

Opinia Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wniosku dotyczącego rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy

COM(2007) 46 wersja ostateczna — 2007/0020 (COD)

(2008/C 44/22)

Dnia 19 marca 2007 r., Rada, działając na podstawie art. 262 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską, postanowiła zasięgnąć opinii Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego w sprawie wspomnianej powyżej.

Sekcja Zatrudnienia, Spraw Społecznych i Obywatelstwa, której powierzono przygotowanie prac Komitetu w tej sprawie, przyjęła swoją opinię 2 października 2007 r. Sprawozdawcą był Daniel RETUREAU.

Na 439. sesji plenarnej w dniach 24-25 października 2007 r. (posiedzenie z 25 października 2007 r.) Europejski Komitet Ekonomiczno-Społeczny stosunkiem głosów 77 do 4 — 2 osoby wstrzymały się od głosu — przyjął następującą opinię.

1. Streszczenie opinii

1.1 Komitet wyraża aprobatę dla proponowanego rozporządzenia i jego podstawy prawnej. Wniosek jest zgodny z zasadą pomocniczości i proporcjonalności oraz umożliwia gromadzenie danych statystycznych pomocnych w realizacji strategii Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Ze względu na tę strategię konieczne stało się stworzenie przejrzystych ram prawnych.

1.2 We wniosku podkreśla się znaczenie, szczególnie w świetle mobilności pracowników, wspólnej definicji i wspólnych systemów uznawania:

- wypadków przy pracy i wypadków w drodze do lub z pracy,
- chorób zawodowych wywołanych warunkami pracy lub produktami,
- częściowej lub stałej niezdolności do pracy lub inwalidztwa spowodowanych wypadkami i chorobami związanymi z pracą, a także utraconych dni pracy.

1.3 Komitet uważa, że przy sporządzaniu spisu osób według kategorii szkody celowe jest uwzględnienie płci i wieku osoby poszkodowanej, jak również, na ile to możliwe, charakteru zawartego umownego stosunku pracy. Należy zwrócić szczególną uwagę na poufność gromadzonych danych osobowych.

1.4 Komitet uważa, że należy rozwijać współpracę z Międzynarodową Organizacją Pracy (MOP) i Światową Organizacją Zdrowia (WHO). Zdaniem Komitetu proponowane rozporządzenie stanowi najbardziej użyteczne narzędzie ujednoczenia charakteru i definicji danych przeznaczonych do rejestracji oraz metod ich zbierania i analizy.

2. Wniosek Komisji

2.1 Omawiane rozporządzenie koncentruje się wyłącznie na działaniach statystycznych prowadzonych zgodnie z art. 258 Traktatu ustanawiającego Wspólnotę Europejską. Jego celem nie

jest realizacja polityki dotyczącej zdrowia publicznego ani polityki bezpieczeństwa i higieny pracy, które opierają się odpowiednio na art. 152 i 137 Traktatu.

2.2 Tworzenie statystyk Wspólnoty regulują przepisy określone w rozporządzeniu Rady (WE) nr 322/97 z dnia 17 lutego 1997 r., zmienionym rozporządzeniem (WE) nr 1882/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady ⁽¹⁾.

2.3 Dyrektywa 95/46/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 24 października 1995 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w zakresie przetwarzania danych osobowych i swobodnego przepływu tych danych ⁽²⁾ oraz rozporządzenie (WE) nr 45/2001 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 grudnia 2000 r. ⁽³⁾, nakładające obowiązki stosowania tego na instytucje i organy wspólnotowe, zezwalają na przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia do celów ważnego interesu publicznego z zastrzeżeniem zachowania odpowiednich środków bezpieczeństwa.

2.4 Wspólnotowe i krajowe działania oraz strategie polityczne w dziedzinach zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy są ważne z punktu widzenia interesu publicznego, a przepisy rozporządzenia Rady (WE) nr 322/97 i (Euratom, EWG) nr 1588/90 z dnia 11 czerwca 1990 r. w sprawie przekazywania do Urzędu Statystycznego Wspólnot Europejskich (Eurostatu) danych będących przedmiotem poufności informacji statystycznych ⁽⁴⁾ stanowią odpowiednie środki bezpieczeństwa dla ochrony osób fizycznych w przypadku tworzenia statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy.

⁽¹⁾ Dz.U. L 52 z 22.2.1997, s. 61, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1997:052:0001:001:PL:HTML>; rozporządzenie zmienione rozporządzeniem (WE) nr 1882/2003 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 284 z 31.10.2003, s. 1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:284:0001:0053:FR:PDF>).

⁽²⁾ Dz.U. L 281 z 23.11.1995, s. 31, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:PL:HTML>; dyrektywa zmieniona rozporządzeniem (WE) nr 1882/2003 (Dz.U. L 284 z 31.10.2003, s. 1).

⁽³⁾ Dz.U. L 8 z 12.1.2001, s. 1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:008:0001:0022:FR:PDF>.

⁽⁴⁾ Dz.U. L 151 z 15.6.1990, s. 1, rozporządzenie ostatnio zmienione rozporządzeniem (WE) nr 322/97; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31990R1588:PL:HTML>.

2.5 W zasadzie decyzja nr 1786/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 23 września 2002 r. przyjmująca program działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego 2003-2008 ⁽⁵⁾, rezolucja Rady nr 2002/C 161/01 z dnia 3 czerwca 2002 r. w sprawie nowej wspólnotowej strategii dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy 2002-2006 ⁽⁶⁾ oraz komunikat Komisji z dnia 20 kwietnia 2004 r. Modernizacja ochrony socjalnej w celu utworzenia wysokiej jakości, dostępnej i systematycznej opieki zdrowotnej i długoterminowej; wsparcie dla strategii krajowych przy użyciu „otwartej metody koordynacji” ⁽⁷⁾ wymagają wysokiej jakości systemu informacji statystycznej potrzebnego do oceny rezultatów osiągniętych w ramach danej polityki oraz opracowywania i monitorowania dalszych działań w obu obszarach. Podejście to będzie nadal realizowane i jeszcze bardziej rozwijane w ramach kolejnych programów i strategii.

2.6 W wydanym komunikacie, niemającym charakteru legislacyjnego [SEK(2007) 214, 215, 216 ⁽⁸⁾], zatytułowanym „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007-2012”, Komisja podkreśla, że BHP powinno znaleźć się w głównym nurcie programu politycznego Wspólnoty. Odgrywa ono szczególnie ważną rolę w zwiększaniu konkurencyjności i wydajności przedsiębiorstw oraz w przyczynianiu się do zapewnienia trwałości systemów opieki społecznej, ponieważ umożliwia obniżenie kosztów związanych z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi. Chodzi o to, by odpowiednie warunki pracy stały się rzeczywistością każdego obywatela, jest to bowiem jeden z konkretnych kroków na drodze do realizacji agendy obywatelskiej przyjętej w dniu 10 maja 2006 r.

2.7 Dotychczas gromadzenie danych statystycznych odbywało się na zasadzie umów dobrowolnych z państwami członkowskimi w ramach pięcioletnich wspólnotowych programów statystycznych (obecnie decyzja 2367/2002/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 16 grudnia 2002 r. w sprawie wspólnotowego programu statystycznego na lata 2003-2007) ⁽⁹⁾ oraz ich rocznych elementów składowych.

2.8 Zwłaszcza w dziedzinie statystyk dotyczących zdrowia publicznego kierowanie osiągnięciami i realizacjami w trzech aspektach (przyczyny zgonów, badania ankietowe dotyczące zdrowia i opieki zdrowotnej, niepełnosprawność i zachorowalność) oraz ich organizacja odbywają się na podstawie partnerstwa pomiędzy Eurostatem i wiodącymi państwami (obecnie Zjednoczonym Królestwem jako koordynatorem ogólnym oraz liderami w poszczególnych dziedzinach z Estonii, Luksemburga i Danii) a państwami członkowskimi. W ramach tego programu wykonano już wiele prac związanych z metodologią, obejmujących przygotowanie wytycznych, a także rozpoczęto gromadzenie danych.

⁽⁵⁾ Dz.U. L 271 z 9.10.2002, s. 1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:FR:PDF>.

⁽⁶⁾ Dz.U. C 161 z 5.7.2002, s. 1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:161:0001:0004:FR:PDF>.

⁽⁷⁾ COM(2004) 304 końcowy z 20.4.2004.

⁽⁸⁾ SEK(2007) 214 z 21.2.2007.

⁽⁹⁾ Dz.U. L 358 z 31.12.2002, s. 1, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:358:0001:0027:FR:PDF>; decyzja zmieniona decyzją (WE) nr 787/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz.U. L 138 z 30.4.2004, s. 12, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2004:138:0012:0016:FR:PDF>).

2.9 Obecną sytuację cechuje jednak szereg ograniczeń. Po pierwsze, pomimo pewnej poprawy jakości i porównywalności już zgromadzonych danych, państwom członkowskim należy zapewnić w tym celu silniejsze podstawy.

2.10 Ramy prawne umożliwiłyby konsolidację postępu w osiąganiu lepszych standardów jakości i porównywalności dla wszystkich systematycznie gromadzonych zbiorów danych. Zapewniłyby one większą trwałość i stabilność wymogów europejskich w perspektywie średnioterminowej oraz określiłyby wyraźne cele dotyczące standardów, jakie należy osiągnąć w zakresie porównywalności na szczeblu UE.

2.11 Ponadto zdecydowana większość nowych państw członkowskich oświadczyła, że nie będą one w stanie spełnić unijnych wymogów dotyczących statystyk w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, nie mając do dyspozycji europejskich ram prawnych.

2.12 Wreszcie wszystkie państwa członkowskie potrzebują dokładniejszych informacji na temat terminów i głównych etapów wdrażania nowych, obecnie tworzonych narzędzi statystycznych oraz działań przygotowywanych w celu poprawy jakości. Proponowane rozporządzenie będzie stanowiło właściwe ramy do sporządzenia szczegółowych „map drogowych” w różnych obszarach i aspektach statystyk dotyczących zdrowia oraz bezpieczeństwa i higieny pracy.

2.13 Dlatego też Komisja (Eurostat) uważa, że należy stworzyć solidne podstawy poprzez zapewnienie podstawowego aktu prawnego dotyczącego statystyk z zakresu zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy. Obszary objęte wnioskiem dotyczącym rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady odnoszą się do bieżących osiągnięć i działalności prowadzonej wspólnie z państwami członkowskimi w odpowiednich grupach Eurostatu lub — w dziedzinie zdrowia publicznego — do partnerstwa w zakresie statystyk zdrowia publicznego. Głównym celem jest ujednolicenie systemów zbierania danych, które albo już funkcjonują, albo są na etapie opracowywania metodologii, albo są przygotowywane do wdrożenia.

2.14 We wspólnotowym programie działań w dziedzinie zdrowia publicznego na lata 2003-2008 ⁽¹⁰⁾ stwierdzono, że element statystyczny systemu informacyjnego dotyczącego zdrowia publicznego zostanie opracowany we współpracy z państwami członkowskimi za pomocą — w zależności od potrzeb — wspólnotowego programu statystycznego w celu promowania synergii i unikania dublowania.

2.15 W zmienionym wniosku dotyczącym decyzji Parlamentu Europejskiego i Rady ustanawiającej drugi program działań Wspólnoty w dziedzinie zdrowia na lata 2007-2013 ⁽¹¹⁾ stwierdzono, że trwające obecnie prace nad stworzeniem systemu monitorowania zdrowia na szczeblu UE należy rozszerzyć z wykorzystaniem — o ile to konieczne — wspólnotowego

⁽¹⁰⁾ Patrz przypis 5.

⁽¹¹⁾ COM(2006) 234 wersja ostateczna z 24.5.2006.

programu statystycznego. Z kolei w ramach wspólnotowej strategii dotyczącej bezpieczeństwa i higieny pracy 2002-2006 ⁽¹²⁾ wezwano Komisję i państwa członkowskie do przyspieszenia prac w zakresie harmonizacji danych statystycznych dotyczących wypadków przy pracy i chorób zawodowych, w celu otrzymania porównywalnych danych, na których podstawie będzie można dokonać obiektywnej oceny wpływu i skuteczności środków podjętych w ramach wspólnotowej strategii.

3. Uwagi Komitetu

3.1 Komitet wyraża aprobatę dla proponowanego rozporządzenia i jego podstawy prawnej. Wniosek jest zgodny z zasadą pomocniczości i proporcjonalności oraz umożliwia gromadzenie danych statystycznych pomocnych w realizacji strategii Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy, dla której to strategii konieczne stało się stworzenie przejrzystych ram prawnych.

3.2 We wniosku podkreśla się znaczenie, w szczególności w świetle mobilności pracowników, wspólnej definicji i wspólnych systemów uznawania:

- wypadków przy pracy (które zdarzyły się w miejscu pracy) i wypadków w drodze do lub z pracy (które zdarzyły się w drodze z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania zatrudnienia lub odwrotnie, oraz w czasie długich przerw spędzanych poza miejscem pracy, przykładowo przerw obiadowych), jak również w przypadkach, gdy praca wymaga przemieszczania się (usługi),
- chorób zawodowych wywołanych warunkami pracy lub stosowanymi produktami (pył, produkty chemiczne,

wibracje, szkodliwy hałas, schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz tkanek okołostawowych związane z dźwiganiem ciężkich przedmiotów lub powtarzających się czynności itp),

- częściowej lub stałej niezdolności do pracy lub inwalidztwa spowodowanej wypadkami i chorobami związanymi z pracą, a także utraconych dni pracy.

3.3 Komitet uważa, że przy sporządzaniu spisu osób według kategorii szkody celowe jest uwzględnienie płci i wieku osoby poszkodowanej, jak również sektora gospodarki, w którym dana osoba była zatrudniona, oraz — na ile to możliwe — charakteru stosunku pracy (umowa o pracę na czas nieokreślony, niestandardowa forma pracy, praca tymczasowa, praca na własny rachunek). Należy zwrócić szczególną uwagę na poufność gromadzonych danych osobowych zgodnie z obowiązującym prawodawstwem.

3.4 Komitet jest zdania, że należy rozwijać współpracę z MOP oraz WHO, ponieważ może ona przynieść owocną wymianę, zarówno pod względem teoretycznym (badania na temat źródeł chorób i wypadków, ergonomii i rehabilitacji), jak i metodologicznym (gromadzenie danych i metody statystyczne).

3.5 Zdaniem Komitetu proponowane rozporządzenie stanowi najbardziej użyteczne narzędzie stopniowego ujednolicenia charakteru i definicji danych przeznaczonych do rejestracji oraz metod ich zbierania i analizy w celu stałego podnoszenia ich jakości oraz zapewnienia większej zgodności i porównywalności.

Bruksela, 25 października 2007 r.

Przewodniczący
Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego
Dimitris DIMITRIADIS

⁽¹²⁾ Patrz przypis 6.