



Rada
Unii Europejskiej

Bruksela, 10 grudnia 2019 r.
(OR. en)

14942/19

SOC 793
EMPL 604
SAN 506

WYNIK PRAC

Od:	Sekretariat Generalny Rady
Do:	Delegacje
Nr poprz. dok.:	14630/19
Dotyczy:	Nowe strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy: poprawa wdrażania bezpieczeństwa i higieny pracy w UE – Konkluzje Rady

Delegacje otrzymują w załączeniu konkluzje Rady na powyższy temat przyjęte przez Radę EPSCO na posiedzeniu w dniu 10 grudnia 2019 r.

Nowe strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy: poprawa wdrażania bezpieczeństwa i higieny pracy w UE

Konkluzje Rady

UZNAJĄC, ŻE

1. Pomimo różnic w warunkach pracy między państwami członkowskimi i w obrębie poszczególnych państw członkowskich oraz w poszczególnych sektorach gospodarki, pracownicy w Unii Europejskiej są w dużym stopniu odpowiednio chronieni, a za bezpieczeństwo i higienę pracy („BHP”) odpowiadają pracodawcy. BHP jest podstawą dobrostanu i ochrony pracowników oraz przyczynia się do wzrostu gospodarczego i konkurencyjności Unii.
2. BHP jest ważnym elementem gospodarki dobrobytu. Rada zwróciła się do państw członkowskich i Komisji, aby w politykach krajowych i unijnych uwzględniały perspektywę gospodarki dobrobytu¹.
3. Inwestycje w BHP przyczyniają się do zapobiegania chorobom związanym z pracą, wypadkom w miejscu pracy oraz szkodliwym napięciom fizycznym i psychospołecznym, a także mają wymierny pozytywny wpływ na gospodarkę dzięki temu, że przyczyniają się do osiągnięcia lepszych wyników w pracy i długotrwałej kariery zawodowej. BHP prowadzi do zmniejszenia problemów zdrowotnych związanych z pracą, dzięki czemu zmniejsza się wymiar nieobecności w pracy, rent zdrowotnych, prezenteizmu, utraty wiedzy specjalistycznej oraz obniżają się składki ubezpieczeniowe, a co za tym idzie, obniżają się koszty. Poprawa zarówno pod względem bezpieczeństwa i higieny pracy, jak i dobrostanu w pracy, zwiększają zadowolenie pracowników, ich lojalność w stosunku do pracodawcy oraz produktywność.

¹ Konkluzje Rady z października 2019 r. „Gospodarka dobrobytu”, Dz.U. C 400 z 26.11.2019, s. 9.

4. W UE istnieje obszerne prawodawstwo w dziedzinie BHP. Ramy BHP ustanowiono dzięki dyrektywie 89/391/EWG (dyrektywa ramowa²), aby wprowadzić środki, które zachęcałyby do wprowadzania ulepszeń w dziedzinie BHP poprzez ustanowienie ogólnych zasad dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników w UE. Dyrektywę ramową uzupełnia ponad 25 dyrektyw szczegółowych dotyczących konkretnych zagrożeń w miejscu pracy, konkretnych rodzajów działalności, sektorów o podwyższonym ryzyku oraz niektórych grup znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji.
5. Strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014–2020 przyniosły ważne wyniki, w szczególności nadając kierunek staraniom państw członkowskich na rzecz lepszych i skuteczniejszych krajowych polityk w zakresie BHP. Większość państw członkowskich przyjęła na podstawie tych ram krajowe plany działania. Ważne jest ustanowienie nowych strategicznych ram UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027.
6. Wraz z proklamacją Europejskiego filaru praw socjalnych (zwanego dalej „filarem”) Parlament Europejski, Rada i Komisja potwierdziły swoje zdecydowane zaangażowanie na rzecz praw podstawowych pracowników oraz poprawy warunków życia i pracy. Zasada 5 podkreśla potrzebę zapewnienia wysokiej jakości warunków pracy, z uwzględnieniem innowacyjnych form pracy. Zasada 10 filaru podkreśla prawo pracowników do „wysokiego poziomu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy” oraz do „środowiska pracy dostosowanego do ich potrzeb zawodowych i które pozwala im przedłużyć okres ich uczestnictwa w rynku pracy”. Zasada 17 zwraca uwagę na prawo osób niepełnosprawnych do „usług, które pozwolą im na uczestnictwo w rynku pracy i w życiu społecznym, a także do środowiska pracy dostosowanego do ich potrzeb”. W Programie strategicznym na lata 2019–2024 Rada Europejska wymieniła wśród działań priorytetowych realizację filaru na szczeblu UE i państw członkowskich.

² Dyrektywa w sprawie wprowadzania środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy.

7. Bardzo ważnym ulepszeniem w prawodawstwie w dziedzinie BHP w ostatnich latach było ustanowienie dopuszczalnych wartości narażenia zawodowego na działanie głównych czynników rakotwórczych i mutagennych. Wiążące dopuszczalne wartości narażenia są obecnie ustalone dla 25 substancji. Te dopuszczalne wartości narażenia powinny zmniejszyć ryzyko wystąpienia raka u milionów pracowników. Praca nad zidentyfikowaniem kolejnych czynników rakotwórczych i mutagennych w miejscu pracy oraz ustalenie dla nich wartości dopuszczalnych muszą zatem pozostawać jednym z najważniejszych priorytetów.
8. Udział partnerów społecznych ma zasadnicze znaczenie dla poprawy warunków pracy w UE. Dzięki temu proces tworzenia prawa i jego wdrażania może opierać się na realistycznej znajomości rzeczywistych potrzeb. Takie zaangażowanie gwarantuje również, że partnerom społecznym będzie zależało na rozwoju i postępie w dziedzinie BHP.

PRZYPOMINAJĄC, ŻE

9. Obecne i szybkie zmiany na rynku pracy, w tym cyfryzacja i rosnące wykorzystanie sztucznej inteligencji, mogą stwarzać dodatkowe możliwości i potencjał w zakresie poprawy warunków pracy. Wyzwaniem są: pojawianie się nowych zawodów i nowych metod pracy, rosnąca liczba nowych rodzajów miejsc i form pracy (w takich dziedzinach jak podwykonawstwo, praca cyfrowa, praca zlecana za pośrednictwem platform społecznościowych, praca na wezwanie oraz gospodarka dzielenia się i gospodarka platform) oraz duża liczba osób samozatrudnionych. Środki ochrony pracowników i przepisy dotyczące BHP, w tym zakres stosowania tego prawodawstwa, nie zawsze dotrzymują kroku tym zmianom. Ponadto, z wyraźnie dużym ryzykiem w zakresie BHP wiąże się praca nierejestrowana. Jednocześnie niektóre z obowiązujących dyrektyw UE, takie jak dyrektywa o miejscu pracy (89/654) i dyrektywa o pracy z urządzeniami wyposażonymi w monitory ekranowe (90/270), są przestarzałe.

10. Prawie 93% wszystkich przedsiębiorstw w UE stanowią mikroprzedsiębiorstwa i MŚP³. Często brakuje im wiedzy i zasobów, aby sprostać wymogom w zakresie BHP, przez co stają wobec wyzwań, jeśli chodzi o wdrażanie prawodawstwa w tej dziedzinie. Mikroprzedsiębiorstwa i MŚP są bardzo różnorodne. Prowadzą działalność w bardzo różnych dziedzinach, a warunki regionalne i lokalne mogą się znacznie różnić. W związku z tym nie ma jednego rozwiązania, które pasowałoby do wszystkich. Ponadto dostosowanie się do obowiązków w zakresie BHP jest przez przedsiębiorstwa postrzegane często jako zbędny koszt, a nie zyskowna inwestycja.
11. Często brakuje solidnych dowodów i porównywalnych danych dotyczących BHP. Ma to szczególnie miejsce, jeśli chodzi o statystyki na temat wypadków przy pracy i chorób zawodowych. EU-OSHA opracowuje obecnie barometr BHP, który powinien poprawić tę bazę danych. Ponadto Eurostat⁴ przeprowadził badanie metodologiczne w zakresie problemów związanych z niedostateczną sprawozdawczością. Obie te inicjatywy powinny poprawić bazę dowodową polityki w zakresie BHP.
12. Zagrożenia psychospołeczne i stres związany z pracą zawodową należą do najpoważniejszych i najpilniejszych wyzwań w zakresie BHP. Mniej więcej połowa wszystkich pracowników w UE uważa, że stres związany z pracą stanowi powszechne wyzwanie w ich miejscu pracy. Ponad jedna czwarta wszystkich pracowników informuje, że doświadcza stresu związanego z pracą zawodową przez cały czas pracy lub przez jego większość. Najczęściej wymienianymi przyczynami stresu związanego z pracą są: niepewność zatrudnienia, długie lub nieregularne godziny pracy, nadmierne obciążenie pracą oraz molestowanie i przemoc w miejscu pracy. W niemal 80% miejsc pracy w UE28 wskazuje się, że w danej organizacji obecny jest przynajmniej jeden czynnik ryzyka psychospołecznego. Jednak tylko w 76% miejsc pracy w UE28 wskazuje się, że systematycznie przeprowadza oceny ryzyka. W jedynie około dwóch trzecich spośród nich wskazuje się, że w ocenach tych uwzględnia ryzyko psychospołeczne, częściowo ze względu na brak informacji lub odpowiednich narzędzi umożliwiających skuteczne uporanie się z tymi rodzajami ryzyka⁵.

³ Eurostat, SBS, kod danych online sbs_sca_r2, rok referencyjny 2019.

⁴ Eurostat, EStat/F5/ESAW/201904.

⁵ Drugie europejskie badanie przedsiębiorstw na temat nowych i pojawiających się zagrożeń (ESENER-2), EU-OSHA (2016).

13. Kobiety często pracują w różnych sektorach, w których warunki pracy i ryzyko w zakresie BHP są inne od tych, których doświadczają mężczyźni. Fakt ten, oraz to, że często mają one inne zadania niż mężczyźni, nawet jeśli pracują w tym samym sektorze lub zawodzie, powodują, że czynniki ryzyka fizycznego i psychospołecznego są inne dla mężczyzn i inne dla kobiet. Ponadto wiele kobiet doświadcza molestowania w miejscu pracy. Pomiędzy 45% a 55% kobiet w UE28 doświadczyło molestowania seksualnego po 15 roku życia, a 32% z nich twierdzi, że sprawcą była osoba w miejscu pracy⁶.
14. Wśród najczęściej występujących fizycznych czynników ryzyka zawodowego w UE nadal plasują się powtarzalne ruchy, męczące i przyprawiające o ból pozycje ciała, a także przenoszenie lub przemieszczanie ciężkich ładunków⁷. Zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego są najczęściej występującym rodzajem problemów zdrowotnych związanych z pracą⁸. W UE, spośród pracowników, którzy zgłaszają problem zdrowotny związany z pracą, 60% wskazuje zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego jako swój największy problem. Dyrektywy UE mające na celu zapobieganie zaburzeniom układu mięśniowo-szkieletowego związanym z pracą są przestarzałe.
15. Główną przyczynę zgonów związanych z pracą w UE nadal stanowi rak. Roczne koszty w całej UE związane z wydatkami na opiekę zdrowotną oraz spadkiem wydajności szacuje się na 4–7 mld EUR. Oprócz czynników rakotwórczych pracownicy mogą być w miejscu pracy narażeni na wiele innych niebezpiecznych substancji. Nowe potencjalne wyzwania w zakresie zarządzania substancjami niebezpiecznymi, takimi jak substancje reprotoksyczne i nanomateriały, również stają się problemem w miejscach pracy. Prawodawstwo UE w zakresie BHP oraz prawodawstwo dotyczące substancji chemicznych czasami się pokrywają lub nakładają wręcz sprzeczne wymagania, które powodują dezorientację, obciążenia administracyjne i niepewność prawa. Ponadto, nadzór nad zdrowiem pracowników narażonych na działanie substancji niebezpiecznych nie zawsze jest regularny i systematyczny, w szczególności, gdy pracownicy ci nie są już narażeni na kontakt z tymi substancjami np. jeśli zmienili pracę lub przeszli na emeryturę.

⁶ Sprawozdanie na temat równości kobiet i mężczyzn w UE (2018). DG ds. Sprawiedliwości i Konsumentów. Komisja Europejska, 2018 r.

⁷ Europejskie badanie warunków pracy (EWCS). Eurofound 2015.

⁸ Badanie aktywności ekonomicznej ludności w Unii Europejskiej (EU-LFS) 2013.

16. Wraz z mającymi miejsce zmianami demograficznymi zachodzi potrzeba zachęcania do dłuższego życia zawodowego, aby wykorzystać całą dostępną siłę roboczą, obejmującą coraz większą liczbę pracowników w wieku powyżej 65 lat. W związku z tym szybko wzrasta liczba i proporcjonalny udział starszych pracowników. Starszy pracownik może nie być w stanie kontynuować pracy wymagającej siły fizycznej, ale być może chętnie będzie wykonywał inną, mniej wymagającą fizycznie pracę. Obecne praktyki i metody pracy powodują, że dla starszych pracowników lub osób z częściową niepełnosprawnością lub z chorobą przewlekłą dalsza praca lub powrót do pracy nie są możliwe, nie są atrakcyjne, ciekawe ani motywujące.
17. Inspektorzy pracy mają szeroki zakres funkcji, aby promować zapewnianie zgodności z prawem krajowym i pomagać w jej osiągnięciu, w takich obszarach jak BHP, warunki pracy oraz inne aspekty zatrudnienia, a ich zasoby mogą być czasem ograniczone. Nowe rodzaje ryzyka i nowe formy pracy stanowią dodatkowe wyzwania dla skutecznej inspekcji pracy; pojawiają się przy tym nowe podejścia, które uzupełniają tradycyjne środki i metody egzekwowania.

RADA UNII EUROPEJSKIEJ ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH I KOMISJI EUROPEJSKIEJ, by – w ścisłej współpracy z partnerami społecznymi, z poszanowaniem autonomii i roli partnerów społecznych, kompetencji krajowych i różnych modeli rynku pracy państw członkowskich –

W celu podjęcia wyzwania stawianego im przez zmieniający się świat pracy:

18. DĄŻYŁY do poprawy ochrony wszystkich pracowników – w szczególności pracujących w nietypowych formach zatrudnienia oraz pracowników w szczególnie trudnej sytuacji – mając na celu objęcie ich odpowiednią i adekwatną ochroną za pomocą środków BHP.
19. Skutecznie i proaktywnie PODEJMOWAŁY nowe rodzaje ryzyka w zakresie BHP wynikające ze zmieniających się praktyk i technologii w miejscu pracy, w stosownych przypadkach również za pomocą projektów i programów finansowanych przez UE.
20. powszechniej KORZYSTAŁY z dowodów i danych, aby poprawić strategie BHP, plany działania, prawodawstwo i wytyczne w tej dziedzinie.

W celu pomocy MŚP i mikroprzedsiębiorstwom, przy jednoczesnym zmniejszeniu zbędnych obciążeń administracyjnych, odpowiednio chronić swoich pracowników oraz by środki w zakresie BHP przekładały się na wzrost wydajności i produktywności:

21. USTANOWIŁY plan działania UE oraz krajowe plany działania, by skutecznie podejmować kwestie realizacji wyzwań wynikających z wymogów BHP. Te plany działania mogą być częścią ram strategicznych UE w zakresie BHP oraz krajowych strategii w zakresie BHP.
22. OPRACOWAŁY, na podstawie rzeczywistych potrzeb, skrojone na miarę narzędzia, a zwłaszcza narzędzia internetowe, takie jak OIRA, aby pomóc mikroprzedsiębiorstwom i MŚP we włączaniu kwestii BHP do ich strategii, oceny ryzyka i zarządzania ryzykiem, a także pomóc im we wdrażaniu środków w zakresie BHP w codziennej pracy.
23. WYKORZYSTYWAŁY – w stosownych przypadkach – środki finansowe UE do propagowania skutecznego wdrażania BHP, poprzez wspieranie np. budowania świadomości, kształcenia i szkolenia.
24. OPRACOWAŁY metody i DZIELILI SIĘ wiedzą, w tym specjalistyczną, na temat sposobów zapewnienia w łańcuchach dostaw przestrzegania wysokich norm BHP przez podwykonawców i w ramach konsorcjów.

W celu wyeliminowania zagrożeń oraz w celu zapobiegania chorobom, w tym nowotworom związanym ze stosowaniem substancji niebezpiecznych w miejscach pracy:

25. WDROŻYŁY i skutecznie MONITOROWAŁY wszystkie istniejące obowiązujące i zalecane w UE wartości dopuszczalne.
26. GROMADZIŁY i ZESTAWIAŁY dane, informacje i statystyki dotyczące zagrożeń i ryzyka, a także środków zapobiegawczych i zarządzania substancjami niebezpiecznymi.

W celu podjęcia wyzwań związanych z ryzykiem psychospołecznym oraz z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi, w tym zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego:

27. POPRAWIŁY metody statystyczne, z uwzględnieniem – w stosownych przypadkach – wskaźników porównywalnych w całej UE, które to metody służą mierzeniu i monitorowaniu skuteczności działania środków BHP pod względem wypadków przy pracy i chorób zawodowych oraz czynników ryzyka psychospołecznego powiązanych ze środowiskiem pracy.
28. WZMOCNIŁY współpracę między ekspertami w dziedzinie BHP, zatrudnienia i zdrowia oraz właściwymi organami w celu ogólnego uwzględnienia możliwości, wyzwań i potrzeb związanych z poradnictwem, leczeniem, rehabilitacją i powrotem pracowników do pracy.

W celu uwzględnienia aspektu płci w kontekście BHP oraz walki z molestowaniem, w tym molestowaniem seksualnym i nękaniami w miejscu pracy:

29. Aktywnie PROPAGOWAŁY pełne poszanowanie zasad równości płci i niedyskryminacji oraz podejmowały konieczne środki służące wyeliminowaniu przemocy i molestowania w świecie pracy, zgodnie z krajowymi przepisami i praktyką.
30. ZACHĘCAŁY pracodawców, by uwzględniali aspekt płci w zarządzaniu BHP ze szczególnym naciskiem na organizację pracy.

ZWRACA SIĘ DO KOMISJI EUROPEJSKIEJ, BY:

31. PRZYJĘŁA nowe **strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2021–2027, zwracając szczególną uwagę na wyzwania wskazane w niniejszych konkluzjach.**

W celu podjęcia wyzwania stawianego im przez zmieniający się świat pracy:

32. KONTYNUOWAŁA ulepszanie minimalnych wymogów BHP i zaktualizowała prawodawstwo w zakresie BHP, takie jak dyrektywa o miejscu pracy (89/654) i dyrektywa o pracy z urządzeniami wyposażonymi w monitory ekranowe (90/270).
33. PODJĘŁA – we współpracy z właściwymi organami krajowymi, właściwymi agencjami unijnymi oraz Komitetem Doradczym ds. Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Miejscu Pracy (ACSH) – wyzwania w zakresie BHP, jakie stwarzają nowe formy pracy oraz ich skutki.

W celu podjęcia wyzwań związanych z ryzykiem psychospołecznym oraz z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi, w tym zaburzeniami układu mięśniowo-szkieletowego:

34. WYDAŁA komunikat w sprawie psychospołecznych czynników ryzyka, oceny ryzyka, zarządzania ryzykiem oraz w sprawie zasobów psychospołecznych w miejscu pracy, ze zwróceniem szczególnej uwagi na wyzwania wynikające ze zmian zachodzących w świecie pracy.
35. ZAPROPONOWAŁA unijną strategię na rzecz zdrowia psychicznego, biorąc pod uwagę międzysektorowe skutki różnych polityk, w tym w zakresie BHP, dotyczących zdrowia psychicznego.
36. PRZEDSTAWIŁA materiały zawierające wskazówki dotyczące ergonomii w odniesieniu do zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego, z uwzględnieniem w szczególności podnoszenia świadomości, praktycznych narzędzi, kształcenia i szkolenia, innych niż materiały dotyczące ręcznej obsługi lub pracy z urządzeniami wyposażonymi w monitory ekranowe.
37. UWZGLĘDNIŁA w nowych strategicznych ramach UE dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy podejście oparte na zasadzie „Wizji zero” w odniesieniu do wypadków śmiertelnych w miejscu pracy i śmiertelnych chorób zawodowych, przy czym skupić należy się przede wszystkim na promowaniu kultury zapobiegania oraz na poprawie kultury bezpieczeństwa w miejscu pracy i wymianie najlepszych praktyk.

W celu wyeliminowania zagrożeń oraz w celu zapobiegania chorobom, w tym nowotworów związanych ze stosowaniem substancji niebezpiecznych w miejscach pracy:

38. ZAPROPONOWAŁA – zgodnie z zasadą ostrożności oraz na podstawie aktualnych dowodów naukowych – dalsze wiążące wartości dopuszczalne dla priorytetowych substancji rakotwórczych i innych substancji niebezpiecznych oraz by zaktualizowała obowiązujące wartości, jeżeli będzie to konieczne dla ochrony pracowników.
39. OPRACOWAŁA wskazówki dotyczące pomiaru obowiązujących dopuszczalnych wartości wprowadzonych na poziomie europejskim, w tym, w stosownych przypadkach, dopuszczalne wartości biologiczne.
40. WYJAŚNIŁA powiązania między prawodawstwem w zakresie BHP a REACH oraz POPRAWIŁA koordynację poprzez opracowanie przejrzystych procedur i kryteriów, które mają być stosowane przy wyborze najodpowiedniejszych opcji regulacyjnych dla danej substancji.

ZWRACA SIĘ DO PAŃSTW CZŁONKOWSKICH, BY:

W celu podjęcia wyzwania stawianego im przez zmieniający się świat pracy:

41. PRZYJĘŁY i stale UDOSKONALAŁY krajowe strategie i polityki w zakresie BHP.
42. ZAPEWNIŁY krajowym inspektoratom pracy odpowiednie zasoby oraz szkolenie i informowanie inspektorów o aktualnych metodach inspekcji oraz podnoszenia świadomości, zwłaszcza w odniesieniu do nowych technologii i nowych form pracy.

W celu pomocy MŚP i mikroprzedsiębiorstwom, przy jednoczesnym zmniejszeniu zbędnych obciążeń administracyjnych, odpowiednio chronić swoich pracowników oraz by środki w zakresie BHP przekładały się na wzrost wydajności i produktywności:

43. UŁATWIAŁY, zgodnie z prawem krajowym, dostęp mikroprzedsiębiorstw i MŚP do narzędzi doradztwa i finansowania w kontekście poprawy zarządzania ich działaniami w zakresie BHP.

44. PROMOWAŁY płynące z solidnego stosowania BHP korzyści dla konkurencyjności, w szczególności dla zwiększania zaufania klientów i inwestorów, poprawy reputacji przedsiębiorstw pozwalającej im osiągać większe sukcesy pod względem sprzedaży i rekrutacji oraz w celu zmniejszenia kosztów wynikających z niepełnosprawności i nieobecności.
45. ROZWIJAŁY umiejętności i wiedzę pracodawców w zakresie obowiązków i najlepszych praktyk w dziedzinie zarządzania działaniami BHP.
46. WSPIERAŁY zewnętrznych dostawców usług w dziedzinie BHP – zgodnie z prawodawstwem krajowym – w rozwoju i ulepszaniu ich usług, tak by umożliwić im dostarczanie konkretnych, skrojonych na miarę rozwiązań dla MŚP.

W celu podjęcia wyzwań w kontekście ryzyka psychospołecznego i zdrowia psychicznego, a także w celu profilaktyki wypadków i chorób zawodowych, w szczególności zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego:

47. WZMACNIAŁY promocję zdrowia i profilaktykę chorób zawodowych, zwłaszcza w odniesieniu do ryzyka psychospołecznego i ergonomicznego, jako części obowiązkowej oceny ryzyka przeprowadzanej w miejscu pracy.
48. POPRAWIAŁY współpracę między pracodawcami a specjalistami w dziedzinie opieki zdrowotnej, mając na celu zmniejszenie występowania chorób zawodowych i wypadków przy pracy i ze zwróceniem szczególnej uwagi na zaburzenia psychiczne i układu mięśniowo-szkieletowego.
49. PROMOWAŁY podejście „Wizja Zero”, realizując ambitny cel zapobiegania wszelkim urazom w miejscu pracy.
50. BUDOWAŁY świadomość zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego w miejscu pracy oraz OGRANICZAŁY powiązane z nimi ryzyko przez całe życie, w szczególności poprzez współpracę między ekspertami i strukturami w dziedzinie zatrudnienia, zdrowia i edukacji.

W celu wyeliminowania zagrożeń oraz w celu profilaktyki chorób, w tym nowotworów związanych ze stosowaniem substancji niebezpiecznych w miejscach pracy:

51. POPRAWIAŁY, zgodnie z prawem lub praktyką krajową, zasięg nadzoru nad zdrowiem pracowników przez całe ich życie, oraz – w szczególności w przypadku pracowników, którzy byli narażeni na działanie konkretnych substancji niebezpiecznych, z uwzględnieniem okresu po zakończeniu narażenia, tak długo, jak pracownik służby zdrowia lub organ odpowiedzialny za nadzór nad zdrowiem pracowników uznają za konieczne dla ochrony zdrowia danych pracowników.
52. PODKREŚLAŁY znaczenie oceny ryzyka oraz hierarchię środków zapobiegawczych w profilaktyce wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

W celu dostosowania miejsc i warunków pracy do starzejącej się siły roboczej, a także w celu zachęcenia do pracy osób uprzednio nieaktywnych oraz osób z niepełnosprawnościami:

53. UTRZYMYWAŁY i WZMACNIAŁY zdolność do pracy dzięki krajowym strategiom i środkom w zakresie BHP, aby osiągnąć życie zawodowe integrujące pracowników w każdym wieku, by sprostać wyzwaniom w zakresie BHP związanym ze zmianami demograficznymi, a także by WSPIERAŁY środki pozwalające osobom o słabszym zdrowiu lub z niepełnosprawnościami na udział i wnoszenie swojego wkładu.
54. ZACHĘCAŁY pracodawców, zachowując przy tym wysoki i odpowiedni poziom ochrony oraz przestrzeganie prawa pracy, a także zgodnie z prawem i praktyką krajową, by pozwalali na elastyczne i zrównoważone praktyki i możliwości pracy z domu, tak by pomóc pracownikom dłużej pozostać na rynku pracy.
55. WZMACNIAŁY bazę wiedzy pracodawców o tym, jak wzmacnianiu zdolności do pracy i powrotu do pracy po zwolnieniu chorobowym, oraz WZMACNIAŁY międzysektorową współpracę między poszczególnymi obszarami polityki, tak by ograniczyć dyskryminację i tworzyć równe możliwości pracy dla osób z częściową lub ograniczoną zdolnością do pracy, w tym dla osób z problemami w zakresie zdrowia psychicznego.

ZWRACA SIĘ DO PARTNERÓW SPOŁECZNYCH, z poszanowaniem ich autonomii, kompetencji i tradycji krajowych, by:

56. KONTYNUOWALI odgrywanie aktywnej roli we wdrażaniu i ulepszaniu BHP, w ścisłej współpracy z właściwymi organami i innymi odpowiednimi zainteresowanymi stronami.
57. KONTYNUOWALI udział w wysiłkach na rzecz zapewnienia bezpiecznych i godnych warunków pracy.
58. WSPÓŁPRACOWALI aktywnie na szczeblu przedsiębiorstw, lokalnym, regionalnym, krajowym, UE i globalnym na poszczególnych i odpowiednich forach zajmujących się BHP.
59. ANGAŻOWALI SIĘ aktywnie w rozwój i wdrażanie krajowych strategii i polityk w zakresie BHP oraz popierali i wspierali propagowanie kultury zapobiegania i uczestniczyli w gromadzeniu danych statystycznych.
60. ZAPEWNIALI wsparcie oraz – w stosownych przypadkach – szkolenia pracodawcom i pracownikom, w tym przedstawicielom pracowników ds. BHP, po to by promować wiedzę, umiejętności i środki konieczne do określania, oceny i kontrolowania zagrożeń w zakresie BHP.

Dokumenty źródłowe

Dyrektywa Rady 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy (ramowa dyrektywa w sprawie BHP)

Strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014–2020: dostosowywanie się do nowych wyzwań

W trosce o poprawę bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy – opinia na temat przyszłych priorytetów polityki UE w zakresie BHP. Grupa Robocza Komitetu Doradczego ds. Bezpieczeństwa i Ochrony Zdrowia w Miejscu Pracy, dokument strategiczny 1048/19.

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego oraz Komitetu Regionów: pt. „Bezpieczniejsze i zdrowsze warunki pracy dla wszystkich – nowelizacja przepisów i polityki UE w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy” (COM(2017) 12 final)

Konkluzje Rady z marca 2015 r. pt. „Strategiczne ramy UE dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2014–2020: dostosowywanie się do nowych wyzwań”

Konkluzje Rady z września 2005 r. pt. „Nowy plan działań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy sprzyjający lepszym warunkom pracy”

Konkluzje Rady z maja 2019 r. pt. „Zmieniający się świat pracy: refleksje o nowych formach pracy oraz ich skutkach dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników”

Konkluzje Rady z października 2019 r. „Gospodarka dobrobytu”, Dz.U. C 400 z 26.11.2019, s. 9.