთხვევაში (Juliet Hassard, 2021, p. 199) .

ამასთან ერთად, არსებობს აგრარული სოციალური დაზღვევის ფონდი, რომელიც ორიენტირებულია მხოლოდ სოფლის მეურნეობის სექტორში ჩართულ მშრომელებზე.

შრომის სამედიცინო განათლება და კვლევითი ცენტრები

„ავსტრალიის პროფესიული და გარემოს დაცვითი მედიცინის ფაკულტეტზე“ ექვსწლიანი სამედიცინო კურსის (4-5 წელი) დასრულების შემდგომ პროფესიულ ჯანდაცვაში სპეციალიზებას ესაჭიროება 6 წელი. ეროვნულ დონეზე ამ სპეციალობის

დამსრულებელთა მაჩვენებელი საკმაოდ მცირეა. არ არსებობს გაწერილი რეგულაციები პროფესიული ჯანდაცვის ექთნების შესახებ. პროფესიული ჯანდაცვის ექთნებისათვის დღესდღეობით არ არსებობს ცალკე არსებული კანონმდებლობა.

უკრაინა

როგორც სხვა პოსტ-საბჭოთა ქვეყნებმა შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის კუთხით უკრაინამ ურთულესი გარდამავალი პერიოდი გაიარა. 2001 წლიდან 2008 წლის ჩათვლით ყოველ 100,000 დასაქმებულზე 4,8 საწარმოო გარდაცვალების შემთხვევა იყო. ამავე პერიოდში ევროპაში მხოლოდ ბელორუსია აღემატებოდა 5 გარდაცვლილით, ხოლო მესამე არასაპატიო ადგილს რუსეთი 4.6-ით იკავებდა (ამ სტატისტიკაში არაა ჩათვლილი პროფესიული დაავადებები). დროებით და მუდმივ ტრავმას საშუალოდ 100,000 დასაქმებულზე 104 ადამიანი იღებდა წელიწადში (Poluyanov V., Lyashov D, 2012).

„შრომის კოდექსი“, „შრომის დაცვის“ და „უუნარობის გამომწვევი საწარმოო შემთხვევების და პროფესიული დაავადებების საწინააღმდეგო სავალდებულო სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის შესახებ“ კანონები წარმოადგენენ სამ მთავარ კანონს, რომლებიც ეხებიან შრომის უსაფრთხოებას და ჯანმრთელობას უკრაინაში. როგორც მკვლევრები აღნიშნავენ, უკრაინის კანონმდებლობას ახასიათებს ე.წ. საკანონმდებლო „ხვრელები“ და ხშირად წინააღმდეგობებიც (Maliuha et al., 2023)

საერთაშორისო თვალსაზრისით უკრაინას პროფესიულ ჯანდაცვასთან და შრომის უსაფრთხოების სხვადასხვა "მსო"-ს კონვენციებთან ერთად რატიფიცირებული აქვს 155 (პროფესიული ჯანდაცვის და უსაფრთხოების), 161 (პროფესიული ჯანდაცვის მოსახურების) და 174 (მთავარი ინდუსტრიული შემთხვევების პრევენციის) კონვენცია.

შრომის უსაფრთხოების სამსახური

„შრომის დაცვის შესახებ“ კანონის მიხედვით დამსაქმებელს ევალება „შრომის დაცვის სამსახურის“ შექმნა იმ შემთხვევაში თუ საწარმოში დასაქმებულია 50 ან მეტი დაქირავებული. დამსაქმებელს ასევე შეუძლია მოახდინოს ამ სერვისის აუტსორსინგი ოფიციალურ სტრუქტურასთან, რომელსაც აქვს უფლება შრომის უსაფრთხოების საქმიანობას ეწეოდეს. კანონში არსებობს დაზუსტება, რომ უსაფრთხოების ინჟინრის

თანამდებობა შეუძლია დაიკავოს პირმა რომელსაც გააჩნია უმაღლესი ან საშუალო საინჟინრო განათლება, გააჩნია სამუშაო ადგილზე მუშაობის გამოცდილება და სპეციალიზებულია შრომის უსაფრთხოების სფეროში.

შრომის უსაფრთხოების სამსახურის მოვალეობაა: საწარმოსთვის შრომის უსაფრთხოებასთან დაკავშირებული სპეციალური დოკუმენტების წარმოება (თანამშრომლებიც მიერ "შრომის უსაფრთხოების აქტის" ნორმატივების შესრულებაზე კონტროლი, კოლექტიური მოლაპარაკებების პირობების შესრულების კონტროლი. შრომის პირობების კონტროლი, შრომის პირობების კონტროლი და შრომის კოდექსში არსებული სანიტარულ-ჰიგიენური ნორმების კონტროლი; საწარმოო შემთხვევების პრევენცია, ალტერნატიული გამოსავლების შემუშავება, დასაქმებულებისათვის ინფორმაციის მიწოდება. სამსახური მუდმივად ურთიერთობს შრომის სახელმწიფო ინსპექტორიატთან და სხვა მარეგულირებლებთან. შრომის უსაფრთხოების სამსახურის მოვალეობაა საწარმოო შემთხვევების, ავარიების და პროფ. დაავადებებისსაგამოძიებო პროცესში მონაწილეობა.

საწარმოსთვის, მიუხედავად საკუთრების ფორმებისა, ან ფიზიკური პირებისთვის, რომლებიც კანონის შესაბამისად იყენებენ დაქირავებულ შრომას, შრომის დაცვის ხარჯები შეადგენს წინა წლის სახელფასო ფონდის არანაკლებ 0,5%.¹⁸

ატესტაციის კომისია

სამსახურის მოვალეობაა კომპანიის განყოფილებების მენეჯმენტის მეთოდოლოგიური მხარდაჭერის უზრუნველყოფა თანამდებობებისა და სამუშაო ადგილების სიების ფორმირებაში (სერტიფიცირება), რომლის მიხედვითაც თანამშრომლებმა უნდა გაიარონ სავალდებულო წინასწარი და სისტემატური სამედიცინო გამოკვლევები. აგრეთვე უნდა შეადგინონ პროფესიების სიები, რომლებსაც ეკუთვნით კომპენსაცია და

¹⁸ უკრაინის შრომის უსაფრთხოების კანონი“, თავი 3, მუხლი 19

შეღვათები შრომის რთული, მავნე ან საშიში პირობების გამო. ეს უკანასკნელი საჭიროა იმისთვის, რომ აღსრულდეს „შრომის უსაფრთხოების კანონის“ 7 მუხლი, რომელიც რთულ და საშიშ პირობებში მომუშავეებისთვის აწესებს სავალდებულო კომპენსაციებს და სხვა (ნატურალურ) ბენეფიტებს, როგორც დამსაქმებლის ვალდებულებას.

სამუშაო ადგილების ატესტაციის საფუძველია პროცედურა, რომელიც გაწერილია მინისტრის კაბინეტის 1992 წლის N.442 ბრძანებით და შრომის სამინისტროს 1992 წლის ბრძანებულებით (01.09.1992 № 41). ამ დოკუმენტებში მითითებულია, თუ რომელი ორგანიზაციები ატარებენ სერტიფიცირებას, რამდენად ხშირად, რამდენ ხანს და რა შედეგები მოჰყვება მის არ ჩატარებას. ამ ინსტრუქციებში გაწერილია ფაქტორები (ფიზიკური, ქიმიური, სამუშაო საათები და სხვა), რომელთა არსებობის შემთხვევაშიც საწარმოს ევალუება ატესტაციის პროცესის ჩატარება. ატესტაცია უნდა ჩატარდეს 5წელში ერთხელ (თუ საწარმოში არ მოხდა მნიშვნელოვანი ტექნოლოგიური ცვლილებები). ატესტაციის კომისია ძირითადად შედგება მთავარი ტექნოლოგის, ენერგეტიკოსის, მექანიკოსის, ინჟინრის, კადრების დეპარტამენტის თანამშრომლის, შრომის უსაფრთხოების სამსახურის თანამშრომლის, საწარმოს ექიმის და დასაქმებულების წარმომადგენლებისგან. სერტიფიკაციის კომისია ადგენს სარისკო ფაქტორებს, ატარებს სანიტარულ ჰიგიენურ გამოკვლევას სამუშაო ადგილზე და განსაზღვრავს სამუშაო ადგილებს პირობების კატეგორიების მიხედვით. ამასთან ერთად გამოითვლის სპეციფიკური პირობებისთვის საჭირო დამატებით სოციალურ ბენეფიტებს, დანამატებს სამუშაო დროს და დასვენების დღეებს, განსაზღვრავს უსაფრთხოების გაუმჯობესებისათვის ზომებს.¹⁹

მნიშვნელოვანია, რომ კანონის მიხედვით დასაქმებულებმა დამსაქმებლების ხარჯით უნდა გაიარონ ტრენინგი შრომის უსაფრთხოების წესების შესახებ და დაეუფლონ პირველადი დახმარების აღმოჩენის წესებს. თანამშრომლებმა, რომლებიც მუშაობენ გაზრდილ საფრთხის შემცველ სამუშაო ადგილებზე ყოველწლიურად უნდა გაიარონ

¹⁹ <https://pro-op.com.ua/article/ru/425-komissiya-po-attestatsii-rabochih-mest-po-usloviyam-truda>

სპეციალური ტრენინგი და შრომის დაცვის შესახებ შესაბამისი მარეგულირებელი სამართლებრივი აქტების ცოდნის ტესტირება.²⁰

სამედიცინო შემოწმება

დამსაქმებლებმა საკუთარი ხარჯებით უნდა უზრუნველყონ მძიმე შრომით დაკავებულ მუშების წინასწარი (სამსახურში მიღებამდე) და პერიოდული (სამუშაო) სამედიცინო გამოკვლევების დაფინანსება და ჩატარება. სამუშაო, სადაც არის მავნე ანსაშიში სამუშაო პირობები აუცილებელია სამედიცინო გამოკვლევები და ყოველწლიურ სავალდებულო სამედიცინო შემოწმება 21 წლამდე პირებისთვის.

შრომის ინსპექცია

2014 წლის რეფორმების შედეგად მოხდა "სამთო მრეწველობის ზედამხედველობის სახელმწიფო სამსახურის და საწარმოო უსაფრთხოების" და "სახელმწიფო შრომის ინსპექტორიატის" გაერთიანება და ჩამოყალიბდა "შრომის სახელმწიფო მომსახურების" აღმასრულებელი ორგანო. მან ასევე მიიღო სამუშაო ადგილებზე რადიაციის მონიტორინგის და სამუშაო ადგილებზე სახელმწიფო სანიტარული და ეპიდემიოლოგიური მომსახურების აღსრულების ფუნქციები. სოფლის მეურნეობის დარგში არსებობს ცალკე "სახელმწიფო აგრიკულტურული ინსპექტორიატი". შრომის ინსპექციის ინსპექტორები ძირითადად სპეციალიზებული არიან სამი მიმართულები :

1. სახელმწიფო შრომის ინსპექტორები ორიენტირებული არიან დასაქმების და სავალდებულო სახელმწიფო სოციალური დაზღვევის საკითხებზე;
2. შრომის დაცვის სახელმწიფო ინსპექტორები გასცემენ ნებართვებს მაღალი რისკის სამუშაოების შესასრულებლად და მაღალი რისკის მქონე მანქანა-

²⁰ შრომის დაცვის შესახებ კანონის 2 მუხლი.

დანადგარების და აღჭურვილობის გამოყენებისათვის; ისინი ორიენტირდებიან მძიმე და მავნე სამუშაო პირობებში დასაქმებულების შეღავათებზე და კომპენსაციებზე; შრომის უსაფრთხოების სერვისებზე; შრომის დაცვის დაფინანსებაზე და ა.შ.

3. შრომის სახელმწიფო ჯანდაცვის ინსპექტორები მუშაობენ პროფესიული დაავადებების პრევენციაზე, სამედიცინო შემოწმებების კონტროლზე, კოლექტიურ და პირადი უსაფრთხოების აღჭურვილობის საკითხებზე და სხვა. „შსო-ს“ მიერ 2018 წელს ჩატარებული კვლევის მიხედვით უკრაინის შრომის ინსპექციას გააჩნია აღსრულებისთვის და შემოწმებისთვის შეზღუდული უფლებები, რაც საჭიროებს რეფორმირებას - მნიშვნელოვნადაა შეზღუდული ინსპექტორის ძალა, რომლებიც გაწერილია უკრაინის მიერ ხელმოწერილ „შსო“-ს 81 და 129 კონვენციებში.²¹

დაზღვევა და კომპენსაცია

დასაქმებულთა სამუშაო შემთხვევების და პროფესიული დაავადებების დაზღვევა წარმართება „უკრაინის სოციალური სადაზღვევო ფონდის“ მიერ, რომელიც წარმოადგენს სახელმწიფო ორგანოს. დასაქმებულების დაზღვევა ფინანსდება დამსაქმებლების და შენატანი დამოკიდებულია სამუშაო ადგილის რისკიანობაზე. დამსაქმებლები გადანაწილებული არიან 67 სხვადასხვა ჯგუფში. ფულადი ბენეფიტები დამოკიდებულია შემოსავალზე. სქემა ფარავს კონტრაქტით დასაქმებულებს, ასევე პრაქტიკაში მყოფ სტუდენტებს და სკოლის მოსწავლეებს. დაზღვევა ფარავს დამდგარ შემთხვევას, როდესაც მშრომელის ჯანმრთელობაზე აქვს გავლენა ხანმოკლე დროის განმავლობაში ან უეცრად სამუშაო პროცესისას, რისკის შემცველი საწარმოო ფაქტორს ან გარემოს. გარემოებების სია დამტკიცებულია უკრაინის მინისტრთა კაბინეტის მიერ.

²¹ ILO. Ukrainian Labour Inspection Legal Framework. Analysis and Recommendations Project documentation, 21 June 2018

დაზღვევა არ ფარავს სამუშაოსკენ ან სამუშაოდან ტრანსპორტირებისას მომხდარ შემთხვევებს. პროფესიული დაავადება წარმოადგენს დაავადებას, რომელიც წარმოშობილია დაზღვეულის პროფესიული საქმიანობისას და მთლიანად ან ნაწილობრივ გამოწვეულია მავნე ნივთიერებების და გარკვეული ტიპის სამუშაოს ან შრომასთან დაკავშირებული სხვა ფაქტორების შედეგად. გარემოებების სიას განსაზღვრულია მინისტრთა კაბინეტის მიერ.

2022 წელს პროფესიული დაავადებების გამომწვევი ძირითადი გარემოებებია: ტექნოლოგიური პროცესის არასრულყოფილება - 30,7%, პირადი დამცავი აღჭურვილობის გამოუყენებლობა - 13%, და მექანიზმებისა და სამუშაო იარაღების არასრულყოფილება - მთლიანი რაოდენობის 10,5%.

პროფესიული დაავადებების სტრუქტურაში პირველ ადგილზეა რესპირატორული დაავადებები - უკრაინაში დაფიქსირებული საერთო რაოდენობის 41,6% (2546 შემთხვევა). მეორე ადგილზეა კუნთოვანი სისტემის დაავადებები (რადიკულოპათია, ოსტეოქონდროზი, ართრიტი, ართროზი) - 28% (1714 შემთხვევა). მესამე ადგილისმენის დაავადებებზე – 24,4% (1494 შემთხვევა), მეოთხე ადგილი ვიბრაციულ დაავადებაზე – 3,8% (234 შემთხვევა).

აღიარება როგორც ინციდენტის ისე დაავადების შემთხვევაში, იწყება ფაქტის გამოძიებით, რომელიც გადმოცემულია "შრომის უსაფრთხოების და ჯანდაცვის კანონში". სამედიცინო დახმარების, პროფესიული, სოციალური რეაბილიტაციის და ფულადი გადახდების ოდენობების და რაგვარობის საფუძველია გამოძიების შედეგად მიღებული დასკვნის ფორმა. დროებითი უუნარობის შემთხვევაში თავად დაზღვეულს შეუძლია აირჩიოს ექიმი ან კლინიკა, რომლის ხარჯებსაც მთლიანად ფარავს დაზღვევა. დროებით უუნარობის შემთხვევაში ფულადი ანაზღაურების გაცემის ხანგრძლივობა დამოკიდებულია სამედიცინო ექსპერტთა კომისიის მიერ და განისაზღვრება პირის საშუალო ხელფასის 100%-ით (პირველ ხუთ დღეს იხდის დამსაქმებელი.²² შრომისუნარიანობის დაკარგვის ხარისხს, სამედიცინო ხარჯების

²² დაზღვევა ასევე მოიცავს ფულად ანაზღაურებს არასაწარმოო შემთხვევის ან ავადმყოფობის გამო

ოდენობას და ხასიათს, რეაბილიტაციის ხარჯების ხასიათს და მოცულობას აფასებს სოციალური და სამედიცინო ექსპერტთა კომისია (MSEC), რომელშიც ასევე მონაწილეობს სოციალური დაზღვევის ფონდი - ეს ყველაფერი გავლენას ახდენს სხვადასხვა ტიპის დაფინანსების გამოთვლისას (გარდა ყოველთვიური სადაზღვევო ბენეფიტის, რომელიც მიბმულია საშუალო ხელფასზე).

რთულ და სახიფათო პირობებში დასაქმება

მაწვე, რთულ და სახიფათო პირობებში მომუშავეთათვის კანონმდებლობა ითვალისწინებს სამუშაო კვირის შემცირებას, დამატებით წლიურ შვებულებას, ხელფასების გაზრდას, ვადამდელ პენსიას, სხვა შეღავათებსა და კომპენსაციას. დასაქმებულთა ამ შეღავათებსა და კომპენსაციაზე უფლების დასადგენად და დასადასტურებლად საწარმოები ახორციელებენ სამუშაო ადგილების შრომის პირობების მიხედვით სერტიფიცირებას.

როგორც სახელმწიფო საპენსიო დაზღვევის სისტემის ნაწილი, არსებობს სპეციალური პრივილეგირებული (პროფესიული) საპენსიო სქემები სხვადასხვა კატეგორიის მუშებისთვის, რომლებიც დასაქმებულთა (სახელმწიფო მოხელეები, შეიარაღებული ძალები/სამხედრო პერსონალი, მოსამართლეები და ძირითადად სახიფათო ან რთულ სამუშაო გარემოში ჩართული მუშები) დაახლოებით 20 პროცენტს მოიცავს. არსებობს, სპეციალური კანონი „მომპოვებლური შრომის პრესტიჟის ამაღლების შესახებ“, რომლებიც არ მოიცავენ მხოლოდ მატაროელების და მეშახტეების პროფესიას. ასევე ცალკე გამოყოფილია მძიმე და რთულ პირობებში დასაქმებული ქალების დამატებითი ბენეფიტები. საპენსიო ასაკი ქალისთვის შეადგენს 55 წელს, ხოლო მამაკაცისთვის 60 წელს.

შრომისუნარიანობის დაკარგვის შემთხვევაშიც. შრომასთან დაკავშირებული შემთხვევებისგან განსხვავებით აქ ანაზღაურება დამოკიდებულია შენატანების წლებზე (საშუალო კარიერულ ხელფასთან მიმართებით, კონკრეტულ დაწესებულებაში)

კანონი განსაზღვრავს დასაქმებულთა 2 ტიპის სიას. სია ნომერი 1-ში შესულ სამუშაო ადგილებზე დასაქმებულ მამაკაცებს 50 წლის ასაკში შეუძლიათ (თუ ჯამში 25 წელი იმუშავეს და 10 მაინც სპეციალურ გარემოში) ნაადრევ პენსიაზე გასვა 50 წლის ასაკში, ქალისთვის საჭიროა 20 წლიანი სამუშაო კარიერა რომელშიც 7.6 წელი მაინც ამ სპეციალურ სამუშაო ადგილებზე იმყოფებოდნენ. სია ნომერ 2-ში შესული დასაქმებული მამაკაცებისთვის შესაძლებელია 55 წლის ასაკში პენსიაზე გასვლა, თუ მათ აქვთ 30 წლიანი დასაქმების ისტორია და მათ შორის სპეციალურ ადგილას 12 წლის სამუშაო სტაჟი. ქალების შემთხვევაში კი 25 წლიანი დასაქმების ისტორია და 10 წლიანი სტაჟი სპეციფიკურ ადგილზე. ამასთან ერთად კანონი განსაზღვრავს დამატებით ბენეფიტებს ამ სიაში ჩამოთვლილი პოზიციებზე და გარემოებებში დასაქმებულთათვის. სპეციალურ პენსიებს და ნაადრევად პენსიაზე გასვლის უფლება აქვთ ასევე სხვა არა მხოლოდ მიწისქვეშა საქმიანობებით დაკავებულ მოქალაქეებსაც (Лідньов Анатолій, 2020).

საქართველო

შრომის მედიცინის ორგანიზების საერთაშორისო გამოცდილება ცხადყოფს, რომ არ არსებობს ერთი უნიკალური მოდელი, რომელსაც უნივერსალური ხასიათი ექნებოდადა გამოდგებოდა ნებისმიერი ქვეყნისთვის. შრომის უსაფრთხოებისა დაჯანმრთელობის პრინციპებს სწორედ ქვეყნების ეროვნული ეკონომიკური, სოციალური უზრუნველყოფის, შრომითი ურთიერთობის მოდელები განაპირობებენ, რომელთა დიზაინი ქვეყნების ისტორიული გამოცდილებით არის ნაკარნახევი.

საქართველოს შემთხვევაში რთულია ვიმსჯელოთ იმაზე რაც არ არსებობს. ამიტომ სანამ შრომის მედიცინის შესაძლო ინსტიტუციურ მოდელზე დავიწყებდეთ მსჯელობას, გავცნოთ პროფესიულ მედიცინასთან პირდაპირ თუ ირიბად დაკავშირებულ საკანონმდებლო აქტებზე და მათი განვითარების ტრაექტორიას.²³

შრომის კოდექსი

საქართველოს შრომის კოდექსით დამსაქმებელი ვალდებულია უზრუნველყოს დასაქმებულთათვის უსაფრთხო და ჯანსაღი სამუშაო გარემოთი, რაც ასევე მოიცავს პროფესიული დაავადებების პრევენციას.²⁴ თუმცა, როგორ სრულდება, ან უნდა შესრულდეს აღნიშნული ვალდებულება დამსაქმებლის მხრიდან ზოგიერთ შემთხვევაში ბუნდოვანია.

²³ როგორც შესავალშია აღნიშნული საბჭოთა კავშირის დანგრევის შემდეგ სემაშკოს მოდელთან ერთად გაქრობის პირას აღმოჩნდა შრომის მედიცინის განმახორციელებელი ინსტიტუტები, მოგვიანებით ლიკვიდაციას დაექვემდებარა. ამიტომ მათი პრაქტიკაში დაკვირვება შეუძლებელია. ამიტომ შემოვიფარგლებით საკანონმდებლო ბაზის ანალიზით.

²⁴ საქართველოს შრომის კოდექსი. მუხლი 45. საქართველოს შრომის კოდექსი | სსიპ "საქართველოს საკანონმდებლო მაცნე" (matsne.gov.ge)

„შრომის უსაფრთხოების შესახებ“ - საქართველოს ორგანული კანონი

შრომის უსაფრთხოების შესახებ საქართველოს ორგანული კანონის თანახმად ამ კანონის მიზანია იმ ძირითადი მოთხოვნებისა და პრევენციული ღონისძიებების ზოგადი პრინციპების განსაზღვრა, რომლებიც უკავშირდება სამუშაო ადგილზე შრომის უსაფრთხოების საკითხებს, არსებულ და მოსალოდნელ საფრთხეებს, უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების თავიდან აცილებას, დასაქმებულთა სწავლებას, მათთვის ინფორმაციის მიწოდებასა და კონსულტაციის გაწევას, შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის დაცვის საკითხებში დასაქმებულთა თანაბარ მონაწილეობას.

იმავე ორგანული კანონის მესამე მუხლის „ვ“ ქვეპუნქტის თანახმად კი პროფესიული დაავადება ეს არის „დასაქმებულის მწვავე ან ქრონიკული დაავადება, რომელიც ვითარდება საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის საფრთხის შემცველი ფაქტორების ზემოქმედებით, იწვევს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან/და პროფესიული შრომისუნარიანობის შეზღუდვას მოკლე პერიოდში ან ხანგრძლივად და განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით;“

ამასთან მე-5 მუხლის თანახმად დამსაქმებელი ვალდებულია:

- აღრიცხოს სამუშაო სივრცეში უბედური შემთხვევები, პროფესიული დაავადებების შემთხვევები და საშიში შემთხვევები და მოთხოვნის შემთხვევაში შესაბამისი ინფორმაცია მიაწოდოს დასაქმებულს ან/და დასაქმებულთა წარმომადგენელს;
- უზრუნველყოს სამუშაო სივრცეში უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების შემთხვევების რეგისტრაცია, მოკვლევა და ანგარიშგება ამ კანონის მე-15 მუხლის შესაბამისად.²⁵

²⁵ შრომის უსაფრთხოების შესახებ ორგანული კანონის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტის დ და ქვეპუნქტები;

მე-6 მუხლის მესამე პუნქტით კი საწარმოს სპეციფიკიდან და რისკის შეფასების შესახებ დოკუმენტიდან გამომდინარე, უსაფრთხო და ჯანსაღი სამუშაო პირობების უზრუნველსაყოფად და სამუშაო ადგილზე უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების თავიდან ასაცილებლად დამსაქმებელი ვალდებულია:

ა) ფუნქციების განაწილების საფუძველზე წერილობით განსაზღვროს შრომის უსაფრთხოების სფეროში შესაბამისი დასაქმებულების და სამუშაო სივრცეში მყოფი სხვა პირების ვალდებულებები და პასუხისმგებლობა;

ბ) უზრუნველყოს რისკის შემცველ სამუშაო ადგილებზე მხოლოდ იმ დასაქმებულისადა სამუშაო სივრცეში მყოფი სხვა პირის დაშვება, რომლებმაც გაიარეს შესაბამისი სპეციალური სწავლება ან ინსტრუქტაჟი;

გ) გამოავლინოს და აღრიცხოს საფრთხის შემცველი სამუშაო ადგილები;

დ) უზრუნველყოს დაცვისა და კონტროლის სისტემების, საშიში ნივთიერებების შემგროვებელი და გამანეიტრალებელი აღჭურვილობების უწყვეტი და გამართული ფუნქციონირება;

ე) მოთხოვნის შემთხვევაში ზედამხედველ ორგანოს მიაწოდოს ყველა საჭირო ინფორმაცია და დოკუმენტი და შეასრულოს ამ ორგანოს მითითებები;

ვ) საწარმო აღჭურვოს შესაბამისი კოლექტიური დაცვის საშუალებებით;

ზ) დასაქმებული და სამუშაო სივრცეში მყოფი სხვა პირი უფასოდ აღჭურვოს აუცილებელი ეფექტიანი ინდივიდუალური დაცვის საშუალებებით იქ, სადაც ეს აუცილებელია მათი სიცოცხლის ან ჯანმრთელობის დასაცავად, უზრუნველყოს ინდივიდუალური დაცვის საშუალებების სისუფთავე და ტექნიკური გამართულობა;

თ) უზრუნველყოს დასაქმებულისათვის წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო შემოწმების ჩატარება საქართველოს კანონმდებლობით გათვალისწინებულ შემთხვევებში;

ი) არ დაუშვას სამუშაოზე დასაქმებული ან/და სხვა პირი, რომელიც ალკოჰოლური, ნარკოტიკული ან ფსიქოტროპული სიმთვრალის მდგომარეობაში იმყოფება, და ამ მიზნით შიდა მარეგულირებელი ნორმებით განსაზღვროს დასაქმებულების ან/დასხვა პირების ჯგუფი, რომელიც უფლებამოსილი იქნება, ზედამხედველობა გაუწიოს აღნიშნულ პროცესს.

ამავე ორგანული კანონის მეათე მუხლის პირველი პუნქტის „ე“ ქვეპუნქტის თანახმად „საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით მიიღოს კომპენსაცია სამუშაო სივრცეში მიყენებული ზიანისათვის, მათ შორის, პროფესიული დაავადებით მიყენებული ზიანისათვის“;

შრომის უსაფრთხოების შესახებ კანონი ასევე ითვალისწინებს, რომ დამსაქმებელი ვალდებულია აღრიცხოს სამუშაო სივრცეში უბედური შემთხვევები და პროფესიული დაავადებების შემთხვევები, რაც გულისხმობს კომპეტენტური უწყებების წარმომადგენელთა, შრომის უსაფრთხოების სპეციალისტისა და დაშავებული დასაქმებულის, თუ მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობა ამის საშუალებას იძლევა, ერთობლივი მონაწილეობით შესაბამისი უბედური შემთხვევის და პროფესიული დაავადების მიზეზის დადგენას. **თუმცა, ვინ არიან „კომპეტენტური უწყების წარმომადგენლები“ ბუნდოვანია და კანონი არ განმარტავს.**

ზედამხედველი ორგანო (იგულისხმება სსიპ შრომის ინსპექციის სამსახური) აკონტროლებს შრომის უსაფრთხოების ნორმების აღსრულებასა და გამოყენებას, ახორციელებს სამუშაო ადგილზე მომხდარი უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების შემთხვევების მოკვლევას და აღრიცხავს მათ საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. ზედამხედველი ორგანოს ფუნქციები, უფლება-მოვალეობები და სტრუქტურა განისაზღვრება ზედამხედველი ორგანოს დებულებით, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად.

კანონი განსაზღვრავს პროფესიულ დაავადებას და ავალდებულებს დამსაქმებელს დაარეგისტრიროს პროფესიული დაავადებების შემთხვევები სამუშაო ადგილზე და მოთხოვნისთანავე მიაწოდოს შესაბამისი ინფორმაცია დასაქმებულს ან/და

დასაქმებულთა წარმომადგენელს (მუხლი 5). გარდა ამისა, კანონი ავალდებულებს დამსაქმებელს, რომ უზრუნველყოს პროფესიული დაავადებების პროფილაქტიკა სამუშაო ადგილზე სახიფათო სამუშაო ადგილების გამოვლენით და აღრიცხვით, შესაბამისი კოლექტიური და პირადი დაცვის საშუალებების უზრუნველყოფით და დასაქმებულთა წინასწარი და პერიოდული სამედიცინო გამოკვლევების ჩატარებით, საქართველოს კანონმდებლობის შესაბამისად. მე-6 მუხლი).

ამასთან, ამავე კანონის მე-10 მუხლი ცალსახად ადგენს, რომ დასაქმებულს უფლება აქვს მიიღოს ანაზღაურება სამუშაო ადგილზე მიყენებული ზიანის, მათ შორის, პროფესიული დაავადებით მიყენებული ზიანისათვის, საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით. შესაბამისად, კანონი მოიცავს არა მხოლოდ ავარიების აღრიცხვას, არამედ - პროფესიული დაავადებების პრევენციასა და კომპენსაციას.(მუხლი 10.1.ე) შრომის უსაფრთხოების შესახებ საქართველოს ორგანული კანონი არაფერს ამბობს პროფესიით განპირობებულ დაავადებებზე.

საქართველოს ორგანული კანონი შრომის უსაფრთხოების შესახებ ძირითადად ყურადღებას ამახვილებს სამუშაო ადგილზე შრომის უსაფრთხოების საკითხებთან დაკავშირებულ პრევენციულ ღონისძიებებზე, უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების პრევენციაზე, თანამშრომლების მომზადებასა და მათთვის ინფორმაციისა და კონსულტაციის მიწოდებაზე. კანონი დამსაქმებელს ავალდებულებს დაარეგისტრიროს უბედური შემთხვევები, პროფესიული დაავადებების შემთხვევები და საშიში შემთხვევები სამუშაო ადგილზე, უზრუნველყოს უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების რეგისტრაცია, გამოკვლევა და შეტყობინება, ამასთან უზრუნველყოს თანამშრომლების უსაფრთხოებისთვის საჭირო აღჭურვილობა.

მეორე მხრივ, შსო-ს შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის კონვენცია (C155) მოიცავს შრომის უსაფრთხოებასა და ჯანმრთელობასთან დაკავშირებულ საკითხთა უფრო ფართო სპექტრს. იგი მოიცავს დებულებებს უსაფრთხო და ჯანსაღი სამუშაო გარემოს უფლების, საფრთხის იდენტიფიცირებისა და აღმოფხვრის, პრევენციის კულტურის ხელშეწყობის, მუშაკებისთვის ინფორმაციისა და ტრენინგის მიწოდების

შესახებ, მუშაკთა და მათი წარმომადგენლების მონაწილეობა შრომის უსაფრთხოებასა და ჯანმრთელობაში. საკითხებს და მშრომელების დაცვას სანიფათო პირობების შეტყობინებით შურისძიებისაგან.

შრომის ინსპექციის შესახებ საქართველოს კანონი

რაც შეეხება შრომის ინსპექციის შესახებ საქართველოს კანონს, იგი პროფესიულ დაავადებას შემდეგნაირად განმარტავს: „პროფესიული დაავადება – დასაქმებულის მწვავე ან ქრონიკული დაავადება, რომელიც ვითარდება საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის საფრთხის შემცველი ფაქტორების ზემოქმედებით, იწვევს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან/და პროფესიული შრომისუნარიანობის შეზღუდვას მოკლე პერიოდში ან ხანგრძლივად და განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით;“²⁶

აღსანიშნავია, რომ ამ კანონში ამის გარდა თითქმის არაფერია ნათქვამი პროფესიულ დაავადებებზე, გარდა იმისა, რომ მთავარი შრომის ინსპექტორის წლიური ანგარიში, რომელიც მან კალენდარული წლის დასრულებიდან არაუგვიანეს 6 თვისა უნდა წარუდგინოს მრჩეველთა საბჭოს და პარლამენტს, უნდა შეიცავდეს პროფესიული დაავადებების შესახებ სტატისტიკურ მონაცემებს.²⁷

„შრომის ინსპექციის შესახებ“ კანონის მეხუთე მუხლის პირველი პუნქტით განმტკიცებულია, რომ შრომის ინსპექციის სამსახურის მიზანია შრომითი ნორმების ეფექტიანი გამოყენების უზრუნველყოფა. ამ მიზნების მისაღწევად კი მათ შორის იყენებს იმავე მუხლის მეორე პუნქტში ჩამოთვლილ მექანიზმებს. კერძოდ:

- ა) მოთხოვნის შემთხვევაში, შრომითი ნორმების შესრულებასთან დაკავშირებით კონსულტაციის გაწევა ან/და ინფორმაციის მიწოდება;

²⁶ შრომის ინსპექციის შესახებ საქართველოს კანონი. მუხლი 3. პუნქტი 1. „მ“ ქვეპუნქტი.

²⁷ შრომის ინსპექციის შესახებ საქართველოს კანონი. მუხლი 10

ბ) შრომითი ნორმების დაცვის ხელშემწყობი ინფორმაციის საზოგადოებისთვის მიწოდება და მისი ცნობიერების ამაღლებაზე ზრუნვა საინფორმაციო კამპანიებისა და სხვა ქმედითი ღონისძიებების განხორციელებით;

გ) შრომითი ნორმების შესაძლო დარღვევასთან დაკავშირებული საჩივრების მიღება და განხილვა;

დ) ინსპექტირება;

ე) საქართველოს შრომის კანონმდებლობის დასახვეწად და მისი გამოყენების გასაუმჯობესებლად წინადადებების შემუშავება.

შესაბამისად, ცალსახად და არაორაზროვნად შეიძლება ითქვას, რომ შრომის ინსპექციის შესახებ კანონის ეს ჩანაწერი არაფერს ამბობს პროფესიული დაავადებების დადგენაზე. ასევე იმაზე, არის თუ არა იგი ის დაწესებულება, რომელსაც აქვს უფლებამოსილება დაადგინოს პროფესიული დაავადება.

თუმცა აქვე უნდა აღინიშნოს რომ იმ მექანიზმების ჩამონათვალი, რომელსაც შეიძლება იყენებდეს შრომის ინსპექცია არ არის სრული და დახურული. შრომის ინსპექცია შესაძლოა იყენებდეს სხვა მექანიზმებსაც. როგორც ქვემოთ დეტალურად ვნახავთ. პროფესიული დაავადებების აღრიცხვის, მოკვლევისა და ანგარიშგების წესის თანახმად შრომის ინსპექციას უფლება აქვს საჭიროების შემთხვევაში მოსთხოვოს დამსაქმებელს ჯგუფის შექმნა ან/და სპეციალისტ(ებ)ის მოწვევა ან შექმნას დამოუკიდებელი კომისია დასაქმებულის შესაძლო მწვავე ან ქრონიკული პროფესიული დაავადების დადგენის მიზნით. კანონი არაფერს ამბობს პროფესიული დაავადებებზე.

პროფესიული დაავადებების აღრიცხვის, მოკვლევისა და ანგარიშგების წესი

სამუშაო სივრცეში მომხდარი უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების აღრიცხვის წესის და ფორმის, მოკვლევის პროცედურებისა და ანგარიშგების წესის

დამტკიცების თაობაზე (შემდგომში – წესი) საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის ბრძანება ადგენს „შრომის უსაფრთხოების შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით გათვალისწინებულ სამუშაოებზე პროფესიული დაავადებების აღრიცხვის, მოკვლევისა და ანგარიშგების ერთიან სავალდებულო წესს.²⁸

პროფესიული დაავადების აღრიცხვას, მოკვლევასა და ანგარიშგებას ექვემდებარება „შრომის უსაფრთხოების შესახებ“ საქართველოს ორგანული კანონით გათვალისწინებულ სამუშაო ადგილზე საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის საფრთხის შემცველი ფაქტორების ზემოქმედებით განვითარებული დასაქმებულის მწვავე ან ქრონიკული დაავადების შესაძლო შემთხვევა.²⁹

ამ წესის თანახმად შემდეგნაირად არის განმარტებული ტერმინები:

პროფესიული დაავადება – დასაქმებულის მწვავე ან ქრონიკული დაავადება, რომელიც ვითარდება საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის საფრთხის შემცველი ფაქტორების ზემოქმედებით, იწვევს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან/და პროფესიული შრომისუნარიანობის შეზღუდვას მოკლე პერიოდში ან ხანგრძლივად და განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით;

მწვავე პროფესიული დაავადება – დაავადება, რომელიც ვითარდება დასაქმებულზე მავნე საწარმოო ფაქტორ(ებ)ის ერთჯერადი (არაუმეტეს ერთი სამუშაო ცვლის განმავლობაში) ზემოქმედების შედეგად, რაც იწვევს პროფესიული შრომისუნარიანობის დროებით ან მუდმივ შეზღუდვას;

ქრონიკული პროფესიული დაავადება – დაავადება, რომელიც ვითარდება საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის საფრთხის შემცველი ფაქტორების ხანგრძლივი

²⁸ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 12 სექტემბრის №01-11/ნ ბრძანება;

²⁹ საქართველოს ოკუპირებული ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის მინისტრის 2018 წლის 12 სექტემბრის №01-11/ნ ბრძანება;

ზემოქმედებით, იწვევს მისი ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებას ან/და პროფესიული შრომისუნარიანობის შეზღუდვას ხანგრძლივად და განსაზღვრულია საქართველოს კანონმდებლობით;

შრომის პირობების სანიტარიულ-ჰიგიენური დახასიათება – საწარმოო გარემოს და შრომითი პროცესის ფიზიკური, ქიმიური, ბიოლოგიური ფაქტორების ჰიგიენურ ნორმებთან შესაბამისობის დადგენა;

საფრთხის შემცველი ფაქტორები – საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის ფიზიკური, ქიმიური, ბიოლოგიური ან ფიზიოლოგიური ფაქტორები, რომლებმაც შეიძლება საფრთხე შეუქმნას დასაქმებულის ან სხვა პირის სიცოცხლესა და ჯანმრთელობას და გამოიწვიოს პროფესიული დაავადება ან ჯანმრთელობის მკვეთრი გაუარესება.

ამ წესის მე-4 მუხლი აღგენს დამსაქმებლის არაერთ ვალდებულებას. კერძოდ დამსაქმებელი ვალდებულია:

→ პროფესიული დაავადებების თავიდან აცილების მიზნით, უზრუნველყოს ღონისძიებების გატარება (მუდმივ რეჟიმში) და მიიღოს პირის სიცოცხლისა და ჯანმრთელობის დაცვისათვის აუცილებელი ზომები, საწარმოო გარემოსა და სამუშაო პროცესის საფრთხის შემცველი ფაქტორების შემცირების მიზნით;

მწვავე პროფესიულ დაავადებაზე გონივრული ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, დაუყოვნებლივ გადაიყვანოს დასაქმებული სამედიცინო დაწესებულებაში, შემდგომი გამოკვლევების/მკურნალობის ჩატარების მიზნით და დაუყოვნებლივ აცნობოს ზედამხედველ ორგანოს;

→ ზედამხედველი ორგანოს, ან/და შრომის უსაფრთხოების საკითხებში დასაქმებულის წარმომადგენლ(ებ)ის, ასევე მის მიერ მწვავე ან ქრონიკულ პროფესიულ დაავადებაზე გონივრული ეჭვის მიტანის შემთხვევაში, შესაძლო პროფესიული დაავადების გამომწვევი მიზეზ(ებ)ის დადგენის მიზნით შექმნას პროფესიული დაავადების მოკვლევის ჯგუფი (შემდგომში – ჯგუფი); ან/და

საჭიროების შემთხვევაში მოიწვიოს შესაბამისი დარგის სპეციალისტები: „პროფესიული პათოლოგიების“ მიმართულებით სპეციალიზებული ექიმ-სპეციალისტ(ებ)ი ან/და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტ(ებ)ი (ჰიგიენის, გარემოს ჯანმრთელობისა და პროფესიული მედიცინის და სხვ. შესაბამის სფეროში) ან/და ქიმიკოსი ან/და ტოქსიკოლოგი და სხვა, რომელთა მომსახურების ხარჯებს სრულად დაფარავს დამსაქმებელი;

→ გაატაროს ჯგუფის ან/და შესაბამისი დარგის სპეციალისტ(ებ)ის მიერ განსაზღვრული ღონისძიებები;

→ შესაძლო პროფესიული დაავადების გამომწვევი მიზეზ(ებ)ის დადგენის შემდეგ

15 სამუშაო დღის ვადაში უზრუნველყოს პროფესიული დაავადების დადგენის მიზნით დასაქმებულისთვის შესაბამის დაწესებულებაში კვლევების ჩატარების პროცესის დაწყება;

→ აღრიცხოს დადგენილი პროფესიული დაავადებები №3 დანართის შესაბამისად და წარუდგინოს ზედამხედველ ორგანოს პროფესიული დაავადების დადგენიდან 5 სამუშაო დღის ვადაში.

პროფესიული დაავადების მოკვლევა

აღნიშნული წესის მე-6 მუხლის თანახმად, შესაძლო მწვავე ან ქრონიკულ პროფესიულ დაავადებაზე ეჭვის მიტანის შემთხვევაში ან/და პროფესიული დაავადების შესაძლო გამომწვევი მიზეზ(ებ)ის დადგენის მიზნით იქმნება ჯგუფი ან/და მოწვეული იქნება შესაბამისი დარგის სპეციალისტ(ებ)ი: „პროფესიული პათოლოგიების“ მიმართულებით სპეციალიზებული ექიმ-სპეციალისტ(ებ)ი ან/და საზოგადოებრივი ჯანდაცვის სპეციალისტ(ებ)ი (ჰიგიენის, გარემოს ჯანმრთელობისა და პროფესიული მედიცინის და სხვ. შესაბამის სფეროში) ან/და ქიმიკოსი ან/და ტოქსიკოლოგი და სხვა.

ეს წესი გვეუბნება, რომ ჯგუფის შემადგენლობაში შედიან:

ა) დამსაქმებელი ან მისი უფლებამოსილი პირი (ჯგუფის ხელმძღვანელი);

ბ) დასაქმებულთა წარმომადგენელი შრომის უსაფრთხოების საკითხებში (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

გ) პროფესიული კავშირის გაერთიანების წარმომადგენელი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში);

დ) შრომის უსაფრთხოების სპეციალისტი (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

ხოლო არცერთი, ჩამოთვლილი სამიდან არცერთი მათგანი არ არსებობს სამსახურში, მაშინ დამსაქმებელი ვალდებულია მოიწვიოს სპეციალისტ(ებ)ი.

მოცემული ჩანაწერიდან გამომდინარე იკვეთება არაერთი ბუნდოვანება და პრობლემა. კერძოდ. ბუნდოვანია ვინ ირჩევს, თუ ვინ უნდა მოწვეული, რომელი სპეციალისტი? რამდენად იქნება უზრუნველყოფილი ამ სპეციალისტების დამოუკიდებლობა და სანდოობა, თუ ისინი მოწვეულნი იქნებიან დამსაქმებლის მიერ.

აქვე ყურადსაღებია, რომ ზედამხედველ ორგანოს არა ვალდებულება, არამედ უფლებამოსილება აქვს მიიღოს ჯგუფის მუშაობაში მონაწილეობა. თუმცა როგორუნდა მიიღოს, ეს არ არის გათვალისწინებული. რა იგულისხმება კერძოდ მონაწილეობის მიღებაში.

წესის თანახმად, ჯგუფის ან/და სპეციალისტ(ებ)ის მოწვევის მიზანია დაადგინოს/განსაზღვროს ის საწარმოო ფაქტორები, რამაც შესაძლოა ზემოქმედება მოახდინოს დასაქმებულის ჯანმრთელობაზე, გამოიწვიოს მწვავე ან ქრონიკული პროფესიული დაავადება.

წესში არაფერია ნათქვამი როგორ უნდა მოხდეს თავად დასაქმებულის სამედიცინო გამოკვლევა. ვინ უნდა დაფაროს ხარჯები. თუმცა, ზოგადი სულისკვეთების, წესებისა და მიზნების შეჯერებით შეიძლება ითქვას, რომ დამსაქმებელი უზრუნველყოფს ამ ხარჯების დაფარვას.

ჯგუფი გადაწყვეტილებას იღებს წევრთა ხმების უმრავლესობით. წესში არაფერია

ნათქვამი სად შეიძლება გასაჩივრდეს აღნიშნული გადაწყვეტილება.

ჯგუფის შემადგენლობის შესახებ ინფორმაცია წერილობითი ფორმით გამოქვეყნდება დასაქმებულთათვის თვალსაჩინო ადგილას.

ჯგუფის ან/და სპეციალისტების მიერ შესაძლო პროფესიული დაავადების შესაძლო გამომწვევი მიზეზ(ებ)ის დადგენას ახდენს 60 კალენდარული დღის ვადაში. დადგენილი ვადა შესაძლოა გაგრძელდეს ერთჯერადად იმავე ვადით.

წესში ასევე გათვალისწინებულია ზედამხედველი ორგანოს უფლება-მოვალეობები. ზედამხედველი ორგანო უფლებამოსილია:

- ა) მოახდინოს შესაბამისი რეაგირება შემოსულ შეტყობინებაზე დასაქმებულის შესაძლო მწვავე ან ქრონიკული პროფესიული დაავადების შესახებ და საჭიროების შემთხვევაში მოსთხოვოს დამსაქმებელს ჯგუფის შექმნა ან/და სპეციალისტ(ებ)ის მოწვევა. ამ მუხლის მიზნებისთვის შეტყობინებად ითვლება დამსაქმებლის, დასაქმებულის, სხვა პირ(ებ)ის მიერ წერილობითი ფორმით დაფიქსირებული შეტყობინება ან ცხელ ხაზზე შემოსული დასაბუთებული ინფორმაცია;
- ბ) საკუთარი ინიციატივით შეადგინოს შრომის პირობების სანიტარიულ-ჰიგიენური დანასიათება და წარუდგინოს დამსაქმებელს და ჯგუფს;
- გ) საჭიროების შემთხვევაში, შექმნას დამოუკიდებელი კომისია დასაქმებულის შესაძლო მწვავე ან ქრონიკული პროფესიული დაავადების დადგენის მიზნით;
- დ) ჰქონდეს წვდომა ყველა ინფორმაციაზე, რომელიც ხელს შეუწყობს დასაქმებულის შესაძლო მწვავე ან ქრონიკული პროფესიული დაავადების მოკვლევას;
- ე) შესაძლო მწვავე ან ქრონიკული პროფესიული დაავადების მოკვლევის მიზნით, განახორციელოს თვითმხილველთა, სხვა დასაქმებულთა, დამსაქმებლის და სხვა პირების ინტერვიუება.

დადგენილება ინსპექტირებას დაქვემდებარებულ ობიექტებზე შესვლისა და შემოწმების (ინსპექტირების) წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ

საქართველოს მთავრობის 2020 წლის 10 თებერვლის N99 დადგენილების (ინსპექტირებას დაქვემდებარებულ ობიექტებზე შესვლისა და შემოწმების (ინსპექტირების) წესისა და პირობების დამტკიცების შესახებ) თანახმად ინსპექტირება მოიცავს შემდეგ მიმართულებებს (მუხლი 4):

ა) ობიექტების შემოწმებას შრომითი ნორმების დაცვის შემოწმების მიზნით;

ბ) უბედური შემთხვევების მოკვლევას, უბედური შემთხვევის გამომწვევი ფაქტორების იდენტიფიცირებასა და ასევე სამუშაო ადგილებზე დასაქმებულთა პროფესიული დაავადებების ფაქტების გამოვლენას;

ობიექტის არაგეგმური შემოწმება ხორციელდება შრომის ინსპექციის ხელმძღვანელის გადაწყვეტილების საფუძველზე (მუხლი 11.2): თუ გამოვლინდა ისეთი გარემოებები, რაც მიუთითებს ობიექტზე დასაქმებულთა პროფესიული დაავადებების თაობაზე („დ“ ქვეპუნქტი). ამავე დადგენილების მე-9 მუხლის თანახმად (ობიექტზე შესვლისას შრომის ინსპექტორის უფლებამოსილებანი):

ინსპექტირების პროცესში ინსპექტირების განმახორციელებელი პირი, ამავე ინსპექტირების წესის მე-5 მუხლის პირველი პუნქტით გათვალისწინებული მოქმედებების გარდა, შრომის უსაფრთხოების სფეროში ინსპექტირებისას ასევე უფლებამოსილია, თავისი კომპეტენციის ფარგლებში, განახორციელოს შემდეგი ღონისძიებები:

მოიძიოს და გამოავლინოს ყველა ის ფაქტი და გარემოება, რომელიც შრომის უსაფრთხოების სფეროს უკავშირდება, მათ შორის (დ. ქვეპუნქტი):

ინფორმაცია პროფესიული დაავადებების შესახებ (მათ შორის, გამომწვევი მიზეზების

დადგენის მიზნით, მიიწვიოს შესაბამისი სპეციალისტი ან მოითხოვოს შესაბამისი დასკვნა, გაცემული შესაბამისი პროფილის სამედიცინო-კვლევითი დაწესებულების მიერ); (დ.დ. ქვეპუნქტი);

დასკვნა და რეკომენდაციები კანონმდებლობასთან დაკავშირებით

საქართველოს კანონმდებლობისა და შესაბამისი საერთაშორისო კონვენციებისა და რეკომენდაციების ანალიზის საფუძველზე შეიძლება დავასკვნათ, რომ არსებობს პროფესიული დაავადებების პრევენციის, დიაგნოსტიკისა და მკურნალობის, ასევე დაზარალებული თანამშრომლების კომპენსაციის საკანონმდებლო ბაზა. თუმცა, არ არის სიცხადე იმის შესახებ, თუ როგორ ასრულებენ დამსაქმებლები თავიანთ ვალდებულებებს უსაფრთხო და ჯანსაღი სამუშაო გარემოს უზრუნველყოფის შესახებ და საჭიროა არსებული რეგულაციების უფრო ეფექტური განხორციელება.

აუცილებელია ადგილზე დაზიანებებისა და დაავადებების შესახებ მონაცემების შეგროვებისა და ანალიზის მნიშვნელობას და ეროვნული პროფილის საჭიროებას, რომელიც აჯამებს შრომის უსაფრთხოებისა და ჯანმრთელობის ამჟამინდელ მდგომარეობას. 2014 წლის შემდეგ საქართველოში დიაგნოსტირებული პროფესიული დაავადებების შესახებ ინფორმაციის არარსებობა ხაზს უსვამს მონიტორინგისა და ანგარიშგების უფრო ძლიერი მექანიზმის საჭიროებას. გარდა ამისა პროფესიული დაავადებების კვლევის პროცესთან დაკავშირებით სახელმწიფოს მიერ დადგენილ წესებში რამდენიმე ბუნდოვანი და პრობლემური საკითხია.

ერთ-ერთი მთავარი საკითხია მოკვლევაში ჩართული სპეციალისტების შერჩევა და დამოუკიდებლობა. წესი არ იძლევა მკაფიო მითითებებს იმის შესახებ, თუ ვინ უნდა იყოს მოწვეული და როგორ იქნება უზრუნველყოფილი მათი დამოუკიდებლობა და სანდოობა. ასევე გაუგებარია ვინ უნდა დაფაროს სამედიცინო გამოკვლევებისა და მკურნალობის ხარჯები და როგორ უნდა ჩატარდეს სამედიცინო გამოკვლევები.

შრომის მედიცინის კანონმდებლობით, კერძოდ პროფესიული დაავადებების შესახებ ჩანაწერებში არ არის გათვალისწინებული ნ. მახვილადის სახელობის შრომის მედიცინისა და ეკოლოგიის ს/კ ინსტიტუტი, რომელიც სინამდვილეში უკვე წლებია დიდ გამოცდილებასა და ცოდნას ინახავს, თუმცა მისი გამოყენება სახელმწიფოს მიერ სათანადოდ არ ხდება.

გარდა ამისა, წესი არ აკონკრეტებს, როგორ შეიძლება გასაჩივრდეს კომისიის მიერ მიღებული გადაწყვეტილება. რაც შეიძლება იყოს პრობლემური, თუ თანამშრომელი ან დამსაქმებელი არ ეთანხმება გადაწყვეტილებას.

წესი არ ეხება თანამშრომლების ჯანმრთელობის რეგულარული შემოწმების საკითხს, რამაც შეიძლება გამოიწვიოს სირთულეები იმის დადგენაში, არის თუ არა დაავადება პროფესიული.

ზოგადად, წესისთვის მნიშვნელოვანია გამოკვლევის პროცესის შესახებ მკაფიო სახელმძღვანელო მითითებების არსებობა. მათ შორის სპეციალისტების შერჩევა და დამოუკიდებლობა, სამედიცინო გამოკვლევების ხარჯები და გასაჩივრების პროცესი მკაფიოდ უნდა იქნეს გაწერილი. ასევე გასათვალისწინებელია ჯანმრთელობის რეგულარული შემოწმება პროფესიული დაავადებების პრევენციისა და გამოვლენის მიზნით.

კანონმდებლობიდან გამომდინარე არ ჩანს კავშირი შრომის მედიცინის სხვადასხვა ინსტიტუტს შორის (მთავრობა, კვლევითი ინსტიტუტი, დამსაქმებელი, დასაქმებული). არ არის გამოკვეთილი სამმხრივი კომისიის როლი, პოლიტიკის შემუშავების პროცესში სუსტია პარლამენტის საზედამხედველო ფუნქცია დარგის სპეციფიკიდან გამომდინარე, არ ჩანს შრომის მედიცინის სპეციალისტების როლი შრომის მედიცინის განხორციელებისა და კვლევა-განვითარების პროცესში დაარ ჩანს მათი განათლება - გამამზადების მექანიზმები. შრომის მედიცინა განსხვავდება სხვა სამედიცინო დისციპლინებისგან, ამიტომ მას სპეციალური განათლება სჭირდება.

პროფესიული დაავადების დადგენის მიზნით საბჭოს მოწვევა შრომის მედიცინის სპეციალისტის უშუალო მონაწილეობით ხდება ავადობაზე ეჭვის შემდეგ, უმეტესად

დასაქმებულის მიმართვის საფუძველზე. ეს გარემოება ცხადყოფს რომ სისტემა არ არის პრევენციაზე ორიენტირებული. არც ერთი ზომის საწარმოში არ არსებობს ვალდებულება მედპუნქტის არსებობის, რომელიც დაკომპლექტებული იქნებოდა შრომის მედიცინის სპეციალისტით და განხორციელებდა პრევენციას სიმპტომების მყისიერი გამოვლენის საფუძველზე, თან რადგან თანამშრომლის სამუშაოზე მიღებამდე რადგან მისი ჯანმრთელობის შემოწმება არ ხდება, ვერ დადგინდება დაავადება სამუშაო ადგილზე, ან სამუშაო პროცესის შედეგად არის თუ არა გამოწვეული. კომისია ადგენს მხოლოდ იმას თუ რამდენად შეეძლო გამოეწვია სამუშაო პროცესს და პირობებს ის დაავადება და შემდეგ ხდება ამ დასკვნის დადარება პაციენტის სიმპტომებთან. არადა სამუშაო ადგილის პერიოდული კვლევა ისედაც უნდა მიმდინარეობდეს შესაბამისი სტანდარტების მიხედვით. და ამის შემდეგ მხოლოდ სასამართლო ადგენს მიზეზ-შედეგობრივი კავშირის არსებობას ავადობასა და სამუშაო ადგილს შორის.

არ არსებობს სპეციალიზებული კლინიკა, სადაც საჭიროების შემთხვევაში მოხდებოდა პაციენტის მკურნალობა/რეაბილიტაცია, ან განყოფილებები ჯანდაცვის დაწესებულებებში. მკაფიოდ განსაზღვრული სანქციების არარსებობის გამო სამუშაო ადგილზე შრომის მედიცინის განხორციელება დამსაქმებლის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული. რადგან საქართველოს კანონმდებლობა არ ითვალისწინებს სამუშაო ადგილზე საკონსულტაციო საბჭოების არსებობას, მხოლოდ დამსაქმებლის კეთილ ნებაზეა დამოკიდებული მშრომელთა მონაწილეობა პროფესიული ჯანდაცვის განხორციელების პროცესში. ბუნდოვანია მკურნალობისა და კომპენსაციის მოცულობის განსაზღვრისა და ხანგრძლივობის მექანიზმები, როგორც დროებით შრომის უუნარობის, ისე შრომისუუნარობის დადგომის შემთხვევაში. ამ ბუნდოვანებას კიდევ უფრო აღრმავებს ის გარემოება, რომ საქართველოს კანონმდებლობა არ ცნობს სავალდებულო სოციალურ შენატანს სოციალური პოლიტიკის განხორციელების მიზნით. არ არსებობს დამსაქმებლისთვის უბედური შემთხვევებისა და პროფესიული დაავადებების დაზღვევის ვალდებულება.

რეკომენდაცია

პოლიტიკის შემუშავება

შრომის მედიცინის ეროვნული პოლიტიკის შემუშავებაში, გარდა ჯანდაცვის სამინისტროსა და პარლამენტისა, მონაწილეობას უნდა იღებდნენ სამმხრივი კომისია და შრომის მედიცინის სპეციალისტები.

აღსრულება, აღრიცხვა, სტატისტიკა, ანგარიშის მომზადება

უნდა მოხდეს შრომის ინსპექციაში შრომის მედიცინის სპეციალისტების ინტეგრირება, რათა ადგილზევე მოხდეს ჯანმრთელობისთვის საშიში პირობების იდენტიფიცირება. გარდა ამისა, შრომის ინსპექციამ უნდა შეამოწმოს საწარმოში დასაქმებული, ან გარედან მოყვანილი შრომის მედიცინის სპეციალისტის მიერ დაწერილი შემოწმების აქტების ხარისხი და სიხშირე კანონმდებლობასთან შესაბამისობაში. შრომის მედიცინის განხორციელებაზე ზედამხედველობა ანგარიშის მოსმენა უნდა განახორციელოს პარლამენტმა.

განათლება და კვლევა

სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტში უნდა აღდგეს შრომის მედიცინის კათედრა, მახვილადის სახელობის შრომის მედიცინის ინსტიტუტს უნდა დაევალოს არამხოლოდ არსებული პათოლოგიების კვლევა, არამედ ტექნოლოგიურ გადაიარაღებასთან დაკავშირებული ახალი ტიპის პროფესიული დაავადებების დადგენა.

მკურნალობა, რეაბილიტაცია

განსაკუთრებულ შემთხვევებში პაციენტის გადაყვანა უნდა მოხდეს შრომის მედიცინის სპეციალიზებულ კლინიკაში, ან ჯანდაცვის დაწესებულების სპეციალურ განყოფილებაში, სადაც პაციენტი იქნება შრომის მედიცინის სპეციალისტების უშუალო მეთვალყურეობის ქვეშ.

დაზღვევა - კომპენსაცია

რადგან საქართველოში ჯანდაცვის დაფინანსება არა სოციალურ შენატანების საფუძველზე ხდება, არამედ პირდაპირ ბიუჯეტიდან, მშრომელების პროფესიულ დაავადებებთან დაკავშირებული სადაზღვევო ხარჯები უნდა დაფაროს დამსაქმებელმა. წინააღმდეგ შემთხვევაში დამსაქმებლის დაუდევრობით გამოწვეული დაავადების მკურნალობისა და შრომის უუნარობის დადგომის შემთხვევაში კომპენსაციის ტვირთი დააწვება მშრომელს ან სახელმწიფო ბიუჯეტს, რაც უსამართლოა. დამზღვევი უნდა იყოს კერძო სადაზღვევო კომპანია, რადგან ჩვენი სოციალური პოლიტიკიდან გამომდინარე სახელმწიფო სადაზღვევო ორგანიზაცია არ არსებობს.

სადაზღვევო პაკეტების მოცულობა და ფასი უნდა განისაზღვროს სამუშაოს სპეციფიკიდან გამომდინარე ჯანდაცვის სამინისტროს ზედამხედველობით უკლებლივ ყველა დასაქმებული ვალდებულია დააზღვიოს საკუთარი თანამშრომლის უბედური შემთხვევა, პროფესიული დაავადება, დროებითი შრომისუუნარობა და ხანგრძლივი შრომისუუნარობა. დაზღვევა ითვალისწინებს მკურნალობას, რეაბილიტაციას და კომპენსაციას. პროგრამაში მონაწილეობის უფლება უნდა ჰქონდეთ მხოლოდ იმ სადაზღვევოებს, რომლებსაც ჰყავთ შრომის მედიცინის სპეციალისტი. კომპენსაცია დროებითი შრომისუუნარობის შემთხვევაში უნდა განისაზღვროს მშრომელის საშუალო შემოსავლის 90%-ით, ხოლო ხანგრძლივი შრომის უუნარობის შემთხვევაში სიცოცხლის ბოლომდე 70 %-ით.

შრომის მედიცინა საწარმოო დონეზე

ყველა კომპანიაში სადაც 10 ზე მეტი დასაქმებულია უნდა შეიქმნას შრომის მედიცინის კომისია პარიტეტულ საწყისზე. დამსაქმებელი ვალდებულია ჩაუტაროს თანამშრომელს სავალდებულო სამედიცინო შემოწმება სამსახურში აყვანამდე. კომპანია სადაც 200 მეტი დასაქმებულია დამსაქმებელი პრევენციის მიზნით ქმნის მედპუნქტს, დაკომპლექტებულს შრომის მედიცინის სპეციალისტით, რომელიც ახორციელებს პერიოდულ შემოწმებას. ამ ზომის საწარმოები ძირითადად იმ სექტორებშია სადაც ავადობის რისკი მაღალია.

ავადობის გამოვლენის შემთხვევაში დაზღვევის ექიმი ადგენს ზიანის ხარისხს, რითაც განისაზღვრება კომპენსაცია, საჭიროების შემთხვევაში ამოწმებს შრომის მედიცინის უზრუნველყოფის სტანდარტს საწარმოში და ხარვეზის აღმოჩენის შემთხვევაში ატყობინებს შრომის ინსპექციას.

საწარმოში სადაც დასაქმებულთა რაოდენობა 200-ზე ნაკლებია დამსაქმებელს მედპუნქტის ნაცვლად, შეუძლია იქირაოს შესაბამისი სერტიფიცირებისა და კვალიფიკაციის შრომის მედიცინის სპეციალისტი, რომელიც დაეხმარება მას შრომის მედიცინის ორგანიზებაში და ატარებს პერიოდულ შემოწმებას. რაც მთავარია, დამსაქმებელმა შრომის მედიცინის კომისიასთან ერთად, პერიოდულად უნდა მოახდინოს პრევენციული ხასიათის ტრენინგების ჩატარება მშრომელებისთვის.

როგორც უკვე ზემოთ აღვნიშნეთ აუცილებლად უნდა მიექცეს ყურადღება ფსიქიკურ ჯანმრთელობას. ამიტომ დამსაქმებლის მხრიდან უნდა გადაიდგას შემდეგი ნაბიჯები: შექმნან თანამშრომელთა მხარდამჭერი პროგრამები, როგორც რიგითი თანამშრომლები, ისე მენეჯერები უზრუნველყონ ფსიქიკური ჯანმრთელობის ტრენინგებით, ხელი შეუწყონ თანამშრომლების კარიერულ და პერსონალურ მოთხოვნილებებს შორის ბალანსის ჩამოყალიბებას. ასევე დამსაქმებელმა უნდა აღმოფხვრას სამუშაო ადგილზე ის ფაქტორები, რომლებიც იწვევენ სამუშაოსთან დაკავშირებულ სტრესს, როგორცაა ზედმეტი დატვირთვა, არასწორი დავალებების გაცემა თანამშრომლებზე.

დასკვნის სახით შეიძლება ითქვას, რომ საქართველოს გამოცდილებისა და სოციო-ეკონომიკური მდგომარეობისა და სისტემის გათვალისწინებით, საწყის ეტაპზე, უპრიანი იქნებოდა შედარებით მოქნილი და ნაკლებად ბიუროკრატიული შრომის მედიცინის სისტემის დანერგვა სახელმწიფოს ძლიერი აღმასრულებელი ფუნქციით, სადაც პასუხისმგებლობები განაწილდებოდა როგორც კერძო, ისე საჯარო ორგანიზაციებზე.

თუ გადავავლებთ იმ რეფორმებს თვალს, რომლებიც საქართველოში საბჭოთა კავშირის დანგრევის შემდეგ ეკონომიკისა და სოციალური პოლიტიკის მიმართულებით

ხორციელდებოდა, დავინახავთ, რომ ისინი ძირითადად ნეოლიბერალური ეკონომიკური პარადიგმის ლოგიკით იყო ნაკარნახევი, ან ევროკავშირთან დადებული ყოვლისმომცველი ასოცირების ხელშეკრულებით. პირველის შემთხვევაში უნდა ითქვას, რომ ამ რეფორმებმა არ გაამართლა. პირდაპირ უცხოურ ინვესტიციების მოზიდვაზე ორიენტირებულმა ეკონომიკის პოლიტიკამ, რომელიც მშრომელთა მდგომარეობის გაუარესების ხარჯზე მიმდინარეობდა შედეგივრ გამოიღო. საქართველოს მშპ ერთ სულ მოსახლეზე დღესაც კი ჩამორჩება საბჭოთაკავშირის 1988-89 წლის იგივე მაჩვენებელს (Ghodsee, K, 2021). გლობალური კონკურენტუნარიანობის ინდექსი კი განსხვავებულ გარემოებაზე მიგვითითებს: საქართველოს ეკონომიკური განვითარების მთავარ გამოწვევას მუშახელის დაბალი კვალიფიკაცია, დაბალი ტექნოლოგიური მზაობა და დაბალი მოტივაცია განაპირობებს, რაც პირდაპირ არსებულ სოციალურ პოლიტიკასა და შრომით სტანდარტებს უკავშირდება.³⁰ რაც შეეხება ევროკავშირის სწორედ ასოცირების ხელშეკრულების ფარგლებში აღებული ვალდებულების ხარჯზე მოხდა ის მოკრძალებული, მაგრამ პოზიტიური ცვლილებები, რომლებიც შრომით ურთიერთობებს უკავშირდება. მაგრამ ევროკავშირის პოლიტიკასაც ქვეყნების სოციალურ პოლიტიკასთან მიმართებით თავისი ლიმიტი გააჩნია. ის სოციალურ პოლიტიკას ქვეყნების შიდა საქმედ თვლის, რაზეც ევროკავშირის დირექტივები ნაკლებად ვრცელდება.

გამომდინარე აქედან, უპირველეს ყოვლისა, საზოგადოებამ და მთავრობამ უნდა გააცნობიეროს შრომის მედიცინის მნიშვნელობა ქვეყნის განვითარებისთვის, რათა თავიდან ავიცილოთ ფატალური შემთხვევები სამუშაო ადგილზე, რაც ქვეყანას როგორც ეკონომიკური, ისე სოციალური თვალსაზრისით, ძვირი უჯდება.

³⁰ Global Competitiveness Report 2020 | World Economic Forum (weforum.org)

ბიბლიოგრაფია

- Abrams, H. K. (2001). A Short History of Occupational Health. *Journal of Public Health Policy*, 22(1), 34. <https://doi.org/10.2307/3343553>;
- Balcerowicz, L. (1994). Understanding Postcommunist Transitions, p: 75–89. *Journal of Democracy*;
- Chen, H., Hou, C., Zhang, L., & Li, S. (2020). Comparative study on the strands of research on the governance model of international occupational safety and health issues. *Safety Science*, 122, 104513. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2019.104513>;
- Dörre-Nowak, D. (2012). Employers' Liability and Workers' Compensation: Poland. In K. Oliphant & G. Wagner (Eds.), *Employers' Liability and Workers' Compensation*. DE GRUYTER. <https://doi.org/10.1515/9783110270211.369>;
- European agency for safety and health at work, (2017) International comparison of occupational accident insurance system;
- European Agency for Safety and Health at Work. (2022). Third European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER 2019) :how European workplaces manage safety and health: Overview report. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2802/413156>;
- European Commission. Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion., Liser., Applica., & Ose. (2016). Retirement regimes for workers in arduous or hazardous jobs in Europe: A study of national policies 2016. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/978434>;
- Falk, L. A. (1958). Medical Sociology: The Contributions of Dr. Henry E. Sigerist. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, XIII(2), p: 214–228. <https://doi.org/10.1093/jhmas/XIII.2.214>;
- Gochfeld, M. (2005). Chronologic History of Occupational Medicine: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(2), p: 96–114. <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000152917.03649.0e>;
- Ghodsee, K. (2021). *Taking Stock of Shock: Social Consequences of the 1989 Revolutions*. Oxford University Press.
- ILO, 2010, Occupational Safety and Health Series, No. 74;
- International Labour Office (Ed.). (2010). List of occupational diseases: Identification and recognition of occupational diseases: criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases (Rev. 2010). International Labour Office;
- Jäger, R. (2007). Occupational Health Services in Austria. *Policy and Practice in Health and Safety*, 5(sup1),

- 5–12. <https://doi.org/10.1080/14774003.2007.11667698>;
- Juliet Hassard. (2021). International Comparison of Occupational Health Systems and Provisions;
- Kaynak, R., Tuygun Toklu, A., Elci, M., & Tamer Toklu, I. (2016). Effects of Occupational Health and Safety Practices on Organizational Commitment, Work Alienation, and Job Performance: Using the PLS-SEM Approach. *International Journal of Business and Management*, 11(5), 146. <https://doi.org/10.5539/ijbm.v11n5p146>;
- Kristen Ghodsee, M. O. (2021). Taking Stock of Shock: Social Consequences of the 1989 Revolutions. Oxford University Press;
- LaDou, J., London, L., & Watterson, A. (2018). Occupational health: A world of false promises. *Environmental Health*, 17(1), 81. <https://doi.org/10.1186/s12940-018-0422-x>;
- Maliuha, L. Ju., Zhuravel, V. O., Shabanova, S. O., Hnidenko, V. I., & Pikul, V. P. (2023). Legal Conflicts and Gaps in the Context of Labor Legislation of Ukraine. *The Indian Journal of Labour Economics*. <https://doi.org/10.1007/s41027-022-00410-9>;
- Marangos, J. (2007). Was Shock Therapy Consistent with the Washington, p: 32-58; *Comparative Economic Studies*;
- Marcinkiewicz, A. (2020). Resources and activities of occupational health service units in Poland. An analysis of the mandatory medical reporting for 2014–2018. *Medycyna Pracy*. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00982>;
- Niu, S., Colosio, C., Carugno, M., & Adishes, A. (Eds.). (2022). Diagnostic and exposure criteria for occupational diseases: Guidance notes for diagnosis and prevention of the diseases in the ILO List of Occupational Diseases (revised 2010). ILO;
- Świątkowska, B., & Hanke, W. (2022). Occupational diseases in Poland in 2020. *Medycyna Pracy*, 73(5), 427–433. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01295>;
- Бейлихис, Г. А. (1971) ; Очерки истории охраны труда и здоровья рабочих в СССР Москва;
- Семашко Н. А (1947), Очерки по теории организации советского здравоохранения, Москва;
- მუსხელიშვილი, მ. (2011) სოციალური დიალოგი საქართველოში, თბილისი, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი;
- ნაცვლიშვილი ბ.; კაპანაძე ნ.; ჯაფარიძე ს. (2022) ჯანდაცვის სისტემის პრივატიზაციის სოციალური შედეგები, თბილისი, ფრიდრიხ ებერტის ფონდი;
- პაპავა, ვ. (2015). საქართველოს ეკონომიკა რეფორმები და ფსევდორეფორმები. თბილისი: ინტელექტი;