



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**Συνέργεια (Υπο)Συστημάτων Κοινωνικής Πολιτικής:
Το Παράδειγμα των Συνθηκών Εργασίας**

Χρήστος Α. Ιωάννου

ΑΘΗΝΑ 2001

ΣΥΝΕΡΓΕΙΑ (ΥΠΟ)ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ:
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ISBN 960-7678-37-0

Α΄ Έκδοση: Ιούνιος 2001

Copyright © Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας

Λιοσίων 143 και Θειροσίου 6, 104 45 ΑΘΗΝΑ

Τηλ.: (01) 82 00 100

Φαξ: (01) 82 00 222, 88 13 270

Ηλεκτρονική διεύθυνση: info@elinyae.gr

Ίντερνετ: <http://www.elinyae.gr>

Η υλοποίηση της έκδοσης έγινε από το Τμήμα Εκδόσεων του Κέντρου Τεχνηρώσεως & Πληροφόρησης του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

Η παρούσα έκδοση χρηματοδοτήθηκε από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Βιομηχανίας (Δράση 3.3.1.) του Β΄ Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, στα πλαίσια του έργου «Ενίσχυση του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.», τη διεύθυνση του οποίου έχει ο Χρήστος Ιωάννου, Δρ. Οικονομολόγος, Γενικός Διευθυντής του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

ΔΙΑΝΕΜΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ Η ΠΩΛΗΣΗ ΑΠΟ ΤΡΙΤΟΥΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.

Πρόεδρος:	Μακρόπουλος Βασίλειος
Αντιπρόεδροι:	Κοντάκης Γεώργιος (Γ.Σ.Ε.Ε.) Χαμπηλομάτης Γεώργιος (Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε., Σ.Ε.Β., Ε.Σ.Ε.Ε.)
Μέλη:	Αδαμάκης Ιωάννης (Γ.Σ.Ε.Ε.) Δέδες Θεόδωρος (Σ.Ε.Β.) Θωμόπουλος Νικόλαος (Γ.Σ.Ε.Ε.) Παπαδόπουλος Γεράσιμος (Γ.Σ.Ε.Ε.) Ριζάκος Απόστολος (Ε.Σ.Ε.Ε.) Τσαμουσόπουλος Ηλίας (Σ.Ε.Β.)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
2. Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	10
3. Η ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	15
4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	23
5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	33
6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	39
7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	41

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ρύθμιση των συνθηκών εργασίας αποτελεί ένα από τα πεδία της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής όπου η τήρηση ελάχιστων ενιαίων ρυθμίσεων αποτελεί προϋπόθεση για την αποφυγή κοινωνικού ντάμπινγκ στα πλαίσια της ΟΝΕ. Η εναρμόνιση των πολιτικών, βάσει ελαχίστων προδιαγραφών για την υγιεινή και την ασφάλεια της εργασίας (Οδηγία Πλαίσιο 89/391 και οι ειδικές Οδηγίες), θεωρήθηκε ως στοιχειώδης και βασική προϋπόθεση της ΟΝΕ στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η νομοθετική εναρμόνιση αναβάθμισε τις εθνικές προδιαγραφές για τα εργασιακά πρότυπα και κάλυψε εν μέρει το έλλειμμα εθνικής πολιτικής στον τομέα των συνθηκών εργασίας. Οι επιδόσεις του συστήματος εργασιακών σχέσεων όσον αφορά τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και όσο αυτές μπορούν να μετρηθούν (ατυχήματα, ασθένειες), δεν πρέπει να θεωρούνται ικανοποιητικές.

Η έλλειψη έγκυρου συστήματος για την αξιολόγηση των επιδόσεων, συνδέεται με ανεπάρκειες του εθνικού συστήματος υγείας και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι στατιστικές επαγγελματικών ατυχημάτων είναι ανεπαρκείς ενώ αυτές των επαγγελματικών ασθενειών ανύπαρκτες. Απαιτούνται συστηματικές πληροφορίες για όλους τους κλάδους και τα ασφαλιστικά ταμεία, που να οδηγούν σε αξιολογήσεις, εκτιμήσεις κόστους και σχεδιασμό πολιτικής με τον ορισμό ετήσιων στόχων της κοινωνικής πολιτικής στον τομέα των συνθηκών εργασίας. Η έλλειψη συνέργειας επιτείνεται από τη δυναμική του συστήματος εργασιακών σχέσεων: τις παράπλευρες παραμορφώσεις που έχουν δημιουργηθεί με την επέκταση των επιδομάτων ανθυγιεινής εργασίας (10-20% της αμοιβής) ως υποκατάστατων των ελλείψεων στις συνθήκες εργασίας και την εκτενή πρόωγη συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας (19% έως 30% των νέων συνταξιούχων του ΙΚΑ μετά και πριν το 1990 αντιστοίχως).

Στην μελέτη προτείνεται η νέα συνέργεια μεταξύ συστημάτων

υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και εργασιακών σχέσεων και αναλύεται ως συνιστώσα μιας νέας μεταρρυθμιστικής κοινωνικής πολιτικής. Συζητούνται επίσης παραδείγματα μη-συνέργειας και οι προϋποθέσεις για την υλοποίηση αυτής της πολιτικής όσον αφορά τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας (π.χ. οικονομικά κίνητρα σε επιχειρήσεις).

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην κοινωνική πολιτική εν αρχή ήν ο άνθρωπος, ο πολίτης. Βελτιούμενες επιδόσεις κοινωνικής προστασίας απαιτούν αφενός τη διάθεση οικονομικών πόρων, αφετέρου τη συστηματική κοινωνική πολιτική. Η παρούσα μελέτη αφορά το σχεδιασμό και την εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής και λαμβάνει ως δεδομένες τις δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, οι οποίες αν και υπολείπονται του ευρωπαϊκού μέσου όρου, αυξάνουν σταδιακά από 22% του ΑΕΠ το 1993 σε 23,3% το 1996 και υπερβαίνουν το μέσο όρο των χωρών της νότιας Ευρώπης και της Ιρλανδίας (Eurostat, 2000:26-27) ανερχόμενες σε 24,3% του ΑΕΠ το 1998 (Τήνιος, 2000). Οι δημοσιονομικοί περιορισμοί του Συμφώνου Σταθερότητας της ΟΝΕ και η συνεχής κοινωνική κριτική για την υστέρηση της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, κριτική η οποία ανατροφοδοτεί την απαίτηση για υψηλότερες δαπάνες κοινωνικής προστασίας, ορίζουν ένα φαινόμενο αυξανόμενων δαπανών και φθίνουσας αποτελεσματικότητας. Στη χώρα μας αυξανόμενες δαπάνες, δημοσιονομικοί περιορισμοί και φθίνουσα αποτελεσματικότητα οδηγούν βασικούς τομείς της κοινωνικής πολιτικής (ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα υγείας) σε συνεχή (και ημιτελή) μεταρρύθμιση.

Η μελέτη αναλύει την ελληνική εμπειρία στον τομέα των συνθηκών εργασίας όπου, καθώς υφίστανται επιμέρους συστήματα κοινωνικής πολιτικής, παρατηρείται απουσία συνεργειών (ή ακόμα και αρνητικές συνέργειες) μεταξύ συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, υγείας και εργασιακών σχέσεων. Η μελέτη υποστηρίζει ότι η αποτελεσματικότητά τους απαιτεί θετικές συνέργειες και υποδεικνύει τρόπους γι' αυτό. Με αφετηρία την ανάγκη εθνικής προσαρμογής στις ελάχιστες ευρωπαϊκές προδιαγραφές για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας (Οδηγία Πλαίσιο 89/391 και οι ειδικές Οδηγίες) και την πρώτη σημαντική νομοθετική παρέμβαση γι' αυτές στη χώρα μετά το 1974 (με τον Ν.1568/85), αναλύεται η

απουσία συνέργειας των επιμέρους πολιτικών, περιγράφεται το φαινόμενο των συναρμολογίων Υπουργείων χωρίς (συναρμολογίες ή μη) πολιτικές. Το παράδειγμα των συνθηκών εργασίας παρουσιάζει ενδιαφέρον και από την πλευρά της μεταφοράς πολιτικής (policy transfer) και της σύγκλισης των πολιτικών (policy convergence) στα πλαίσια της ευρωπαϊκής ενοποίησης σε συνθήκες ανομοιογένειας των εθνικών συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Η εθνική πολιτική στη χώρα μας είναι σαφώς επηρεασμένη από έτερο εθνικό σύστημα (το γερμανικό) και, στη συνέχεια, σαφώς υπερκαθορισμένη από (τις ελάχιστες) ευρωπαϊκές προδιαγραφές. Το παράδειγμα των συνθηκών εργασίας δείχνει ότι, με την ίδια δαπάνη κοινωνικής προστασίας, η στοιχειώδης ενέργεια των επιμέρους κοινωνικών πολιτικών είναι δυνατόν να αποδίδει καλύτερο αποτέλεσμα τόσο για την αξιοποίηση της συνολικής δαπάνης, όσο και για την προστασία της εργασιακής υγείας και ασφάλειας των πολιτών.

Στο επόμενο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική για τις συνθήκες εργασίας και η σημασία της. Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει τις εθνικές πολιτικές για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στη χώρα μας. Το τέταρτο κεφάλαιο εξετάζει τη ενέργεια του συστήματος υγείας και του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης με τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Ο ρόλος του συστήματος εργασιακών σχέσεων στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας συζητείται στο πέμπτο κεφάλαιο, ενώ το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα της μελέτης.

2. Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η μινιμαλιστική προσέγγιση των θεμάτων κοινωνικής πολιτικής στη Συνθήκη της Ρώμης βασίσθηκε στη θέση ότι από τη δημιουργία της Κοινής Αγοράς θα προέκυπτε αυτόματη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ενσωμάτωσης (Bean et al, 1998:2-17, Pakaslahti,1998:48-50). Οι κοινωνικές πολιτικές θα οριζόνταν σε εθνικό επίπεδο και η Κοινότητα θα επιδίωκε την τήρηση ελάχιστων προδιαγραφών (standards) στις χώρες-μέλη για θέματα όπως η ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων και η κοινωνική ασφάλιση αυτών, η αμοιβαία αναγνώριση των πτυχίων, η εναρμόνιση των εθνικών νομοθεσιών στα πλαίσια ελαχίστων προδιαγραφών για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και η ίση αμοιβή για ίση εργασία ανδρών και γυναικών. Ακόμη και έως το Πρώτο Πρόγραμμα Κοινωνικής Δράσης (1974) που περιελάμβανε θέματα απασχόλησης, εναρμόνισης των όρων διαβίωσης και εργασίας καθώς και συμμετοχής των κοινωνικών εταίρων στη λήψη κοινωνικο-οικονομικών αποφάσεων, η Κοινωνική Ευρώπη ήταν η παραμελημένη πλευρά της κοινοτικής πολιτικής.

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 1981, όταν η χώρα μας εντάχθηκε στην Κοινότητα, άρχισε η συζήτηση για την «Ευρωσκληρώση» του κράτους πρόνοιας που είχε αναπτυχθεί σε εθνικό επίπεδο των χωρών-μελών του Βορρά, από κυβερνήσεις, εργατικά συνδικάτα και εργοδοτικές ενώσεις. Ωστόσο δεν ετέθη θέμα απορρύθμισης σχετικά με τις συνθήκες εργασίας, οι οποίες παρέμειναν στον (τότε στενό και ισχνό) σκληρό πυρήνα της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής. Άλλωστε και η World Bank, η οποία ήταν (και είναι)

ιδιαίτερα επικριτική όσον αφορά τις παρεμβάσεις στην αγορά εργασίας, ακόμη και στην περίπτωση χωρών της Αφρικής υποστήριξε ότι «με εξαίρεση θέματα ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων, οι κυβερνήσεις πρέπει να αποφεύγουν να παρεμβαίνουν στην αγορά εργασίας» (Plant, 1994:62-63). Οι ρυθμίσεις για την υγεία, την ασφάλεια και ευρύτερα τις συνθήκες εργασίας με σκοπό τον περιορισμό των θανάτων, των ασθενειών και των εργατικών ατυχημάτων αποτέλεσαν το ταχύτερα αναπτυσσόμενο σώμα ρυθμιστικής πολιτικής στις χώρες του ΟΟΣΑ (OECD, 1992). Αυτό κάθε άλλο παρά τυχαίο είναι, δεδομένου ότι, τα οφέλη αυτών των ρυθμίσεων, όταν είναι καλά σχεδιασμένες και εύστοχες, είναι ενδυνάμει τεράστια, όπως μεγάλο άλλωστε είναι και το κόστος της έλλειψής τους. Έτσι η ρύθμιση των συνθηκών εργασίας ήταν και παρέμεινε στο σκληρό πυρήνα της έως τότε περιορισμένης ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής, η οποία στη συνέχεια δέχθηκε νέα ώθηση με τη συζήτηση για την Κοινωνική Ευρώπη¹.

Στην πορεία προς την Ενιαία Αγορά ήδη από το 1985 δύο είναι οι βασικές πλευρές της Ευρωπαϊκής Κοινωνικής Πολιτικής. Πρώτον, το άρθρο 118α στην Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (1985) για αποφάσεις με ενισχυμένη πλειοψηφία επί θεμάτων Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας που κατ' ουσίαν αφορά τα Labour Standards στις Ευρωπαϊκές Επιχειρήσεις και δεύτερον, η Οικονομική και Κοινωνική Συνοχή (τα Διαρθρωτικά Ταμεία). Στον τομέα των ατομικών εργασιακών σχέσεων οι άμεσες ευρωπαϊκές επιδράσεις στις εθνικές εργασιακές σχέσεις περιλαμβάνουν μετά το 1989 το τυποποιημένο ελάχιστο επίπεδο προστασίας των εργαζομένων με ρυθμίσεις στους τομείς της εργασιακής υγείας και ασφάλειας (όπου η ευρύτερη αποδοχή του ρόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντικατέστησε, με την Οδηγία Πλαίσιο 89/391/ΕΟΚ, την εξάρτηση από την κάθε εθνική νομοθεσία και θέσπισε σειρά ειδικών Οδηγιών για θέματα όπως η χρήση του ατομικού εξοπλισμού προστασίας, η εργασία με μονάδες οπτικής απεικόνισης, η έκθεση των εργαζομένων σε χημικούς, φυσικούς και βιολογικούς παράγοντες, η εξορυκτική βιομηχανία, η ασφάλεια σε

¹ Η συζήτηση για την Κοινωνική Ευρώπη αρχίζει με την Προεδρία Ντελόρ (1985), την Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη (1985) και την ένταξη, μετά την Ελλάδα, και του Ιβηρικού νότου. Τότε υπογραμμίστηκε η ανάγκη για κοινωνική διάσταση της Εσωτερικής Αγοράς και Οικονομική και Κοινωνική Συνοχή.

προσωρινά και κινητά εργοτάξια και οι εργαζόμενες που είναι έγκυες ή λεχώνες). Στη συνέχεια η ΟΝΕ προϋποθέτει ενιαίες ρυθμίσεις και μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται ελάχιστες ενιαίες ρυθμίσεις και στον κοινωνικό τομέα: στο θέμα των συνθηκών εργασίας, της ελεύθερης διακίνησης και των ίσων ευκαιριών. Στην πορεία προς την ΟΝΕ η θέση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ήταν ότι οι κανόνες για τη βελτίωση της εργασιακής υγείας και ασφάλειας θα ενδυναμώσουν την ανταγωνιστικότητα (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995). Η ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική περιελάμβανε τη στρατηγική επιλογή της προώθησης υψηλών εργασιακών προτύπων στο πλαίσιο μιας ανταγωνιστικής Ευρώπης. Μία από τις τρεις συνιστώσες για προώθηση υψηλών εργασιακών προτύπων ήταν η προώθηση της υγείας και της ασφάλειας στο χώρο εργασίας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1994:38-39). Το βασικό μέσο της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής ήταν και είναι η νομοθετική δράση μέσω των Οδηγιών.

Στα πλαίσια της ΟΝΕ οι ενιαίες ελάχιστες ρυθμίσεις στον κοινωνικό τομέα, αποτελούν προϋπόθεση για την αποφυγή του κοινωνικού ντάμπινγκ, δηλαδή την αποφυγή ανταγωνισμού στο εσωτερικό της ενιαίας αγοράς μέσω και βάσει υποδεέστερων συνθηκών παραγωγής και εργασίας². Πέρα από και παρά τις διαφορετικές προσεγγίσεις, η εναρμόνιση των συνθηκών εργασίας, βάσει ελαχίστων προδιαγραφών για την εργασιακή υγεία και ασφάλεια, θεωρήθηκε ως στοιχειώδης και βασική προϋπόθεση της κοινωνικής πολιτικής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αν και η κοινωνική διάσταση της ΟΝΕ υπήρξε από τις πλέον παραμελημένες πλευρές της ευρωπαϊκής πορείας προς αυτήν (Pakaslahti, 1998:47), οι συνθήκες εργασίας παρέμειναν ένας προνομιακός χώρος της

² Η έννοια του κοινωνικού ντάμπινγκ είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση της κοινωνικής πολιτικής, εθνικής και ευρωπαϊκής, στην περίοδο της ΟΝΕ. Αν και προέρχεται από την βιβλιογραφία περί διεθνούς εμπορίου, στην ευρωπαϊκή συζήτηση ήλθε μαζί με τη Συνθήκη της Ρώμης (1957) και επανήλθε στις αρχές του 1990 με αφορμή την Ενιαία Αγορά (Bean et al, 1998).

ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής. Βέβαια αυτά τα βήματα στον τομέα των συνθηκών εργασίας δεν ήταν την άνιση σχέση μεταξύ οικονομικής και κοινωνικής διάστασης στην ευρωπαϊκή ενοποίηση. Η αξιολόγηση και η κριτική της ευρωπαϊκής κοινωνικής πολιτικής στον τομέα των συνθηκών εργασίας εστιάζεται στην πρακτική εφαρμογή των Ευρωπαϊκών Οδηγιών και στον έλεγχο αυτής της εφαρμογής³. Αναφέρεται επίσης και στην απλοποίηση της νομοθεσίας χωρίς την άρση των υφιστάμενων ελάχιστων προδιαγραφών και στην ανάγκη πρακτικής ανάπτυξης διεπιστημονικών υπηρεσιών πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών (Economic and Social Committee, 1995:9-10).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει πλέον αυστηρή νομοθεσία, αλλά οι επιδόσεις στον τομέα των εργατικών ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών δείχνουν ότι η νομοθεσία δεν αρκεί. Αναδεικνύεται εκ νέου το ζήτημα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Η νομοθεσία είναι η μία οδός. Τίθεται το ερώτημα πώς οι εργοδότες θα υποκινηθούν ή και θα υποχρεωθούν να βελτιώσουν τις συνθήκες εργασίας, αν όχι μόνο με την νομοθεσία⁴. Τα οικονομικά κίνητρα είναι μία συμπληρωματική λύση. Με άλλα λόγια, είναι δυνατόν να υπάρχει μία διττή προσέγγιση για την προστασία της εργασιακής υγείας και

³ Το Λευκό Βιβλίο για την Κοινωνική Πολιτική διαπίστωσε ότι «όμως εάν θέλουμε η νομοθεσία αυτή να έχει πραγματικό αντίκτυπο στην κατάσταση των πολιτών στην Ευρώπη, είναι αναγκαίο να εξασφαλισθεί ότι αυτή όχι μόνο εγκρίνεται, αλλά και εφαρμόζεται κατάλληλα» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1994:71). Επίσης σημειώνει ότι «η κατάσταση της μεταφοράς είναι ιδιαίτερα σοβαρή όσον αφορά τη νομοθεσία περί υγείας και ασφάλειας που απορρέει από την Οδηγία Πλάισιο» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1994:71). Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στον έλεγχο εφαρμογής. «Το γεγονός, ότι οι κανονισμοί ισχύουν άμεσα στα κράτη μέλη και ότι οι οδηγίες εφαρμόστηκαν στο εθνικό δίκαιο, απο μόνο του, δεν εξασφαλίζει την αποτελεσματική εφαρμογή και το σεβασμό της νομοθεσίας αυτής. Η Επιτροπή φέρει βάσει του άρθρου 169 της Συνθήκης, την ευθύνη να εξασφαλίσει ότι τα κράτη μέλη σέβονται και εφαρμόζουν τις υποχρεώσεις της Ένωσης. Επιπλέον, οι αρχές των κρατών μελών πρέπει να εξασφαλίζουν ότι η νομοθεσία της Ένωσης εφαρμόζεται πλήρως, μεταξύ άλλων, μέσω κατάλληλων συστημάτων ελέγχου ή κυρώσεων τα οποία θα είναι αποτελεσματικά στην πράξη και θα έχουν αποτρεπτική αξία» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1994:74).

⁴ Με δεδομένη την αντίθεση των εργοδοτών σε νέες νομοθετικές πρωτοβουλίες, δεδομένου ότι και η υφιστάμενη νομοθεσία είναι σε αρκετές χώρες μέλη στο αρχικό στάδιο της υλοποίησης.

ασφάλειας. Αφενός με τα νομικά μέσα (νόμοι, κανονισμοί, πρότυπα), αφετέρου με εργαλεία πολιτικής βασιζόμενα στα οικονομικά κίνητρα και την αγορά (market based instruments, όπως π.χ. εισφορές, φόροι, επιβαρύνσεις, κίνητρα, επιχορηγήσεις). Έως και την πορεία προς την ΟΝΕ η Ευρωπαϊκή Ένωση και τα όργανά της δεν είχαν υπεισέλθει στο θέμα της ευρύτερης προώθησης και εφαρμογής συστημάτων κινήτρων, καθώς αυτά συνδέονται με τη λειτουργία εκάστου εθνικού ασφαλιστικού συστήματος. Ήδη όμως, η συζήτηση για ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και προς αυτή την κατεύθυνση είναι δυνατόν να αρχίσει.

3. Η ΕΘΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ρύθμιση των συνθηκών εργασίας στην Ελλάδα είναι μία αρκετά παραμελημένη πλευρά της κοινωνικής πολιτικής και του εθνικού συστήματος εργασιακών σχέσεων. Παρά το γεγονός ότι οι πρώτες ρυθμίσεις ανάγονται, σχεδόν ένα αιώνα πριν, στις αναγεννητικές προσπάθειες του Ελ. Βενιζέλου⁵, τις τελευταίες δεκαετίες το εθνικό πολιτικό σύστημα δεν κατόρθωσε να παράγει αποτελεσματική πολιτική για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Μετά τη μεταπολίτευση, επί κυβερνήσεων της Νέας Δημοκρατίας το 1975 και το 1979, δύο νομοσχέδια για τις συνθήκες εργασίας, δεν κατέληξαν σε νέα νομοθεσία. Είναι χαρακτηριστικό ότι μετά το 1974 οι εθνικές προσπάθειες βελτίωσης των συνθηκών εργασίας αναπτύσσονται κυρίως υπό διεθνή επιρροή διαφόρων τύπων: από τις συμβουλές του προγράμματος PIACT (ILO, 1984) της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας, έως την υποχρέωση προσαρμογής στην Οδηγία Πλαίσιο 89/391 και τις ειδικές Οδηγίες για ελάχιστες ευρωπαϊκές προδιαγραφές (European Commission, 1993). Την περίοδο 1977-78 η Ελλάδα είχε την τύχη να είναι μία από τις 16 χώρες που μετείχαν (από τις 40 που ζητούσαν συστηματικά να συμμετάσχουν) στο Διεθνές Πρόγραμμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Εργασίας και του Εργασιακού Περιβάλλοντος (PIACT) το οποίο οδήγησε στη σύνταξη σχετικής έκθεσης προς την ελληνική κυβέρνηση (ΔΟΕ, 1978). Υπό την επιρροή της έκθεσης PIACT τον Μάιο 1981⁶ υπεγράφη, χωρίς ουσιαστικό αποτέλεσμα, μεταξύ

⁵ Από το νόμο ΓΠΛΔ 1911 του Ελ. Βενιζέλου, τον Ν. 2273/1920 το Ν. 2994/1922 και σειρά Βασιλικών και Προεδρικών Διαταγμάτων έως και το 1934. Για συλλογή Νομοθεσίας της περιόδου βλέπε ΕΛΙΝΥΑΕ, 1994.

⁶ Πέντε μήνες πριν την κυβερνητική αλλαγή με τις εκλογές της 18ης Οκτωβρίου 1981.

ΓΣΕΕ και ΣΕΒ μία Εθνική Γενική Συλλογική Σύμβαση Εργασίας⁷ η οποία προέβλεπε τη λειτουργία διμερών επιτροπών ασφάλειας στις επιχειρήσεις και σύσταση Κεντρικής Επιτροπής Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Το πολιτικό σύστημα ανταποκρίθηκε στην ανάγκη βελτίωσης των συνθηκών εργασίας κατ' αρχήν με την ψήφιση του Ν.1568 τον Σεπτέμβριο του 1985⁸ και την έκδοση σχετικών Προεδρικών Διαταγμάτων και Υπουργικών Αποφάσεων και στη συνέχεια, την περίοδο 1994-99, με τη μέσω Προεδρικών Διαταγμάτων προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στην Οδηγία Πλαίσιο 89/391 και τις ειδικές Οδηγίες. Η νομοθετική προσαρμογή για την εφαρμογή των ελαχίστων εργασιακών προδιαγραφών έχει πλέον, έστω με καθυστερήσεις, ολοκληρωθεί, με αποτέλεσμα την τυπική αναβάθμιση των εθνικών προδιαγραφών για τα εργασιακά πρότυπα, καθώς οι ελάχιστες ευρωπαϊκές προδιαγραφές ήρθαν να καλύψουν το έλλειμμα εθνικής πολιτικής.

Στόχος του Ν.1568/85 «περί Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων» ήταν η προστασία της υγείας και της ασφάλειας των εργαζομένων στα πλαίσια της συνταγματικής υποχρέωσης σύμφωνα με την οποία το κράτος μεριμνά για την υγεία του πολίτη και παίρνει μέτρα για την προστασία του⁹. Εισήγαγε τους θεσμούς του τεχνικού ασφάλειας και του γιατρού εργασίας στις επιχειρήσεις

⁷ Πρόκειται για μάλλον ιδιότυπη Εθνική Γενική ΣΣΕ λόγω της υπογραφής της και από τους Πρωθυπουργό και Υπουργό Εργασίας της τότε κυβέρνησης της ΝΔ. Μάλιστα 4 χρόνια αργότερα κατά τη συζήτηση του νομοσχεδίου για το Ν.1568/85 στη Βουλή ο υπογράψας την ιδιότυπη ΕΓΣΣΕ ως Υπουργός Εργασίας Κ. Λάσκαρης υποστήριξε ότι «το υπό κρίση νομοσχέδιο είναι αντιγραφή της Εθνικής Συλλογικής Συμβάσεων για τη σύσταση οργάνου υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων στις επιχειρήσεις που έκανε η Νέα Δημοκρατία στις 12 Μαΐου 1981» (Πρακτικά Βουλής 12-27/9/1985, σελ. 1317).

⁸ Είναι χαρακτηριστικό ότι ο Ν.1568/85 ψηφίστηκε με την έναρξη της δεύτερης κυβερνητικής θητείας του ΠΑΣΟΚ (η συζήτηση στη Βουλή έγινε την περίοδο 12-27/9/1985) λίγο πριν τη συνολική στροφή στην οικονομική πολιτική με την υιοθέτηση του προγράμματος Οικονομικής Σταθεροποίησης 1985-1987.

⁹ Η Εισηγητική έκθεση και ο εισηγητής του Ν.1568/85 ήταν φιλόδοξοι: «Φιλοδοξεί να καλύψει το τόσο σημαντικό κενό της ισχύουσας σήμερα εργατικής νομοθεσίας και να δημιουργήσει το κατάλληλο πλαίσιο για τον εξανθρωπισμό της εργασίας στην Πατρίδα μας» (Πρακτικά Βουλής 12-27/9/1985, σελ. 1316).

που απασχολούσαν πλέον των 50 εργαζομένων¹⁰ και όρισε δικαιώματα και υποχρεώσεις ενημέρωσης, εκπροσώπησης και συμμετοχής των εργαζομένων μέσω Επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας στην επιχείρηση, σε νομαρχιακό και σε εθνικό επίπεδο. Οι ρυθμίσεις του ήταν σαφώς επηρεασμένες από το «συμμετοχικό» κλίμα των αρχών της δεκαετίας του 1980 και γι' αυτό εκκινώντας από τα «Όργανα Βελτίωσης των Συνθηκών Εργασίας στην Επιχείρηση» πρώτα προέβλεπε τη σύσταση επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας και κατόπιν αναφερόταν στην υποχρέωση της επιχείρησης για απασχόληση τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας, ενώ στη συνέχεια προσδιόριζε τα προσόντα και τις αρμοδιότητές τους. Οι ρυθμίσεις του Ν.1568/85 όσον αφορά την υποχρέωση απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας, γιατρού εργασίας και το ρόλο των επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας, είναι επηρεασμένες κυρίως από το γερμανικό σύστημα πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου¹¹. Στον Ν.1568/85 υπήρξε «αντιγραφή» ρυθμίσεων του Γερμανικού νόμου για την Ασφάλεια της Εργασίας (Arbeitssicherheitsgesetz) του 1973 που υποχρέωνε τις επιχειρήσεις να απασχολούν τεχνικό ασφαλείας και ιατρικό προσωπικό, το οποίο να υποστηρίζει τους εργοδότες με συμβουλευτικό ρόλο, χωρίς ωστόσο να απαλλάσσεται ο εργοδότης από την τελική ευθύνη της προστασίας της υγιεινής και της ασφάλειας των εργαζομένων. Το γερμανικό σύστημα (Koch and Salter, 1999, Skarpelis, 1993) περιελάμβανε και ρυθμίσεις προηγούμενων νόμων σχετικά με τα δικαιώματα των Εργασιακών Συμβουλίων στον προσδιορισμό κανόνων πρόληψης στην επιχείρηση (BetrVG, 1972) και την ασφάλεια του μηχανολογικού εξοπλισμού που απαιτούσε να συμμορφώνεται με τους κανονισμούς πρόληψης των ατυχημάτων (1968).

¹⁰ Η ΓΣΕΕ είχε εισηγηθεί ατώτατο όριο, επιχειρήσεις με 20 εργαζόμενους. Σημειώτεον ότι η ΕΓΣΣΕ του Μαΐου 1981 προέβλεπε σύσταση διμερών επιτροπών ασφαλείας με συμβουλευτικό ρόλο σε καταστήματα - παραγωγικές μονάδες με 30 και πλέον εργαζόμενους, ενώ προέτρεπε και εργοδότες με λιγότερους από 30 εργαζόμενους να προχωρήσουν στη δημιουργία διμερών επιτροπών ασφαλείας (ΕΓΣΣΕ της 12.5.1981, άρθρο 2).

¹¹ Ισχυρές είναι και οι επιδράσεις της Διεθνούς Συμβάσεως 155 του 1981 για την Επαγγελματική Ασφάλεια και Υγεία. Πρόκειται για Διεθνή Σύμβαση Εργασίας την οποία όμως ως χώρα δεν είχαμε επικυρώσει.

Καθώς οι ρυθμίσεις του Ν.1568/85 βασίζονται κυρίως στη γερμανική νομοθεσία είναι ενδιαφέρον το πως στη γερμανική περίπτωση προωθήθηκε η εφαρμογή της νέας νομοθεσίας. Η γερμανική εμπειρία δείχνει ότι η ψήφιση και η έναρξη ισχύος των νόμων δεν αποτελεί το τέλος αλλά την αρχή δραστηριοτήτων εκ μέρους του κράτους ώστε να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις που θα επιτρέψουν και θα διευκολύνουν την εφαρμογή των νόμων στην πρακτική βιομηχανική ζωή. Η ψήφιση του βασικού νόμου το 1973, συνοδεύθηκε από ευρείες χρηματοδοτήσεις ερευνητικών προγραμμάτων για τον «Εξανθρωπισμό της Εργασίας» (HdA) και την «Εργασία και Τεχνολογία» (AuT) που αναπτύχθηκαν από τα Υπουργεία Έρευνας και Τεχνολογίας αφενός και αφετέρου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων με σκοπό την παραγωγή γνώσης ώστε οι νομοθετικές ρυθμίσεις να εφαρμοσθούν περισσότερο αποτελεσματικά στην πράξη. Το πρόγραμμα «Εργασία και Τεχνολογία¹²» έδωσε προτεραιότητα στην καινοτομία και μεγαλύτερη έμφαση στην πρόληψη και ανέδειξε το πως οι συνθήκες και το γενικό πλαίσιο της εργασιακής υγείας και ασφάλειας αλλάζει λόγω της εισαγωγής νέων υλικών, τεχνικών και διαδικασιών, αλλά και με την αυξανόμενη εφαρμογή νέων εννοιών παραγωγής και υπηρεσιών. Είναι αξιοσημείωτο ότι για το πρόγραμμα αυτό στα δύο «συναρμόδια-εποπτεύοντα» Υπουργεία προσετέθη και το Υπουργείο Εκπαίδευσης και Επιστήμης (Skarpelis, 1993:13-15).

Η ανάγκη εναρμόνισης της εθνικής νομοθεσίας με την Οδηγία Πλαίσιο 89/391 αποτελεί το δεύτερο σημαντικό σταθμό στην εθνική πολιτική για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας¹³. Η Οδηγία Πλαίσιο 89/391 αφορά την εισαγωγή μέτρων για την ενίσχυση και

¹² Το πρόγραμμα Εργασία και Τεχνολογία «έγινε ένας σπουδαίος καταλύτης σε μία γνωστική διαδικασία που βοήθησε στη δημιουργία μιας νέας συναίνεσης σχετικά με τα καθήκοντα της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Συνέβαλε στη συστηματοποίηση και την ισχυρότερη προγραμματική έμφαση του επιστημονικού πεδίου με την έννοια της βασικής κατανόησης της σύγχρονης επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας. Ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει στην ολική προσέγγιση, στην ενσωμάτωση των στόχων καινοτομίας, τον γενικό προληπτικό προσανατολισμό προς νέες ανάγκες για την υγεία, ...»(Skarpelis, 1993:29).

¹³ Η εθνική εναρμόνιση με την Οδηγία Πλαίσιο έπρεπε να γίνει έως την 31η Δεκεμβρίου 1992 και στη χώρα μας ολοκληρώθηκε την περίοδο 1996-1999 με το ΠΔ 17/96 «Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων κατά την εργασία σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ» και το ΠΔ 95/99.

βελτίωση της εργασιακής ασφάλειας και υγείας και καλύπτει το σύνολο των οικονομικών δραστηριοτήτων κάθε χώρας¹⁴. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της είναι η έμφαση στην πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου, η εργοδοτική ευθύνη και υποχρέωση για την εργασιακή ασφάλεια και υγεία, οι γενικές αρχές της πρόληψης, η υποχρέωση εκτίμησης του επαγγελματικού κινδύνου και πληροφόρησης των εργαζομένων γι' αυτή, η υποχρέωση για παροχή υπηρεσιών προστασίας και πρόληψης προς τους εργαζόμενους, η υποχρέωση πληροφόρησης διαβούλευσης και συμμετοχής των εργαζομένων, η υποχρέωση κατάρτισης των εργαζομένων (κατά την πρόσληψη, την αλλαγή θέσης, την εισαγωγή νέου εξοπλισμού και νέας τεχνολογίας, αλλά και περιοδικά), καθώς επίσης και η υποχρέωση ιατρικής παρακολούθησης της υγείας των εργαζομένων, όσον αφορά τους παράγοντες επαγγελματικού κινδύνου, στα πλαίσια ενός εθνικού συστήματος υγείας. Συνεπώς η Οδηγία δεν αρκείται σε τεχνική ρυθμιστική προσέγγιση και αποσκοπεί περισσότερο στη δημιουργία πολιτικής για τις εργασιακές σχέσεις του περιβάλλοντος εργασίας (Gonzales-Posada, 1990). Έτσι, υποστηρίζει την αντιπροσώπευση, τη διαβούλευση και τη συμμετοχή των εργαζομένων για θέματα συνθηκών εργασίας σε επιχειρήσεις κάθε μεγέθους, ορίζοντας ότι αποσκοπεί σε ισόρροπη συμμετοχή (balanced participation). Επίσης η Οδηγία ουσιαστικά καθιστά υποχρεωτική την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού. Με άλλα λόγια, θεωρεί ότι το συγκροσιακό εργασιακό περιβάλλον δεν ευνοεί την πολιτική πρόληψης η οποία, επιπλέον, προϋποθέτει μαζικές επενδύσεις σε κατάρτιση του εργατικού δυναμικού (Biagi 1990:75). Επιπλέον οι διατυπώσεις της Οδηγίας για τη μονότονη και την επαναλαμβανόμενη εργασία θυμίζουν «μοντέλα και τρόπο σκέψης της γενιάς του 1968» (Montuschi, 1990, Biagi, 1990:75). Δεν είναι λοιπόν τυχαίο ότι η Οδηγία είχε χαρακτηριστεί «το πιο σημαντικό κοινοτικό νομοθετικό κείμενο που ψηφίσθηκε μέχρι σήμερα στα πλαίσια της λεγόμενης "κοινωνικής διάστασης" της ΕΟΚ» (Σπυρόπουλος, 1992:15).

¹⁴ Με εξαίρεση Ενόπλων Δυνάμεων και Δυνάμεων Ασφαλείας.

Η εναρμόνιση με την Οδηγία Πλαίσιο ήταν για την Ελλάδα μία καλή ευκαιρία, πρώτον, για την κωδικοποίηση νόμων που έρχονται από τις αρχές του αιώνα και δημιουργούν δαιδαλώδες ρυθμιστικό οικοδόμημα (του οποίου η λειτουργία και η αποτελεσματικότητα είναι συζητησίμη) και δεύτερον, για την αξιολόγηση του Ν.1568/85 και την επανεξέταση το συστήματος ρύθμισης των συνθηκών εργασίας¹⁵. Όμως η ελληνική κυβέρνηση δεν προτίμησε την κοινοβουλευτική οδό με την ψήφιση νέου νόμου, αλλά την εναρμόνιση μέσω Προεδρικών Διαταγμάτων¹⁶. Επικράτησε η προσέγγιση της ήσσονος προσαρμογής με αποτέλεσμα να προεκταθεί ο Ν.1568/85 στην Οδηγία Πλαίσιο και έτσι να ακυρωθεί το ριζοσπαστικό περιεχόμενο της Οδηγίας. Το ΠΔ 17/96, με το οποίο έγινε η εναρμόνιση, ακολουθεί τη δομή και τη λογική του Ν.1568/85 και όχι τη δομή και τη λογική της Οδηγίας Πλαίσιο. Επεκτείνει τις υποχρεώσεις του Ν.1568/85 για απασχόληση τεχνικού ασφάλειας και σε επιχειρήσεις με απασχόληση κάτω των 50 ατόμων. Η παροχή προς τους εργαζόμενους Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης έναντι του επαγγελματικού κινδύνου εκπίπτει σε υποχρέωση απασχόλησης τεχνικού ασφάλειας, και κατά περίπτωση, γιατρού εργασίας, ή αγοράς Εξωτερικών Υπηρεσιών Προστασίας και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ)¹⁷, στις οποίες επίσης επεκτείνεται το σχήμα τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας. Η πρωταρχική εργοδοτική υποχρέωση της Οδηγίας

¹⁵ «Η πρακτική εφαρμογή του Ν.1568/85 κάθε άλλο παρά ικανοποιητική είναι και τούτο επτά ολόκληρα χρόνια μετά την ψήφισή του, ιδιαίτερα σε ότι αφορά τους νέους θεσμούς που εισήγαγε ο νόμος αυτός: τεχνικοί ασφάλειας, γιατροί εργασίας, επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, συμβούλιο υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας» (Σπυρόπουλος, 1992: 13).

¹⁶ Σημειωτέον ότι στη Γερμανία για τις ανάγκες της εναρμόνισης ψηφίστηκε το 1996 νέος νόμος για την Προστασία της Εργασίας (Arbeitsschutzgesetz, 1996).

¹⁷ Στις επιχειρήσεις που έχουν υποχρέωση πλήρους απασχόλησης τουλάχιστον δύο τεχνικών ασφάλειας συνιστάται υποχρεωτικά Εσωτερική Υπηρεσία Προστασίας και Πρόληψης ΕΞΥΠΠ (ΠΔ 17/96, αρθρ. 4 παρ. 10). Στις ίδιες επιχειρήσεις εάν ο τεχνικός ασφάλειας ή/και ο γιατρός εργασίας δεν διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για τις αναγκαίες μετρήσεις, ο εργοδότης προσφεύγει στις Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης ΕΞΥΠΠ (ΠΔ 17/96, αρθρ. 4 παρ. 12). Στις λοιπές επιχειρήσεις οι υπηρεσίες τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας του ν. 1568/85 μπορούν να παρέχονται και από ατομικές επιχειρήσεις ή νομικά πρόσωπα έξω από την επιχείρηση ονομάζονται ΕΞΥΠΠ (ΠΔ 17/96 αρθρ. 5). Σημειωτέον ότι για τη διάγνωση των αναγκών απασχόλησης τεχνικού ασφάλειας και γιατρού εργασίας απαιτείται συνδυασμένη εμμηγεία του Ν. 1568/85, του ΠΔ 294/88 και του ΠΔ 17/96.

Πλαίσιο παρουσιάζεται φέρδην-μίγδην με άλλες γραφειοκρατικές υποχρεώσεις των εργοδοτών. Οι γενικές αρχές της πρόληψης¹⁸ για την εργασιακή υγεία και ασφάλεια χάνονται με την ανάμιξη ουσιαστών και ανούσιων γραφειοκρατικών ρυθμίσεων. Με άλλα λόγια, η Οδηγία Πλαίσιο αντιμετωπίστηκε ως συνέχεια και όχι ως τομή και υποβαθμίστηκε σε τεχνικό θέμα, συγχέοντας τις απαραίτητες μετρήσεις των βλαπτικών παραγόντων στους χώρους εργασίας με την αναγκαιότητα, σε συνέχεια των μετρήσεων, πολιτική πρόληψης, όπως αυτή οριοθετείται από την Οδηγία Πλαίσιο.

Παρά τις εκπτώσεις και την ήσσονα προσαρμογή, για τη στοιχειώδη άσκηση κοινωνικής πολιτικής το θέμα τίθεται πλέον ως ανάγκη στοιχειώδους εφαρμογής της Οδηγίας Πλαίσιο με βάση τις ρυθμίσεις που υποτίθεται ότι αποτελούν «νομοθετική προσαρμογή» της χώρας στις ευρωπαϊκές υποχρεώσεις για ελάχιστες προδιαγραφές εργασιακής υγείας και ασφάλειας. Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή τους είναι η λειτουργία καταρτισμένου ανθρώπινου δυναμικού το οποίο για το σύνολο της χώρας έχει εκτιμηθεί (Ζορμπά, 1996) σε 2.549 Τεχνικούς Ασφάλειας, σε 850 Ιατρούς Εργασίας, σε 391.256 εργοδότες μικρών επιχειρήσεων, (οι οποίοι κάνοντας χρήση της δυνατότητας που τους δίνει το ΠΔ 17/96¹⁹ θα αναλάβουν το έργο του Τεχνικού Ασφάλειας εφόσον επιμορφωθούν κατάλληλα), και σε 531.582 μέλη Επιτροπών Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Ενώ επί σειρά ετών το νομοθετικό έργο δημιουργούσε την αίσθηση της πολιτικής και η πολιτική για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας ταυτίζονταν απλώς με την προώθηση του νομοθετικού έργου (Ιωάννου, 1998),

¹⁸ Οι γενικές αρχές για την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου βρίσκονται στο άρθρο 7 παρ.7 του ΠΔ 17/96. Το ουσιαστικότερο μέρος αυτών στο 7.7.ε έχει δεχθεί, λόγω κακής απόδοσης και μετάφρασης, ουσιαστική τροποποίηση και αποδυνάμωση. Στο ΠΔ 17/96 αναφέρεται στην υποπαρ. 7.7.ε. «Προγραμματισμός της πρόληψης με στόχο ένα συνεπικό σύνολο που να ενσωματώνει στην πρόληψη την τεχνική, την οργάνωση της εργασίας, τις συνθήκες εργασίας, τις σχέσεις μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων και την επίδραση των παραγόντων του περιβάλλοντος στην εργασία». Είναι χρήσιμη η αντιπαράβολή με το αγγλικό πρωτότυπο. Περαιτέρω σχολιασμός σε Ιωάννου, 1998.

¹⁹ ΠΔ 17/96, άρθρο 4, παρ.2.

αποτέλεσμα ήταν να μη δημιουργούνται οι στοιχειώδεις προϋποθέσεις εφαρμογής²⁰. Όμως η αδυναμία εφαρμογής πολιτικής για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας συνδέεται όχι μόνο από την έλλειψη του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και από την παντελή έλλειψη συνέργειας με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το σύστημα υγείας, καθώς τόσο ο Ν.1568/85 όσο και η εναρμόνιση με την Οδηγία Πλαίσιο έγιναν ερήμην των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υγείας, αφήνοντάς τα κυριολεκτικά ανεπηρέαστα.

²⁰ Πρόσφατα, μετά την ψήφιση του Ν.2874/2000, και στην προσπάθεια εφαρμογής του άρθρου 16 που αφορά την υποβολή καταστάσεων προσωπικού και προγραμμάτων ωρών εργασίας και προβλέπει την δήλωση στοιχείων του τεχνικού ασφάλειας και του γιατρού εργασίας, καθώς και το ωράριο απασχόλησής τους στην επιχείρηση, απεκαλύφθη η αδυναμία λειτουργίας του νομοθετικού πλαισίου για τις μικρές επιχειρήσεις με προσωπικό κάτω των 50 ατόμων. Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Π.Δ. 17/96 σε όλες τις επιχειρήσεις ανεξαρτήτως αριθμού εργαζομένων ο εργοδότης έχει την υποχρέωση να χρησιμοποιεί υπηρεσίες τεχνικού ασφάλειας. Ο εργοδότης προκειμένου να ανταποκριθεί στην υποχρέωση αυτή δύναται να επιλέξει μεταξύ των περιπτώσεων ανάθεσης καθηκόντων τεχνικού ασφάλειας σε εργαζόμενους στην επιχείρηση ή σε άτομα εκτός επιχείρησης ή σύναψης σύμβασης με Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασία και Πρόληψης (ΕΞΥΠΠ) ή σε συνδυασμό μεταξύ αυτών των δυνατοτήτων. Σε επιχειρήσεις χαμηλής επικινδυνότητας (Κατηγορία Γ' του Π.Δ. 294/88) π.χ. (χονδρικό και λιανικό εμπόριο, εστιατόρια και ξενοδοχεία, επικοινωνίες, τράπεζες, οικονομικά ιδρύματα, ασφάλειες, γραφεία, υπηρεσίες κλπ) μπορεί και ο ίδιος ο εργοδότης να αναλάβει τα καθήκοντα του τεχνικού ασφάλειας αφού επιμορφωθεί κατάλληλα. Όμως από τους ελέγχους του Σώματος Επιθεωρητών Εργασίας (ΣΕΠΕ) διαπιστώνεται ότι μεγάλος αριθμός των επιχειρήσεων με λιγότερους από 50 εργαζόμενους δεν έχει συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις της νομοθεσίας για χρησιμοποίηση υπηρεσιών τεχνικού ασφάλειας. Για την εφαρμογή των εν λόγω ρυθμίσεων, ανεξαρτήτως μορφής απασχόλησης (μισθωτός, ανάληψη ευθύνης από εργοδότη ή ανάθεση σε ΕΞΥΠΠ), απαιτείται η επιμόρφωση και απασχόληση πολυάριθμου ανθρώπινου δυναμικού στην τάξη μεγέθους που είχε ήδη εκτιμηθεί από το 1994-95 (Ζορμπά, 1996).

4. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο Ν.1568/85 είχε παρουσιασθεί ως «μέρος της πολιτικής που ακολουθεί η κυβέρνηση στον τομέα πρόληψης της αρρώστιας με το ΕΣΥ» (Πρακτικά Βουλής 12-27/9/1985, σελ.1313) και γι' αυτό προέβλεπε την επίβλεψη της υγείας των εργαζομένων²¹ ως μέρος της πρωτογενούς πρόληψης η οποία προϋποθέτει αφενός την παρακολούθηση της υγείας των εργαζομένων και αφετέρου αυτήν της υγιεινής χώρου εργασίας. Αναλόγως και το ΠΔ 17/96, σε συμμόρφωση με την Οδηγία Πλαίσιο 89/391, προέβλεπε²² την υποχρέωση επίβλεψης της υγείας και τον ιατρικό έλεγχο των εργαζομένων, είτε από γιατρό εργασίας της επιχείρησης, είτε σε αρμόδια μονάδα του ΕΣΥ ή του ασφαλιστικού οργανισμού στον οποίο αυτός ανήκει. Όμως τόσο ο Ν.1568/85 όσο και οι αλληπάλληλες μεταρρυθμίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας

²¹ Ν. 1568/85, άρθρο 10.

²² ΠΔ 17/96, άρθρο 14.

(και του ΙΚΑ) άφησαν εκτός συστήματος υγείας την ιατρική της εργασίας²³, αφήνοντας έτσι εκτός και την επαγγελματική υγεία και την πρωτοβάθμια πρόληψη για την υγεία στους χώρους εργασίας²⁴.

Είναι κοινός τόπος²⁵ ότι το ισχύον σύστημα υγείας είναι νοσοκομειακο-κεντρικό και ιατροκεντρικό, δηλαδή χαρακτηρίζεται

²³ Σε αντίθεση με όσα υποστήριζε ο εισηγητής του Ν. 1568/85 ότι «η παραγωγή του γιατρού, όπως περιλαμβάνεται στο νομοσχέδιο, στη διοίκηση της επιχείρησης που αποτελεί και επιλογή του εργοδότη αφορά τη μεταβατική περίοδο μέχρι την υλοποίηση του ΕΣΥ και μέχρι να αποκτήσουμε στη πατρίδα μας γιατρούς με την ειδικότητα της ιατρικής της εργασίας» (Πρακτικά Βουλής, 12-27/9/1985 σελ. 1317). Σημειώτεον ότι εκπρόσωπος της αντιπολίτευσης σημείωνε ότι «ο γιατρός εργασίας δεν μπορεί να είναι υπάλληλος του εργοδότη..... πρέπει να είναι γιατρός του ΕΣΥ..... δεν καθιερώνεται ένα υποχρεωτικό ωράριο του γιατρού εργασίας στην επιχείρηση. Αλλά θα υπάρχει κάποιος γιατρός εργασίας ο οποίος μπορεί να δουλεύει και σε άλλες επιχειρήσεις. Η βασική μας αντίρρηση είναι ότι δεν μπορεί αυτόν τον άνθρωπο να τον πληρώνει ο εργοδότης, γιατί αυτό σημαίνει ότι θα είναι εξαρτημένος από αυτόν, θα είναι υπάλληλός του» (Πρακτικά Βουλής, 12-27/9/1985, σελ. 1320).

²⁴ Είναι αξιοσημείωτο ότι το Σύστημα Υγείας στα δύο επιμέρους τμήματά του, στο ΕΣΥ και στο ΙΚΑ, απασχολεί σήμερα δύο γιατρούς εργασίας: έναν το ΕΣΥ στο Θριάσιο Νοσοκομείο και έναν το ΙΚΑ στο Κέντρο Διάγνωσης και Ιατρικής της Εργασίας. Με δύο λόγια, η ιατρική της εργασίας ήταν και παρέμεινε εξαιρετικά περιθωριοποιημένη. Το θέμα της ιατρικής της εργασίας και των γιατρών εργασίας παραμένει ένα μεγάλο κενό του συστήματος 16 χρόνια μετά την ψήφιση του Ν. 1568/85, όχι μόνο λόγω έλλειψης ιατρών εργασίας (την εποχή ψήφισης του Ν. 1568/85 υπήρχαν 5-6 ιατροί εργασίας και σήμερα υπάρχουν περί τους 17 με ειδικότητα και άλλοι τόσοι με μεταβατικές διατάξεις, έναντι των 850 που απαιτεί το νομοθετικό πλαίσιο για να εφαρμοσθεί) αλλά και λόγω δυσαρμονίας με τις ευρωπαϊκές οδηγίες. Για παράδειγμα το άρθρο 134 του ν. 2071/1992 έδινε τη δυνατότητα χορήγησης ειδικότητας του γιατρού εργασίας με σεμινάριο διάρκειας από 6 έως 12 μήνες, ρύθμιση η οποία δεν είναι σύμφωνη με τις απαιτήσεις των άρθρων 24 και 27 της Οδηγίας για την Ιατρική Εργασία 93/16 η οποία απαιτεί τέσσερα χρόνια εκπαίδευσης για την ειδικότητα.

²⁵ Στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία Πρόνοια 2000-2006 αναγνωρίζεται πρώτον, ότι «στον τομέα των περιφερειακών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας δεν έχουν πραγματοποιηθεί σημαντικές παρεμβάσεις μετά την αρχική ανάπτυξη του δικτύου Κέντρων Υγείας» με αποτέλεσμα την «ανεπαρκή στέλεχωση σε ιατρικό, προσοπικό, σημαντικές διαπεριφερειακές ανισότητες, ανεπαρκή επαγγελματική εμπειρία των υπηρετούντων στα περιφερειακά ιατρεία, υποβάθμιση και σταδιακή απαξίωση υποδομών». Δεύτερον, αναγνωρίζεται ότι «στα αστικά κέντρα ο πολυκερματισμός και η έλλειψη συντονισμού μεταξύ πολυάριθμων παρεχόντων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ελλείψει και ενός οργανωμένου συστήματος παρακολούθησης και ενημέρωσης ιατρικού φακέλλου και παραπομπής-διακίνησης των ασθενών στο σύστημα, επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα, την επάρκεια και το συνολικό κόστος της παρεχόμενης φροντίδας. Ταυτόχρονα δε, προκαλούν σοβαρά προβλήματα και στη λειτουργία των νοσοκομείων, λόγω υπερφόρτωσης των εξωτερικών ιατρείων» (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2000α: 2-280).

από την έλλειψη συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας²⁶. Το σημερινό σύστημα παρακάμπτει πλήρως την πρόληψη και δεν ενισχύει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή δε βασίζεται ούτε κατ' ελάχιστο στην προαγωγή της υγείας. Η προτεινόμενη μεταρρύθμιση υιοθετεί τη λογική προαγωγής της υγείας και την πρόληψη. Όμως από τις τρέχουσες διαπιστώσεις και προτάσεις για ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας, 2000β:9-13) απουσιάζει η αναφορά στην εργασιακή υγεία και ασφάλεια, αν και αυτή μπορεί να συναχθεί εμμέσως από την αρχική αναφορά ότι το δημόσιο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα παρέχει πρωτοβάθμια ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, προληπτική ιατρική, προαγωγή υγείας και κοινωνική φροντίδα. Η προληπτική ιατρική και η προαγωγή υγείας δεν μπορεί παρά να περιλαμβάνουν ρητά και θεσμοποιημένα και την εργασιακή υγεία και ασφάλεια και τη βελτίωση των συνθηκών στους χώρους εργασίας. Είναι δυνατόν μία σύγχρονη εθνική πολιτική υγείας να μη λαμβάνει υπόψη στον Εθνικό Υγειονομικό Χάρτη τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες; Άλλωστε, η σύγχρονη τάση όσον αφορά την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια, αλλά και τη δημόσια υγεία, είναι η προαγωγή της υγείας στις επιχειρήσεις. Η υγεία προσδιορίζεται από πολλούς παράγοντες. Μεταξύ αυτών είναι και η επαγγελματική υγεία και ασφάλεια. Ακόμη και σε συστήματα όπου δεν πρωταγωνιστεί η δημόσια κοινωνική ασφάλιση, η προαγωγή υγείας εισέρχεται πλέον στην πολιτική υγείας λόγω των χρόνιων παθήσεων και της γήρανσης πληθυσμού. Ο εργασιακός χώρος αναγνωρίζεται ως καθοριστικός παράγων της υγείας και θεωρείται ως ιδανικό πλαίσιο για την πρωτοβάθμια προαγωγή υγείας καθώς παρέχει τη δυνατότητα για εύκολη και κανονική – περιοδική πρόσβαση σε μεγάλο αριθμό πολιτών (Harden et al, 1999). Η προαγωγή υγείας στο χώρο εργασίας συνδέεται επίσης με τη μείωση των κινδύνων υγείας και την προώθηση υγιών τρόπων ζωής οι οποίοι συμβάλλουν στη βελτίωση οικονομικών και παραγωγικών παραγόντων όπως το κόστος νοσηλείας, οι αποζημιώσεις, ο απουσιασμός και η ικανοποίηση από την εργασία (Harden et al, 1999).

²⁶ Η ανάπτυξη συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρουσιάζεται ως ο νέος στόχος της μεταρρύθμισης (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2000β: 9).

Η ανύπαρκτη σχέση μεταξύ του ΕΣΥ και των αναγκαίων υπηρεσιών πρόληψης είναι πρωταρχική²⁷ για την ερμηνεία της περιθωριοποίησης της ιατρικής της εργασίας και της πρόληψης των επαγγελματικών ασθενειών στην Ελλάδα. Ενδεχομένως δεν ισχύει αργίσιμ ότι η πρόληψη²⁸ κοστίζει λιγότερο από τη θεραπεία. Είναι πιθανότερο να ισχύει ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ασθενειών (δηλαδή για ομάδες εργαζομένων υψηλού κινδύνου) η πρόληψη έχει οφέλη μεγαλύτερα του κόστους θεραπείας (όταν και εάν αυτή είναι δυνατή). Ωστόσο το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, το ίδιο ισχύει και για το ΙΚΑ. Όμως η πρόβλεψη της Οδηγίας Πλάισιο 89/391 σημαίνει ότι τουλάχιστον όσον αφορά την εργασιακή υγεία και ασφάλεια υπάρχει ένας πυρήνας βασικών υπηρεσιών υγείας οι οποίες θα πρέπει να παρέχονται στους εργαζόμενους (με κόστος του εργοδότη) από το εθνικό σύστημα υγείας. Ιδιαίτερα μάλιστα στην ελληνική περίπτωση όπου στις υπηρεσίες υγείας παρατηρείται ιδιαίτερα έντονο το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (supply induced demand)²⁹, που οδηγεί και σε ιδιωτική δαπάνη υγείας, η οποία «υποδηλώνει το βαθμό κατά τον οποίο καταναλωτικές ανάγκες δεν ικανοποιούνται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης³⁰» (Ματσαγγάνης και Μητρόκος, 1998:4). Η παροχή υπηρεσιών πρόληψης του

²⁷ Είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική της έλλειψης συνέργειας μεταξύ συναρμοδίων Υπουργείων η περίπτωση του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Προαγωγή της Υγείας, καθώς αυτό συντονίζεται στη χώρα μας από υπηρεσίες του Υπουργείου Εργασίας χωρίς καμία ουσιαστική συμμετοχή και σχέση με το ΕΣΥ, δηλαδή το μέσο πολιτικής που διαθέτει το Υπουργείο Υγείας.

²⁸ Για κριτική θεώρηση της έννοιας της πρόληψης, όσον αφορά τα όρια της αποτελεσματικότητάς της λόγω του ότι αμετάβλητοι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας κινούνται εκτός του χώρου εργασίας στις κοινωνικές σχέσεις και συνεπώς εκτός του στενού πεδίου της πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου, βλέπε Vogel, 1994:7.

²⁹ Καθώς οι ιατροί και όχι οι ασθενείς είναι εκείνοι που καθορίζουν την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας.

³⁰ Όπως τονίζουν οι Ματσαγγάνης και Μητρόκος, 1998:4 «υπό την οπτική της κοινωνικής δικαιοσύνης αυτό δεν είναι υποχρεωτικά απαράδεκτο, γίνεται όμως τέτοιο όταν οι φορείς με το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας συμβαίνει να είναι εκείνοι που ασφαλίζουν κοινωνικές ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος, οι οποίες υποχρεώνονται να δαπανούν για την υγεία μεγαλύτερο ποσοστό του εισοδήματός τους, όπως συμβαίνει στην Ελλάδα. Άρα, είναι ανάγκη να επιτευχθεί σύγκλιση στο εύρος και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν οι ασφαλιστικοί φορείς, τουλάχιστον όσον αφορά το βασικό πακέτο παροχών». Αυτό θα πρέπει να ισχύει ιδιαίτερα στην περίπτωση των ομάδων εργαζομένων υψηλού επαγγελματικού κινδύνου.

επαγγελματικού κινδύνου από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, έστω επιλεκτικά στις ομάδες εργαζομένων υψηλού κινδύνου, θα βοηθούσε και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το οποίο καταβάλλει το κόστος για τη μετά τη βλάβη της υγείας κοινωνική προστασία των εργαζομένων.

Οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία της περιόδου 1990-98 περιλαμβάνουν δαπάνες για την κοινωνική προστασία από την ασθένεια για «άδειες ασθένειας με αποδοχές» που ως ποσοστό του ΑΕΠ κυμάνθηκαν από 0,77% το 1990 έως 0,66% το 1998. Επίσης για την κοινωνική προστασία της αναπηρίας καταβάλλεται το κόστος για «συντάξεις αναπηρίας» που ως ποσοστό του ΑΕΠ κυμάνθηκαν από 1,53% το 1990 έως 1,12% το 1998. Στην ίδια κατηγορία περιλαμβάνονται «δαπάνες για την αποκατάσταση» που ως ποσοστό του ΑΕΠ κυμάνθηκαν από 0,18% το 1990 σε 0,12% το 1998 (Τήνιος, 2000). Ένα σημαντικό μέρος αυτών των δαπανών αφορά την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια. Η πολιτική πρόληψης πιθανώς θα οδηγούσε σε περιορισμό των εν λόγω δαπανών, ενώ χειρότερες επιδόσεις στον τομέα των συνθηκών εργασίας θα οδηγούσαν *prima facie* σε αύξηση των δαπανών κοινωνικής προστασίας. Ειδικότερα σε ότι αφορά τις δαπάνες για συντάξεις αναπηρίας το ασφαλιστικό σύστημα χορηγεί πρόωρες συντάξεις λόγω εργατικού ατυχήματος και επαγγελματικής ασθένειας. Όπως υποδηλώνουν τα στοιχεία του Πίνακα 1, που αφορούν τις πρόωρες συντάξεις του ΙΚΑ, η ανασφαλής και ανθυγιεινή εργασία συμβάλλουν στη δημιουργία κοινωνικού αποκλεισμού (Ιωάννου, 1996) με την πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω εργατικού ατυχήματος και επαγγελματικών ασθενειών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Πρόωρες συντάξεις ΙΚΑ (1993-98)

Έτος	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Αιτία Πρόωρης Συνταξιο- δότησης από ΙΚΑ						
Κοινή Νόσος	6449	7196	6462	5644	5603	4971
Φυματίωση	43	30	44	25	23	27
Εργατικό Ατύχημα	94	113	94	108	76	98
Ατύχημα εκτός Εργασίας	43	51	43	45	49	28
Επαγγελματική Ασθένεια	7	10	11	4	6	11
Σύνολο	6636	7400	6654	5826	5757	5135
Μέσος Όρος Ηλικίας Συνταξιοδότησης	52,79	53,55	53,88	51,84	51,71	51,44
Αναπηρικές Συντάξεις επί Συνόλου Νέων Συντάξεων (%)	14,71	15,14	13,74	12,05	12,09	11,46
Συντάξεις Αναπηρίας επί Συνόλου Συντάξεων (%)	22	21	21	20	19	18

Πηγή: ΙΚΑ : Στατιστικό Δελτίο Έτους (Διάφορα Έτη).

Τα διαθέσιμα στοιχεία υποεκτιμούν τις συνέπειες της έλλειψης πολιτικής πρόληψης και προαγωγής της υγείας στους χώρους εργασίας. Σχεδόν το 95% των πρόωρων συντάξεων αποδίδεται σε «κοινή νόσο», ενώ είναι πιθανότερο³¹ ότι πρόκειται για επαγγελματικές ασθένειες, για τους ακόλουθους λόγους:

Πρώτον, η εργασία αποτελεί την πλέον ισχυρή επίδραση στη ζωή του κάθε πολίτη. Η υγεία προσδιορίζεται από πολλούς παράγοντες. Αρκετοί απ' αυτούς κείνται εκτός του χώρου εργασίας, στις κοινωνικές σχέσεις. Το βέβαιο είναι ότι μεταξύ των

³¹ Εάν βέβαια αφαιρεθεί από τη χορήγηση πρόωρων συντάξεων αναπηρίας η συμβολή παραγόντων όπως οι πελατειακές σχέσεις και η διαφθορά.

παραγόντων που προσδιορίζουν την υγεία είναι και η επαγγελματική υγεία και ασφάλεια³² και δεύτερον, όπως δείχνει και η διεθνής εμπειρία, όταν απουσιάζει από τη χώρα³³ εμπειρία και ειδίκευση σε επαγγελματικές ασθένειες, πολλές απ' αυτές δεν εντοπίζονται και συνεπώς, δεν καταγράφονται ως επαγγελματικές. Αν δεν υπάρχει έλεγχος υγείας των εργαζομένων, περιλαμβανομένων και των συστηματικών περιοδικών εξετάσεων, οι επαγγελματικές ασθένειες επίσης διαφεύγουν τον εντοπισμό και τη διάγνυσή τους (ILO 1984:16).

Όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο η πολιτική για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στην Ελλάδα, με το Ν.1568/85, βασίστηκε στο γερμανικό μοντέλο. Υπάρχει όμως μία σειρά διαφορετικών προϋποθέσεων για την αποτελεσματική λειτουργία των ρυθμίσεών του. Στη Γερμανία, όπως και στην υπόλοιπη Βόρεια Ευρώπη, η εργασιακή υγεία και ασφάλεια θεωρούνταν κεντρικό θέμα των εργασιακών σχέσεων τόσο στο επίπεδο της επιχείρησης (του χώρου εργασίας), όσο και σε εθνικό επίπεδο, με αποτέλεσμα το σύστημα να ρυθμίζεται με διπλό έλεγχο: πρώτον, από την υποχρεωτική νομοθεσία που εκδίδεται και ελέγχεται από την Ομοσπονδιακή κυβέρνηση και, δεύτερον, από την «αυτόνομη» νομοθεσία (κανονισμούς που συντάσσονται με τη μορφή κανονισμών πρόληψης των ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών) από τις κλαδικές επαγγελματικές ασφαλιστικές ενώσεις (Koch and Salter, 1999). Το γερμανικό σύστημα λειτουργεί παρέχοντας θεραπεία και πρόληψη και φορέας αυτών είναι οι 35 κλαδικές ασφαλιστικές ενώσεις που χειρίζονται ένα σύστημα κινήτρων βάσει των εργοδοτικών ασφαλιστικών εισφορών επαγγελματικού κινδύνου, οι οποίες διαμορφώνονται ανάλογα με την επικινδυνότητα του κλάδου της επιχείρησης και των επιδόσεών

³² Είναι αρκετά δύσκολο να γίνει πλήρης διαχωρισμός μεταξύ της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας από τη μία (συνθηκών εργασίας) και συνθηκών διαβίωσης - ποιότητα ζωής (που συνδεόμαστε και με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής) από την άλλη. Υπάρχουν ασθένειες που προκαλούνται από την εργασία και ασθένειες που επιδεινώνονται από την εργασία. Συνεπώς δεν είναι εύκολος ο διαχωρισμός επαγγελματικών και μη ασθενειών, ιδιαίτερα όταν απουσιάζουν οι επιδημιολογικές μελέτες για να ερευνηθεί η σχέση εργασίας - επαγγέλματος και ασθενειών.

³³ Σχετικά με το θέμα των επαγγελματικών ασθενειών στη χώρα μας εκκρεμεί η συμμόρφωση με την ευρωπαϊκή σύσταση 90/326 για τον κατάλογο των επαγγελματικών ασθενειών. Για το θέμα είχε ορισθεί επιτροπή από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων την 4.10.2000 (δηλαδή μία δεκαετία μετά τη σύσταση) η οποία έκτοτε δεν έχει συνεδριάσει.

της σε εργατικά ατυχήματα (Koch and Salter, 1999, Coenen, 2001). Είναι επίσης αξιοσημείωτο ότι στο γερμανικό σύστημα η πρόληψη και η αποζημίωση λειτουργεί με μέση εργοδοτική εισφορά που ξεκίνησε από 1,51% το 1960 και μειώθηκε σε 1,33% το 1999 (Coenen, 2001), ενώ στη χώρα μας επί σειρά δεκαετιών από το 1961 καταβάλλεται εισφορά επαγγελματικού κινδύνου σε ποσοστό 1% η οποία δεν χρηματοδοτεί καμμία δραστηριότητα πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου.

Στην Ελλάδα είχαν γίνει στις αρχές της δεκαετίας του 1960 προσπάθειες για την ασφαλιστική κάλυψη του επαγγελματικού κινδύνου και τη δημιουργία συστήματος οικονομικών κινήτρων για την πρόληψη³⁴ με την καθιέρωση εργοδοτικής εισφοράς επαγγελματικού κινδύνου σε ποσοστό 1%³⁵ και πρόβλεψη για σύστημα αυξομειώσεων της εισφοράς ανάλογα με την ανά διετία επίδοση των επιχειρήσεων/εργοδοτών στον τομέα των εργατικών ατυχημάτων και επαγγελματικών ασθενειών³⁶. Το σύστημα δεν λειτούργησε³⁷ και ο Ν.2084/92 για το ασφαλιστικό σύστημα³⁸ κατήργησε τη δυνατότητα μείωσης του ποσοστού εισφοράς σε επιχειρήσεις στις οποίες δεν επισυνέβησαν εργατικά ατυχήματα, ή αυξήσεως της εισφοράς όταν δεν τηρούνται όροι υγιεινής και ασφάλειας. Αποτέλεσμα ήταν να ενισχυθεί και να εδραιωθεί μία από τις θεμελιακές αδυναμίες του ασφαλιστικού συστήματος, δηλαδή η ασθενής έως ανύπαρκτη σχέση μεταξύ των οργανισμών

³⁴ Βάσει του άρθρου 3 του ΝΔ 4104/1960 και του ΒΔ 473/1961.

³⁵ Ωστόσο είχε υπάρξει πρόβλεψη για τις επαρχιακές βιομηχανίες, βιοτεχνίες και λοιπές επιχειρήσεις, η εισφορά επαγγελματικού κινδύνου να μειώνεται από 20% μέχρι 50% ανάλογα με την περιοχή στην οποία είναι εγκατεστημένες.

³⁶ Σε περίπτωση μηδέν ατυχημάτων και ασθενειών με απουσία πλέον των 7 ημερών ανά εργαζόμενο προέβλεπε δυνατότητα μείωσης της εισφοράς επαγγελματικού κινδύνου από 1% σε 0,5%. Το σύστημα είχε εισαχθεί, κατόπιν γνωμοδοτήσεων της Επιτροπής Πρόληψης Εργατικών Ατυχημάτων και του Συμβουλίου Κοινωνικής Ασφάλισης, με το ΒΔ 473/1961.

³⁷ Αν και πριν την ψήφιση του Ν.1568/85 είχε υπάρξει ο Οργανισμός Πρόληψης Εργατικών Ατυχημάτων.

³⁸ Άρθρο 45, παρ. 3 του Ν.2084/92.

κοινωνικής ασφάλισης και της πρόληψης για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στους χώρους εργασίας.

Ενώ το γερμανικό σύστημα βασίζεται και σε ασφαλιστικά ταμεία που έχουν συμφέρον και ενδιαφέρον για τις επιδόσεις επαγγελματικής ασφάλειας και υγείας των επιχειρήσεων³⁹, η βασική διαφορά μεταξύ ελληνικού και γερμανικού συστήματος βρίσκεται στο ότι η ασφάλιση για εργατικό ατύχημα είναι συστατικό μέρος του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και ειδικότερα των επαγγελματικών κλαδικών ενώσεων, οι οποίες φροντίζουν για την αποζημίωση, αποκατάσταση και πρόληψη και αναλόγως επιβαρύνουν τον εργοδότη μέσω της εισφοράς του. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει καμμία διαφοροποίηση, η εργοδοτική εισφορά δεν αυξομειώνεται και επιπλέον δεν διατίθεται για πολιτικές πρόληψης⁴⁰. Έτσι, εκ των πραγμάτων, το ισχύον σύστημα βασίζεται στη θεραπεία (εάν και όταν αυτή είναι δυνατή) και στην καταβολή του κόστους. Η λειτουργική σχέση μεταξύ πρόληψης και αποζημίωσης έχει αντιστραφεί, με διάφορες μορφές. Κατά την εργασιακή ζωή με το επίδομα ανθυγιεινής εργασίας ή με την πρόωρη ολοκλήρωση της εργασιακής ζωής με πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω εργατικού ατυχήματος, επαγγελματικής ασθένειας ή «κοινής νόσου» σε ηλικία, κατά μέσο όρο, 51 ετών (Πίνακας 1) ή με την ένταξη στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα για πρόωρη

³⁹ Στην ελληνική περίπτωση ο τότε αρμόδιος Υπουργός δεν είχε αντιληφθεί τη σημασία της στατιστικής παρακολούθησης των επιδόσεων στις συνθήκες εργασίας και απαντώντας σε σχετικές παρατηρήσεις κατά τη συζήτηση του Ν.1568/85 στη Βουλή υποστήριξε: «Είπατε χθες ότι δεν περιλαμβάνει μέτρα στατιστικής παρακολούθησης των ατυχημάτων και των επαγγελματικών ασθενειών. Δεν μπορεί ένα νομοσχέδιο να ασχολείται με την στατιστική...» (Πρακτικά Βουλής, 12-27/9/1985, σελ. 1360). Το θέμα όμως είναι ευρύτερο. Συνδέεται με το γεγονός ότι για δεκαετίες υπήρξε έλλειψη οικονομικής σκέψης για την ασφάλιση. Ένα παράγωγο αυτού είναι και η έλλειψη έργων στατιστικών σειρών (Για ανάλυση της ευρωπαϊκής εμπειρίας για τα συστήματα πληροφοριών στον τομέα επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας, βλ. Τέρπος, 1999). Ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης ήταν κυριαρχούμενος από τα νομικά και συνεπώς ήταν δύσκολο να εισχωρήσει η οικονομική ανάλυση στην πολιτική της κοινωνικής ασφάλισης. Η κοινωνική ασφάλιση αντιμετωπιζόταν ως μηχανισμός αναδιανομής και όχι σαν μέρος ευρύτερης κοινωνικής και οικονομικής πολιτικής.

⁴⁰ Ενδεικτικές της διεθνούς συζήτησης είναι οι πρόσφατες προτάσεις ώστε και το βρετανικό σύστημα όσον αφορά την αποζημίωση και την πρόληψη να μεταρρυθμισθεί προς την κατεύθυνση της εργοδοτικής εισφοράς κλαδικής ασφαλιστικής των εργαζομένων (που λίγο-πολύ ήδη ισχύει), αλλά και τη δημιουργία συστήματος με το οποίο οι εργοδοτικές εισφορές σε αυτό το σύστημα (κλαδικές ασφαλιστικές ενώσεις) θα διαμορφώνονται ανάλογα με τις επιδόσεις τους στον τομέα των συνθηκών εργασίας, αλλά και εισαγωγή υποχρέωσης των εργοδοτών μέσω των ασφαλιστικών ενώσεων για αποκατάσταση των «θυμάτων» της εργασίας (Walters and James, 1998).

συνταξιοδότηση. Το ισχύον σύστημα δίνοντας -εκ των πραγμάτων- προτεραιότητα στην αποζημίωση, συμβάλλει στη μη πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου και των συνεπειών του, περιθωριοποιώντας έτσι την πρόληψη. Αυτή η αναποτελεσματική λειτουργία του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την πρόληψη του επαγγελματικού κινδύνου συνδέεται σε σημαντικό βαθμό και με τη λειτουργία του εθνικού συστήματος εργασιακών σχέσεων.

5. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Τόσο ο Ν.1568/85 όσο και η Οδηγία Πλαίσιο 89/391 αναδεικνύουν την πρωτεύουσα σημασία της θεσμικής πλευράς των εργασιακών σχέσεων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Το γερμανικό σύστημα εργασιακής υγείας και ασφάλειας, το οποίο αποτέλεσε το μοντέλο της ελληνικής μεταρρύθμισης με το Ν.1568/85, έχει μακρά ιστορία -πλέον του αιώνα- και η ανάπτυξη του συνδέεται με σταθερά χαρακτηριστικά του συστήματος εργασιακών σχέσεων όπως η υψηλή συνδικαλιστική πυκνότητα, η εδραιωμένη λειτουργία των εργασιακών συμβουλίων και της συμμετοχής, οι ισχυρές κλαδικές ενώσεις εργοδοτών και εργαζομένων⁴¹ (Koch and Salter, 1999). Ανάλογα συμπεράσματα προκύπτουν από τα ισχύοντα σε άλλα ευρωπαϊκά συστήματα που, ως «πρότυπα», τροφοδότησαν τη διαμόρφωση της Οδηγίας Πλαίσιο 89/391. Στη σουηδική περίπτωση⁴² η βάση του εθελοντικού συστήματος συμμόρφωσης με την εργασιακή υγιεινή και ασφάλεια είναι ο ισχυρός συνδικαλισμός στο εσωτερικό της επιχείρησης. Και στην ελληνική περίπτωση η συμμετοχή των εργαζομένων και η δημιουργία επιτροπών υγιεινής και ασφάλειας είχε παρουσιασθεί ως

⁴¹ Η περαιτέρω ανάπτυξη του στη δεκαετία του 1970 οφείλεται επίσης στη σοσιαλδημοκρατική πολιτική διακυβέρνηση.

⁴² Όπου για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας υπάρχει παράδοση εθελοντικού (voluntary) συστήματος μεταξύ συνδικάτων και εργοδοτικών ενώσεων από το 1936 (Saltsjobaden Joint Cooperative Agreement) και μία Εθνική Συμφωνία για την Υγιεινή και Ασφάλεια Εργασίας από το 1942.

«το σημαντικότερο τμήμα του νομοσχεδίου⁴³». Το ερώτημα που τίθεται πλέον είναι γιατί δεν αναπτύχθηκε και δε λειτούργησε τουλάχιστον αυτή η πλευρά του Ν.1568/85; Η ερμηνεία συνδέεται με το ότι οι επιτροπές υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας είναι (και αντιμετωπίστηκαν ως) υποκατάστατα των συνδικαλιστικών οργανώσεων. Δεν αναπτύχθηκαν λόγω της έλλειψης συμμετοχικών διαδικασιών στο επίπεδο της επιχείρησης, έλλειψη που οφείλεται πρώτον, στην παραδοσιακή δομή του ελληνικού συνδικαλισμού, δεύτερον, στη συγκρουσιακή φύση των εργασιακών σχέσεων κατά τις πρόσφατες δεκαετίες, τρίτον, στην άνιση ανάπτυξη του συνδικαλισμού με την υποχώρησή του από τις ιδιωτικές μεσαίες και μικρές επιχειρήσεις, και τέταρτον, στο συνδικαλιστικό οικονομισμό που κυριάρχησε σε συνθήκες διψήφιου πληθωρισμού την περίοδο 1975-90.

Στην Ελλάδα με τη μεταπολίτευση του 1974 οι διεκδικήσεις ενός μαχητικού εργατικού κινήματος στη βιομηχανία, έθεταν το θέμα βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. Είναι όμως αξιοσημείωτο ότι συνολικά οι συνθήκες εργασίας δεν κατείχαν κυρίαρχη και σημαντική θέση στην ιεραρχία των αιτημάτων της απεργιακής δραστηριότητας (Ιωάννου, 1989:138-144). Στο τετράγωνο «αμοιβή, απασχόληση, συνδικαλιστικές ελευθερίες, συνθήκες εργασίας» οι συνθήκες εργασίας κατείχαν την τελευταία θέση. Η αμοιβή της εργασίας ήταν η προεξάρχουσα ενασχόληση της συνδικαλιστικής δραστηριότητας. Έτσι το 1981 η Ελλάδα μπήκε στην ΕΟΚ με το κρατιστικό μοντέλο εργασιακών σχέσεων της μεταπολεμικής και μετεμφυλιακής περιόδου. Το κρατιστικό μοντέλο (συγκρουσιακό, νομισματικό και περιοριστικό, καθώς δεν επέτρεπε τις επιχειρησιακές και κλαδικές συλλογικές συμβάσεις) βασιζόταν στον άμεσο έλεγχο των συλλογικών διαπραγματεύσεων (με την υποχρεωτική κρατική διατησία για την προώθηση της κυβερνητικής πολιτικής μισθών) και στον έλεγχο των συνδικαλιστικών ελευθεριών και οργανώσεων. Με τη μεταπολίτευση (1974) εισήλθε σε σοβαρή κρίση και αμφισβήτηση, με αποτέλεσμα η περίοδος 1975-85 να χαρακτηρίζεται από παγκοσμίως πρωτόγνωρες επιδόσεις στην απεργιακή δραστηριότητα (Ιωάννου, 1989). Μετά το 1982

⁴³ Σύμφωνα με τον εισηγητή του Ν.1568/85 «η συμμετοχική αυτή διαδικασία αποτελεί εξάλλου και την εγγύηση για την εφαρμογή όλων των διατάξεων του νομοσχεδίου αλλά και κάθε σχετικής με την προστασία της υγείας των εργαζομένων διάταξης ως ισχύουσας νομοθεσίας, που σήμερα για τους γνωστούς λόγους δεν εφαρμόζεται» (Πρακτικά Βουλής, 12-27/9/1985, σελ. 1316).

νομοθετικές πρωτοβουλίες οδηγούν στον εκδημοκρατισμό των συνδικαλιστικών οργανώσεων και την αύξηση της συνδικαλιστικής πυκνότητας. Ωστόσο, οι συλλογικές συμπεριφορές εργαζομένων και επιχειρήσεων παραμένουν συγκρουσιακές και μόνον στα τέλη της δεκαετίας του 1980 παρατηρείται στροφή προς συναινετικές λύσεις (οικειοθελής υπογραφή Εθνικών Γενικών Συλλογικών Συμβάσεων Εργασίας). Σε εθνικό επίπεδο οι συναινετικές συμπεριφορές αναπτύσσονται τη δεκαετία του 1990⁴⁴. Μετά την ψήφιση του Ν.1568/85 οι συμμετοχικές προσεγγίσεις στο επίπεδο της ιδιωτικής επιχείρησης, αρχικά λόγω του συγκρουσιακού κλίματος εντός και εκτός των επιχειρήσεων, αλλά και λόγω της παραδοσιακής (ομοιοπαγγελματικής και κλαδικής) δομής του συνδικαλισμού, παραμένουν αδύνατες. Παράλληλα, με την πτώση της συνδικαλιστικής πυκνότητας, η δομή της παραμένει παραδοσιακή με αυξανόμενη τη βαρύτητα των επιχειρήσεων του ευρύτερου δημόσιου τομέα⁴⁵.

Κατά κανόνα οι προσεγγίσεις και ο ρόλος των συνδικαλιστικών οργανώσεων για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας ήταν και είναι παραδοσιακός. Επί δεκαετίες ο επαγγελματικός κίνδυνος δεν αντιμετώπισθηκε κυρίως με προσπάθειες εξάλειψης των

⁴⁴ Η ευρωπαϊκή επίδραση παραμένει εμφανής στη συναινετική συμπεριφορά κορυφαίων συνδικάτων και εργοδοτικών ενώσεων στις συλλογικές διαπραγματεύσεις και στην ανάπτυξη νέων θεσμών κοινωνικού διαλόγου (όπως ο ΟΜΕΔ του Ν.1876/90 που «κατήργησε» τη κρατική υποχρεωτική διατησία στις συλλογικές διαπραγματεύσεις, το ΕΛΙΝΥΑΕ που υποστηρίζει την βελτίωση των συνθηκών εργασίας, η ΟΚΕ που γνωμοδοτεί για θέματα κοινωνικής πολιτικής και εργασιακών σχέσεων). Εξίσου εμφανής είναι η ευρωπαϊκή επίδραση από τις εθνικές κοινωνικές συμφωνίες που αναπτύχθηκαν στις περισσότερες χώρες-μέλη στην πορεία προς την ΟΝΕ (Fajertag and Pochet, 2000). Η ελληνική κυβέρνηση προσέφυγε στον κοινωνικό διάλογο το 1997 και το 2000 (Ιοαννου, 2000α).

⁴⁵ Αν και αυτή η ανισότητα είναι εμφανής και υπαρκτή σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, στην Ελλάδα καθίσταται ιδιαίτερα έντονη (Ιοαννου, 1999). Επιπλέον, η υποχώρηση των συλλογικών εργασιακών σχέσεων σε όφελος των ατομικών, έχει ως αποτέλεσμα την εξέλιξη προς αποκλίνοντα και ανομοιογενή υποσυστήματα στο εθνικό σύστημα εργασιακών σχέσεων: τέσσερα τέτοια υποσυστήματα είναι των μεγάλων ιδιωτικών επιχειρήσεων και των πολυεθνικών, οι δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί, οι μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις, οι κρατικές υπηρεσίες (δημόσιοι υπάλληλοι) (Ιοαννου, 2000b).

ανθυγιεινών συνθηκών της εργασίας, αλλά ελλείπει αυτών των προσανατολισμών, ως μέσο διεκδίκησης ανθυγιεινού επιδόματος⁴⁶, μειωμένου ωραρίου και συντομότερης εργασιακής ζωής με πρόωρη συνταξιοδότηση με εντάξεις κλάδων και επαγγελμάτων στα Βαρέα και Ανθυγιεινά Επαγγέλματα (ΒΑΕ). Οι συνδικαλιστικές οργανώσεις επιδιώκουν την πρόωρη συνταξιοδότηση με τις εντάξεις στα ΒΑΕ οι οποίες σε μεγαλύτερο ποσοστό πραγματοποιούνται είτε το 1966 είτε στα μέσα τις δεκαετίας του 1980 (την περίοδο 1984-86). Όμως ο ελληνικός συνδικαλισμός δεν συνάντησε τα μεγάλα εργατικά κινήματα, τα οποία δεν ήταν για τους μισθούς (όταν δεν ήταν για την εξουσία) αλλά για την ποιότητα της καθημερινής ζωής και τις συνθήκες εργασίας⁴⁷. Με ελάχιστες εξαιρέσεις, οι συνθήκες εργασίας παρέμειναν μία δευτερεύουσα πλευρά της συρρικνούμενης συνδικαλιστικής δραστηριότητας στις επιχειρήσεις, όπου οι τεχνολογικές εξελίξεις και η οικονομική αναδιάρθρωση συνέβαλαν σε αρκετές περιπτώσεις σε βελτιώσεις των συνθηκών εργασίας.

⁴⁶ Η παράγραφος 193 της Έκθεσης του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας προς την Ελληνική Κυβέρνηση σχετικά με τις Εργασίες της Διεπιστημονικής Αποστολής του Διεθνούς Προγράμματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Εργασίας και του Εργασιακού Περιβάλλοντος (PIACT) σημειώνει: «Ορισμένα κράτη έχουν καθιερώσει πίνακες ανθυγιεινών και επικίνδυνων εργασιών για τη χορήγηση «πρωμ» ή επιδομάτων κινδύνου στους ενδιαφερόμενους εργάτες. Στην Ελλάδα η παραχώρηση τέτοιων «πρωμ» έχει γίνει κάτι πολύ συνηθισμένο. Έχοντας ξεφύγει από τον αρχικό σκοπό τους, αυτά τα «πρωμ» δίνονται επίσης και σε εργαζόμενους που δεν εκτίθενται σε κανένα συγκεκριμένο κίνδυνο. Στην πραγματικότητα αποτελούν μια καλυμμένη αύξηση μισθού. Η εξασφάλιση αυτών των «πρωμ» κινητοποιεί τα συνδικάτα και κατευθύνει τη δράση τους προς μία διεύθυνση που δεν είναι ορθή και αφήνει άθικτες τις κακές συνθήκες εργασίας. Δεν είναι δυνατό να παραδεχτεί κανείς ότι η ανεπαρκής προστασία των εργαζομένων μπορεί να αποζημιωθεί με την παραχώρηση «πρωμ» κινδύνου, ανθυγιεινής εργασίας ή έλλειψης καλών συνθηκών. Σε διεθνές επίπεδο, η χορήγηση αυτών των «πρωμ» θεωρείται αντίθετη σε κάθε ορθή πολιτική για την ασφάλεια και τη βελτίωση των χώρων εργασίας, καθώς ο στόχος αυτής της πολιτικής θα έπρεπε, αντίθετα, να είναι η εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων προστασίας και πρόληψης» (Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, 1978, και Στυρόπουλος, 2000: 287).

⁴⁷ Όπως το Λαϊκό Μέτωπο στη Γαλλία για τις άδειες ή το κίνημα για το δωρο. Το ριζοσπαστικό εργατικό κίνημα στην Ευρώπη του 1960 και του 1970 είχε στο επίκεντρο του ενδιαφέροντός του τις συνθήκες εργασίας, την εργασιακή διαδικασία (labour process) και την παραγωγική διαδικασία. Άλλωστε αυτή η κοινωνική κριτική έδωσε ιστορικά την ώθηση της εισαγωγής της νέας τεχνολογίας στην παραγωγική διαδικασία. Με αφετηρία αυτή την εμπειρία αναπτύχθηκε η σχολή της διεπιστημονικής προσέγγισης των συνθηκών εργασίας και η κριτική της εργασιακής διαδικασίας η οποία εισήχθη και στην επιστημονική κοινότητα και στην επίσημη κοινωνική πολιτική (Vogel, 1994:19).

Στις επιχειρήσεις, ιδιωτικές και δημόσιες, μεγάλες και μικρές, η συνολική εφαρμογή της Οδηγίας Πλάισιο θα σήμαινε⁴⁸ διαφορετική διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, καθώς η τήρηση της εργοδοτικής υποχρέωσης για πολιτική πρόληψης του επαγγελματικού κινδύνου απαιτεί υποδειγματική διοίκηση η οποία σαφώς οδηγεί σε ανταγωνιστικές επιχειρήσεις με δυναμική θέση στις αγορές. Όμως η απουσία ελέγχου των επιχειρησιακών επιδόσεων στις συνθήκες εργασίας είτε από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, είτε από το σύστημα εργασιακών σχέσεων (τον ισχυρό συμμετοχικό συνδικαλισμό ή την επιθεώρηση εργασίας) και η ανύπαρκτη σχέση εθνικού συστήματος υγείας και επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας, δεν δημιούργησαν ευρύτερες προϋποθέσεις βελτίωσης των συνθηκών εργασίας και έμπρακτης αναβάθμισης των εργασιακών προτύπων στις επιχειρήσεις. Τα θέματα των συνθηκών εργασίας δεν αναδείχθηκαν σε συστατικό στοιχείο της καθημερινής εργασιακής ζωής. Οι υπηρεσίες προστασίας και πρόληψης για την επαγγελματική υγεία και ασφάλεια παρασχέθηκαν σε περιορισμένο αριθμό μεγάλων επιχειρήσεων, αλλά ακόμα και σε αυτές εξελίχθηκαν παράλληλα με την ισχύουσα οργάνωση και παραγωγή. Έτσι μετά από 20 χρόνια ένταξης της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι άμεσες ευρωπαϊκές επιδράσεις στην εξέλιξη των συνθηκών εργασίας είναι σαφείς αλλά όχι επαρκείς για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας. Οι άμεσες επιδράσεις οφείλονται κυρίως στην ευρωπαϊκή νομοθεσία (κανονισμούς, οδηγίες, αποφάσεις) για ελάχιστες προδιαγραφές. Προέρχονται επίσης από τη διάθεση κοινοτικών οικονομικών πόρων για δραστηριότητες που αφορούν τις συνθήκες εργασίας, αλλά και από μη-δεσμευτικές κοινοτικές προτάσεις πολιτικής (διακηρύξεις, συστάσεις, γνώμες). Οι ευρωπαϊκές επιδράσεις, άμεσες και έμμεσες, είναι είτε ουσιαστικές – ρυθμιστικές (όπως οι ελάχιστες προδιαγραφές για την εργασιακή

⁴⁸ Με αφετηρία την Οδηγία Πλάισιο 89/391 όλες οι χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης οφείλουν να έχουν νομοθεσία για την πρόληψη των ατυχημάτων και ασθενειών, αλλά σπανίως δίνεται έμφαση στο πως πρέπει να ασκείται η διοίκηση επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας στο επιχειρησιακό επίπεδο, δεδομένης της εργοδοτικής ευθύνης για αυτήν. Παραδείγματα υποδειγματικής ανάπτυξης και αξιοποίησης των δυνατοτήτων της Οδηγίας Πλάισιο δίνουν η Νορβηγία και η Σουηδία (Torp et al, 2000)

υγεία και ασφάλεια), είτε διαδικαστικές (όπως η ενίσχυση της συμμετοχής των εργαζομένων, η ενίσχυση του κοινωνικού διαλόγου στη διαμόρφωση πολιτικής) δεν είναι από μόνες τους ικανές να ρυθμίσουν και να μεταρρυθμίσουν τις συνθήκες εργασίας. Η αξιοποίησή τους είναι συνάρτηση της ωριμότητας και του βάθους του εθνικού συστήματος εργασιακών σχέσεων για την προσαρμογή πλευρών του όπως η οργάνωση εργασίας, η τεχνολογία, η εισαγωγή και διάδοση καινοτομίας.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το παράδειγμα των συνθηκών εργασίας στην Ελλάδα δείχνει πως παρά το γεγονός ότι με τον Ν.1568/85 αξιοποιήθηκε το γερμανικό μοντέλο διαχείρισης της επαγγελματικής υγείας και ασφάλειας αυτό δεν κατέστη δυνατόν να λειτουργήσει αποτελεσματικά, λόγω της έλλειψης συνεργείας μεταξύ του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, του εθνικού συστήματος υγείας και του εθνικού συστήματος εργασιακών σχέσεων. Ειδικότερα, αφενός η απουσία πολιτικής πρόληψης εκ μέρους του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και διαφοροποιημένης αντιμετώπισης των επιχειρήσεων ανάλογα με τις καλύτερες ή χειρότερες επιδόσεις τους στον τομέα των συνθηκών εργασίας (όπως αυτές περιγράφονται από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες), αφετέρου, η απουσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την πρόληψη των επαγγελματικών ασθενειών και την προαγωγή της υγείας των εργαζομένων, από το εθνικό σύστημα υγείας, συνεπάγονται δαπάνη κοινωνικής προστασίας η οποία προσεγγίζει το 2% του ΑΕΠ. Η δαπάνη αυτή απλά αποζημιώνει τους πολίτες «θύματα» του επαγγελματικού κινδύνου και δεν περιλαμβάνει το νοσηλευτικό κόστος που φέρεται ως δαπάνη από το σύστημα υγείας. Η Οδηγία Πλαίσιο 89/391 της οποίας η εθνική εναρμόνιση θα παρείχε την ευκαιρία για εφαρμογή αποτελεσματικής πολιτικής για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας, προσαρμόστηκε στη λογική του Ν.1568/85 και επίσης δεν οδήγησε σε πολιτικές δημιουργίας συνεργειών μεταξύ συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, συστήματος υγείας και συστήματος εργασιακών σχέσεων. Το γεγονός ότι τίθεται εκ νέου επί τάπητος η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και ο ευρύτερος ανασχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής παρέχει τη δυνατότητα επανασχεδιασμού του συστήματος βελτίωσης των συνθηκών εργασίας. Άλλωστε οι

αλλαγές των τελευταίων δεκαετιών στον κόσμο της εργασίας (νέες μορφές απασχόλησης και νέες τεχνολογίες) ανέδειξαν και νέα θέματα που καθιστούν αναγκαία τη μεταρρύθμιση των πολιτικών κοινωνικής προστασίας.

Η προστασία των εργαζομένων από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες παραμένει η πλέον επείγουσα πλευρά για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και του εργασιακού περιβάλλοντος. Παρά το ότι τα εργατικά ατυχήματα σε πολλούς βιομηχανικούς κλάδους (στην Ελλάδα και διεθνώς) έχουν σταθεροποιηθεί, αυτό δεν πρέπει να θεωρηθεί ιδιαίτερα θετική εξέλιξη, καθώς εκτιμάται ότι οι τεχνικά προσανατολισμένες μέθοδοι πρόληψης έχουν εξαντλήσει την αποτελεσματικότητά τους και η περαιτέρω βελτίωση των συνθηκών εργασίας προϋποθέτει ολοκληρωμένες προσεγγίσεις οι οποίες πρέπει να κατανοούνται και να υλοποιούνται ως συστατικό στοιχείο της διοίκησης της επιχείρησης. Η τυποποιημένη αντιμετώπιση μεμονωμένων περιπτώσεων δεν μπορεί να απαντήσει στην πολυπλοκότητα που αναδύεται στο σύγχρονο κόσμο της εργασίας. Απαιτείται η ενεργητική πρόληψη, που σημαίνει δημιουργία υγιούς περιβάλλοντος εργασίας. Απαιτείται η στενή συνεργασία της διαχείρισης ανθρώπινων πόρων της επιχείρησης και η συνέργεια των ασφαλιστικών οργανισμών και των υπηρεσιών υγείας. Πέρα από το νομοθετικό έργο έχει σημασία η δυνατότητα εφαρμογής της συνέργειας των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής ώστε ως αποτέλεσμα να προκύπτει η ανάπτυξη κοινωνικού κεφαλαίου, το οποίο είναι ιδιαίτερα κρίσιμο στην περίπτωση της λειτουργίας αποτελεσματικών μηχανισμών κοινωνικής προστασίας. Τα συστήματα κοινωνικής προστασίας, παρά τις διεθνείς επιδράσεις και τις ελάχιστες ευρωπαϊκές προδιαγραφές σε τομείς όπως η εργασιακή υγεία και ασφάλεια, είναι εθνικά, αναπτύσσονται ιστορικά και είναι δυνατόν να καταταγούν σε επιμέρους ομάδες και τύπους και η ευρωπαϊκή επίδραση δεν μπορεί αφεαυτής να δημιουργήσει νέα.

7. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Bean, Ch. Bentollila, S. Bertola, G. Dolado, J. 1998: Social Europe: One for All?, Centre for Economic Policy Research, London.

Biagi, M. 1990: From Conflict to Participation in Safety: Industrial Relations and the Working Environment in Europe 1992, The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations, Volume 6, Issue 2, pp. 67-79.

Coenen, W. 2001: Πολιτική και Στρατηγική της Πρόληψης, Αποφυγή των Επαγγελματικών Ασθενειών και των Επαγγελματικών Κινδύνων για την Υγεία στην Γερμανία, mimeo.

Διεθνής Οργάνωση Εργασίας, 1978: Έκθεση προς την Ελληνική Κυβέρνηση σχετικά με τις Εργασίες της Διεπιστημονικής Αποστολής του ΡΙΑCT, Σεπτέμβριος, Γενεύη.

Economic and Social Committee, 1995: Opinion of the Economic and Social Committee on COM(95) 282 final - CES 1300/95, Bulletin 9/95, pp. 9-10.

ΕΛΙΝΥΑΕ, 1994: Εγχειρίδιο Νομοθεσίας για την Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας, Αθήνα.

European Commission, 1993: Europe for Safety and Health at Work, Social Europe, 3/93, Luxembourg.

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1994: Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Η Πορεία προς το Μέλλον για την Ένωση, COM (94) 333 της 27 Ιουλίου 1994

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 1995: Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, σχετικά με το πρόγραμμα της Κοινότητας όσον αφορά την Ασφάλεια, την Υγιεινή και την Υγεία κατά την Εργασία 1996-2000, COM (95) 282 τελικό.

Eurostat, 2000: The Social Situation in the European Union, Eurostat, EC, Bruxelles.

Fajertag, G. and Pochet, Ph. (eds): Social Pacts in Europe, European Trade Union Institute and Observatoire Social Europeen, Brussels.

Ζορμπά, Κ. 1996: Η Κατάρτιση στους Τομείς της Ασφάλειας και της Υγείας στον Χώρο Εργασίας, Έρευνα Αναγκών Κατάρτισης, ΕΛΙΝΥΑΕ, Αθήνα.

Gonzales-Posada, M.E., 1990: Health and Safety at Work in the European Economic Community and the Impact on Spain, The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations, Volume 6, Issue 3, pp. 159-167

Harden, A. Peersman, G. Oliver, S. Mauthner, M. and Oakley, A. 1999: A Systematic Review of the Effectiveness of Health Promotion Interventions in the Workplace, Occupational Medicine, Vol. 49, No 8, pp. 540-548.

ILO, 1984: Improving Working Conditions and Environment:

An International Programme (PIACT), International Labour Office, Geneva.

Ιωάννου, Χρ. 1989: Μισθωτή Απασχόληση και Συνδικαλισμός στην Ελλάδα, Ίδρυμα Μεσογειακών Μελετών, Αθήνα.

Ιωάννου, Χρ. 1996: Υγιεινή και Ασφάλεια της Εργασίας και Κοινωνικός Αποκλεισμός, στο «Οι Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα», Τόμος Β, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, σελ. 229-261.

Ιωάννου, Χρ. 1998: Συνθήκες Εργασίας (Υγιεινή και Ασφάλεια) σε Πετρινώτη Ξ. Κουκουλές Γ.Φ. (επιμέλεια) Επετηρίδα Εργασίας 1998, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Παντείου, σελ. 141-148.

Ioannou, Ch. 1999: Trade- Unions in Greece, Development, Structures and Prospects, Friedrich Ebert Foundation, Athens.

Ioannou, Ch. 2000a: Social Pacts in Hellenic Industrial Relations: Odysseys or Sisyphus?, in Fajertag, G. and Pochet, Ph. (eds),: Social Pacts in Europe, European Trade Union Institute and Observatoire Social Europeen, Brussels.

Ioannou, Ch. 2000b: Change and Continuity in Greek Industrial Relations: Role and Impact on Trade-Unions, in Hoffman, R. and Waddington, J. (editors), Trade-Unions in Europe- Facing the Challenges and Searching for Solutions, ETUI, Brussels.

Koch, K. and Salter, N. 1999: The Health and Safety System in the Federal Republic of Germany, Industrial Relations Journal, 30:1, 61-71.

Ματσαγγάνης, Μ. και Μητροτάκος, Θ. 1998: Κοινωνική

Ασφάλιση και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα, Εισήγηση στο Ε' Συνέδριο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής, ΙΜΟΠ, Μαΐος.

Montuschi, L. 1990: Health and Safety Provision in Italy: The Impact of the EEC Framework Directive, *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, Volume 6, Issue 3, pp. 146-158.

Neal, A.C. 1990: The European Framework Directive on the Health and Safety of Workers: Challenges for the United Kingdom? *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, Volume 6, Issue 2, pp. 80-117.

Noble, C. 1986: *Liberalism at Work: the Rise and Fall of OSHA*, Temple University Press, Philadelphia.

OECD, 1992: *Common Principles of Decision Making for Risk Regulation*, Paris.

Pakaslahti, J. 1998: EMU and Social Protection in the European Union, in Pochet Ph., and Vanhercke, B. (eds) 1998: *Social Challenges of Economic and Monetary Union*, European Interuniversity Press, Brussels.

Plant, R. 1994: *Labour Standards and Structural Adjustment*, International Labour Organization, Geneva.

Skarpelis, C. 1993: Planning and Organisational Aspects of State Research promotion in the field of occupational health and safety, in ISSA-International Section for Research (eds): *Research concepts in the field of occupational health and safety, proposals for the planning and implementation*, Institut National de Recherche et de Securite, ISSA Prevention Series No 2011 (E) Paris, pp. 13-68,

Σπυρόπουλος, Γ. 1992: Η Εφαρμογή στην Ελλάδα της Κοινοτικής Οδηγίας-Πλαισίου για την Βελτίωση της Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων (89/391/ΕΟΚ), Επιθεώρηση Εργατικού Δικαίου, Τόμος 51ος, σελ. 1009-1026.

Σπυρόπουλος, Γ (επιμ). 2000: Υγεία, Ασφάλεια και Συνθήκες Εργασίας στην Ελλάδα, Εξελίξεις και Προοπτικές, Α.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα.

Τέρπος, Α. 1999: Έρευνα των Συστημάτων Πληροφοριών στον Τομέα της Επαγγελματικής Υγείας και Ασφάλειας, ΕΛΙΝΥΑΕ, Αθήνα.

Τήνιος, Π. 2000: Οι Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας στην Ελλάδα, Εισήγηση σε Σεμινάριο για το Κοινωνικό Κράτος, mimeo.

Torp, S. Riise T. and Moen, B. E. 2000: Systematic Health, Environment and Safety Activities: Do they Influence Occupational Environment, Behaviour and Health? Occupational Medicine, Vol. 50, No 5, pp. 326-333.

Vogel, L. 1994: Prevention at the Workplace, European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety, Bruxelles.

Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2000α : Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Υγεία-Πρόνοια. Σχέδιο Ανάπτυξης 2000-2006.

Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, 2000β : Σχέδιο Μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη», Αθήνα, Ιούλιος.

Walters, D. and James, P. 1998: Robens Revisited, The Case for a Review of Occupational Health and Safety Legislation, Institute for Employment Rights, London.

ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ
«ΣΥΝΕΡΓΕΙΑ (ΥΠΟ)ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ:
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ»
ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΤΗΘΗΚΕ, ΣΕΛΙΔΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΚΑΙ ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΑΠΟ
ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΡΓΟΠΡΑΞΙΟΝ ΑΒΕΕ
ΓΙΑ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ
ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.
Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΟΣΗ
ΚΑΙ ΤΥΠΩΘΗΚΕ ΣΕ 10.000 ΑΝΤΙΤΥΠΑ

