Podatki o ključnih dejavnikih uspešnih in učinkovitih sistemov VZD v 6 državah Evropske unije

Češka, Danska, Finska, Francija, Nizozemska, Portugalska

Poročilo

Ljubljana, julij 2026

Podatki o ključnih dejavnikih uspešnih in učinkovitih sistemov VZD v 6 državah Evropske unije. Češka, Danska, Finska, Francija, Nizozemska, Portugalska

Avtorji dokumenta | Doc. dr. Andrea Margan, prof. dr. Metoda Dodič Fikfak, Martin Kurent, doc. dr. Marija Molan, dr. Tanja Urdih Lazar, mag. Jasmina Jerant.

Izdajatelj | UKC Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa

Kraj in leto izdaje | Ljubljana, 2026

1. elektronska izdaja

URL | www.nijz.si/projekti/celosten-pristop-k-varnosti-in-zdravju-pri-delu/

Datotečni format: PDF

Datum javne objave: 28. avgust 2026

Besedilo ni lektorirano.

Pri pripravi tega poročila je bila uporabljena umetna inteligenca kot podporno orodje pri oblikovanju besedila, jezikovni redakciji in metodološki podpori. Vse strokovne presoje, ugotovitve, zaključki in priporočila so pripravili, preverili in potrdili avtorji poročila, ki zanje prevzemajo polno odgovornost.

Reprodukcija po delih ali v celoti na kakršenkoli način in v kateremkoli mediju je dovoljena le z navedbo vira.

Poročilo je nastalo v okviru projekta Celosten pristop k varnosti in zdravju pri delu, v katerem sodelujeta Nacionalni inštitut za javno zdravje kot nosilec in Univerzitetni klinični center Ljubljana kot partner. Projekt financirata Republika Slovenija in Evropska unija iz sredstev Evropskega socialnega sklada ESS+.

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 289250563

ISBN 978-961-6921-29-9 (PDF)

Kazalo vsebine

1. Uvod 5

1.1 Namen in cilji poročila 6

2. Metodologija 7

2.1 Raziskovalni pristop 7

2.2 Viri podatkov 7

2.3 Analitični okvir 8

2.4 Etični vidiki 8

2.5 Jezik in prevodi 8

3. Povzetek pregleda sistema varnosti in zdravja po izbranih državah 9

3.1 Češka 9

3.2 Danska 14

3.3 Finska 19

3.4 Francija 23

3.5 Nizozemska 29

3.6 Portugalska 33

4. Ključne razlike v ureditvi varnosti in zdravja pri delu med Slovenijo in izbranimi državami 40

4.1 Vsebinska izhodišča 40

4.2 Danska 44

4.3 Finska 49

4.4 Francija 53

4.5 Nizozemska 59

4.6 Portugalska 63

5. Razprava 69

5.1 Češka 69

5.2 Danska 70

5.3 Finska 72

5.4 Francija 73

5.5 Nizozemska 74

5.6 Portugalska 76
6. Zaključek 78
6.1 Podobnosti in razlike sistema varnosti in zdravja pri delu med državami 79
6.2 Prenosljivi ukrepi in dobre prakse iz šestih držav 87
6.3 Sklepna misel 90
6.4 Omejitve raziskave 91
7. Slovar 92
Češka: 92
Danska: 93
Finska: 95
Francija: 96
Nizozemska: 97
Portugalska: 98
8. Viri 100
Nacionalna analitična poročila 100
9. Priloga: Pregled tipov uporabljenih primarnih virov 101

1. Uvod

Varnost in zdravje pri delu (VZD) predstavljata temelj sodobnih delovnih okolij in ključen dejavnik kakovosti, stabilnosti ter učinkovitosti delovnih procesov. V evropskem prostoru VZD že dolgo presega okvir zakonsko predpisanih obveznosti in deluje kot celovit družbeni mehanizem: zmanjšuje tveganja za poškodbe, poklicne bolezni in dolgotrajne odsotnosti, s tem pa pomembno prispeva k vzdržnosti zdravstvenih in socialnih sistemov ter h konkurenčnosti gospodarstva. Dobro vzpostavljen sistem VZD neposredno vpliva na delovno zmožnost in dobrobit zaposlenih, omogoča boljše upravljanje tveganj in prispeva k večji organizacijski stabilnosti v času hitrih strukturnih sprememb na trgu dela.

Čeprav v državah članicah Evropske unije skupna izhodišča določa Direktiva 89/391/EGS, ki poudarja načela preventive, sistematično ocenjevanje tveganj ter odgovornost delodajalcev, se nacionalne ureditve med seboj močno razlikujejo. Nekatere države dajejo poudarek ekonomskim spodbudam in tržno zasnovanim mehanizmom, druge gradijo javnopravne, centralizirane sisteme, tretje pa razvoj usmerjajo v multidisciplinarnost, digitalne rešitve ali okrepljeno vlogo strokovnih služb. Prav ta raznolikost omogoča dragocen vpogled v to, kako lahko različni regulativni in organizacijski modeli prispevajo k boljši preventivi, učinkovitejšemu nadzoru in celostni zaščiti delavcev.

Na predlog Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti smo raziskali ureditve VZD v šestih evropskih državah: na Češkem, Danskem, Finskem, Nizozemskem, Portugalskem in v Franciji. Izbor držav odraža raznolik nabor pristopov in institucionalnih tradicij, kar omogoča identifikacijo rešitev, ki so se v praksah izkazale kot stabilne, učinkovite in potencialno prenosljive tudi v slovenski sistem. Čeprav Slovenija sodi med javnopravno zasnovane sisteme VZD, se v strokovni in praktični sferi vse jasneje kaže potreba po modernizaciji, boljši digitalni podpori, večji proaktivnosti strokovnih služb ter okrepljeni preventivni funkciji sistema.

Poročilo ne prinaša zgolj opisnega pregleda tujih ureditev, temveč se usmerja v prepoznavanje mehanizmov, ki v izbranih državah prispevajo k učinkovitejšemu upravljanju tveganj, boljšemu sodelovanju deležnikov, racionalizaciji nadzornih postopkov, večji transparentnosti ter boljši uporabi podatkov. Poseben poudarek je na rešitvah, ki so skladne s slovenskimi institucionalnimi značilnostmi in bi jih bilo mogoče uvesti brez obsežnih sistemskih sprememb.

Z namenom preglednosti primerjave je analiza strukturirana po štirih ključnih stebrih sodobnih sistemov VZD: pravni in institucionalni okvir, socialno zavarovanje in pravice iz naslova VZD, organizacija in infrastruktura izvajanja ter nadzor, sankcije in digitalne podatkovne rešitve. Tak analitični okvir omogoča jasno prepoznavanje razlik med državami ter opredelitev področij, kjer slovenski sistem ponuja največ prostora za izboljšave.

1.1 Namen in cilji poročila

Namen poročila je oblikovati analitično podlago za posodobitev in izboljšave slovenskega sistema VZD z identifikacijo prenosljivih elementov iz izbranih evropskih ureditev. Osrednje vodilo je prepoznati rešitve, ki dokazano prispevajo k večji preventivni učinkovitosti ter jih je mogoče smiselno prilagoditi slovenskemu kontekstu.

Cilji poročila so:

- analizirati temeljne gradnike sistemov VZD v izbranih državah,
- identificirati razlike pregledanih sistemov glede na Slovenijo,
- identificirati dobre prakse,
- pripraviti nabor priporočil za nadgradnjo slovenskega sistema VZD.

Za doseganje zastavljenih ciljev je bila oblikovana enotna in primerljiva metodološka zasnova, ki omogoča celovit in sistematičen pregled praks v vseh šestih državah.

Pričujoča analiza je pripravljena v okviru nacionalnega razvojnega projekta *Celostni pristop k varstvu pri delu v Sloveniji* (CP VZD), katerega cilj je razviti integrirane in učinkovite rešitve za izboljšanje varnosti in zdravja zaposlenih (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2026) in ki ga izvajata Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ) kot nosilec ter Univerzitetni klinični center Ljubljana – Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) kot partner.

2. Metodologija

2.1 Raziskovalni pristop

Poročilo temelji na primerjalnem analitičnem pregledu šestih evropskih ureditev na področju varnosti in zdravja pri delu (Cergolj, Molan, & Margan, 2026; Fratina, Kurent, & Margan, 2026; Metelko Janša & Margan, 2026; Rant, Urdih Lazar, & Margan, 2026; Svalina Erman & Margan, 2026; Zupanc, Dodič Fikfak, & Margan, 2026). Raziskovalni pristop je zasnovan na sistematični obdelavi javno dostopnih pravnih, institucionalnih in statističnih virov, ki skupaj omogočajo celovito razumevanje formalnih okvirov ter praktičnih izvedbenih mehanizmov v posameznih državah.

Analiza je bila vodena z dvema ključnima metodološkima načeloma:

- **metodološka enotnost**, ki zagotavlja, da so vse države preučene po enakih vsebinskih stebrih, kazalnikih in analitičnih merilih, kar omogoča visoko stopnjo primerljivosti;
- **relevantnost**, ki usmerja pozornost na tiste prakse in rešitve, za katere obstajajo jasni dokazi, uveljavljena strokovna podlaga ali utemeljena logika njihove učinkovitosti.

Tak raziskovalni pristop omogoča ne le medsebojno primerjavo izbranih nacionalnih ureditev, temveč tudi ciljno prepoznavanje elementov, ki bi jih bilo mogoče smiselno prenesti ali prilagoditi slovenski ureditvi.

2.2 Viri podatkov

Analiza temelji na širokem, vendar jasno strukturiranem naboru virov. Pri obdelavi so bili upoštevani izključno dokumenti s potrjeno vsebinsko zanesljivostjo in nedvoumnim uradnim statusom.

Uporabljeni so bili naslednji tipi virov:

- **primarni normativni viri**, kot so zakoni, podzakonski akti, smernice in drugi uradni predpisi, ki opredeljujejo sistem VZD v posamezni državi;
- **uradna poročila, statistični podatki in dokumenti** pristojnih organov, kot so inšpekcijske službe nosilci socialnih zavarovanj ter strokovne in raziskovalne institucije;
- **strokovne publikacije in tehnični priročniki**, ki pojasnjujejo izvajanje zakonodaje in organizacijske značilnosti posameznih sistemov;
- **tujejezični dokumenti**, ki so bili po potrebi prevedeni s podporo orodij umetne inteligence; pri čemer je bil vsak prevod zaradi zagotavljanja točnosti dodatno preverjen z ročnim pregledom.

Uporabljeni viri predstavljajo najnovejše javno dostopne dokumente v času izvedbe pregleda.

Podrobnejše analize posameznih nacionalnih ureditev so bile izvedene v ločenih nacionalnih poročilih, pripravljenih v okviru istega projekta (Cergolj, Molan, & Margan, 2026; Fratina, Kurent, & Margan, 2026; Metelko Janša & Margan, 2026; Rant, Urdih Lazar, & Margan, 2026; Svalina Erman & Margan, 2026; Zupanc, Dodič Fikfak, & Margan, 2026). Ta poročila niso javno objavljena, služijo pa kot strokovna in analitična podlaga za pripravo tega skupnega poročila. Skupno poročilo zato predstavlja sintezno in primerjalno interpretacijo ugotovitev iz nacionalnih analiz, ne pa neposredne primarne analize nacionalne zakonodaje.

2.3 Analitični okvir

Primerjava med državami temelji na štirih stebrih, ki predstavljajo osrednje elemente sodobnih sistemov VZD:

- **pravni in institucionalni steber:** vključuje zakonodajo, razdelitev pristojnosti, vlogo socialnih partnerjev in posebne regulatorne mehanizme;
- **socialno-zavarovalni steber:** zajema obseg in financiranje pravic iz naslova poškodb pri delu in poklicnih bolezni;
- **izvedbeni steber:** analizira infrastrukturo in modele izvajanja VZD, vlogo strokovnjakov s področja VZD in služb medicine dela ter licenciranje strokovnih služb;
- **nadzorni steber:** vključuje nadzor nad izvajanjem VZD, pristojnosti in sankcije inšpekcijskih organov, baze podatkov in digitalizacija področja VZD.

2.4 Etični vidiki

Raziskava temelji izključno na javno dostopnih dokumentih in ne vključuje obdelave osebnih podatkov. Pri povzemanju in prevajanju je bila spoštovana integriteta izvornih besedil (Cergolj, Molan, & Margan, 2026; Fratina, Kurent, & Margan, 2026; Metelko Janša & Margan, 2026; Rant, Urdih Lazar, & Margan, 2026; Svalina Erman & Margan, 2026; Zupanc, Dodič Fikfak, & Margan, 2026) ter ohranjena njihova vsebinska natančnost.

2.5 Jezik in prevodi

Večina dokumentacije je bila dostopna v tujih jezikih. Prevodi so bili izvedeni s podporo orodij umetne inteligence in nato ročno preverjeni zaradi zagotavljanja zanesljive interpretacije.

3. Povzetek pregleda sistema varnosti in zdravja po izbranih državah

3.1 Češka

Uvod

Češka republika je srednjeevropska država, umeščena na stičišče Zahodne in Srednje Evrope. Po zadnjih demografskih podatkih ima nekaj več kot 10,9 milijona prebivalcev. V zadnjem četrtletju leta 2024 je bilo registriranih 5,2 milijona delovno aktivnih oseb. Gospodarsko je Češka med najuspešnejšimi državami regije. Gospodarska struktura temelji na močni industrijski bazi, izvozni usmerjenosti in vključitvi v evropske dobavne verige. V primarnem sektorju zaposluje približno 146 tisoč oseb, v sekundarnem več kot 1,8 milijona, v terciarnem pa več kot 3,2 milijona. Predelovalna industrija ostaja osrednji del gospodarstva, saj zaposluje več kot milijon delavcev, pomemben del zaposlitvene strukture pa predstavljajo tudi javna uprava, zdravstvo, socialno varstvo in druge storitvene dejavnosti.

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Češki sistem varnosti in zdravja pri delu (*BOZP - bezpečnost a ochrana zdraví při práci*) je vsebinsko in organizacijsko razdeljen med resor za delo in resor za zdravje, pri čemer se celotna infrastruktura v praksi opira na tri stebre: državne organe in nadzor, izvajalce pri delodajalcih in raziskovalno-informacijsko podporo.

Nosilno vlogo ima Ministrstvo za delo in socialne zadeve, ki oblikuje politike in zakonodajo s področja VZD, koordinira sistemske ukrepe ter vodi registre strokovno usposobljenih oseb za preprečevanje tveganj. Za področje zdravja pri delu in higienskega nadzora je pristojno Ministrstvo za zdravje skupaj z Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (*Státní zdravotní ústav – SZÚ*) ter regionalnimi javnozdravstvenimi enotami (*Krajské hygienické stanice – KHS*), ki izvajajo nadzorne in upravne naloge nadzora izpostavljenosti škodljivim dejavnikom delovnega okolja.

Vladni svet za varnost in zdravje pri delu deluje kot stalni tripartitni posvetovalni organ, ki spremlja izvajanje nacionalne politike VZD in pripravlja priporočila za izboljšave. Nadzor nad izvajanjem zakonodaje opravlja Državni urad za inšpekcijo dela z regijskimi inšpektorati, medtem ko nadzor nad specializirano tehnično opremo izvaja Tehnična inšpekcija Češke.

Zakonski okvir sistema varnosti in zdravja pri delu na Češkem temelji na prenosu Direktive 89/391/EGS v nacionalno zakonodajo, predvsem v Zakonik dela, ki določa ključne obveznosti delodajalcev in delavcev. Področje medicine dela opredeljujejo Zakonik dela, Zakon o posebnih zdravstvenih storitvah (373/2011 Sb.) in Uredba 79/2013, ki skupaj urejajo izvajanje zdravstvenih pregledov, oceno vpliva delovnega okolja na zdravje ter preventivne zdravstvene storitve.

Ocenjevanje tveganj ni predpisano z enotno metodo, vendar zakonodaja zahteva sistematično identifikacijo nevarnosti, oceno tveganj, določitev ukrepov ter preverjanje njihove učinkovitosti. Ministrstvo za delo in socialne zadeve delodajalcem nudi podporo s smernicami in metodološkimi priročniki, ki pokrivajo različna področja, vključno s psihosocialnimi tveganji, težavnostjo delovnih pogojev ter sistemskim upravljanjem VZD.

Na področju strokovne, raziskovalne in metodološke podpore osrednjo vlogo opravlja Center za poklicno zdravje pri SZÚ, ki vodi tudi Nacionalni register poklicnih bolezni in nudi referenčno podporo pri ocenjevanju in upravljanju zdravstvenih tveganj pri delu. Ključni raziskovalni akter je Raziskovalni institut za delo in socialne zadeve (*Výzkumný institut práce a sociálních věcí – VIPSV*), ki je bil ustanovljen leta 2025 z združitvijo dveh predhodnih inštitutov. Institut izvaja analize in raziskave, katerih namen je usmerjeno izvajanje preventivnih aktivnosti in strokovnih nalog (smernice) na področju VZD. Inštitut izvaja tudi izobraževanje in certificiranje na področju ergonomije, ocenjevanja tveganj ter preprečevanja večjih industrijskih nesreč. S tem predstavlja osrednji znanstveni in strokovni steber za podporo javnim politikam in praksi VZD na nacionalni ravni.

Zavarovanje in socialne pravice s področja varnosti in zdravja pri delu

Sistem socialnega zavarovanja na področju poškodb pri delu in poklicnih bolezni na Češkem združuje dva dopolnjujoča se sistema: javni (nacionalni) sistem socialne varnosti in obvezno zavarovanje odgovornosti delodajalcev za poklicna tveganja, ki ga izvajata komercialni zavarovalnici Kooperativa in Generali in je namenjeno izplačilu odškodnin za primer poškodbe pri delu in poklicnih bolezni. Gre za zakonsko reguliran sistem, v katerem so obseg pravic, višina izplačil in kategorije odškodnin določeni z zakonodajo, zato se škodni primeri obravnavajo po enotnih pravilih ne glede na izbrano zavarovalnico. Zavarovalna premija je vezana na pretežno dejavnost delodajalca po klasifikaciji CZ NACE (*Klasifikace ekonomických činností*), kar omejuje možnost poljubnega izbiranja zavarovalnice. Odškodninski zahtevki vključujejo povračilo stroškov zdravljenja in rehabilitacije, odškodnino za bolečine in zmanjšanje življenjskih aktivnosti, izgubljeni zaslužek (tudi v obliki rente) ter odškodnine v primeru smrti.

Premijski sistem obveznega zavarovanja odgovornosti delodajalcev na Češkem temelji na dekretu št. 125/1993 Sb., ki določa osnove, pogoje in tarifne stopnje za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni. Premijo plačuje delodajalec, njena višina pa je diferencirana glede na tveganost dejavnosti in razvrščena v več deset tarifnih stopenj, ki segajo od 2,8 ‰ za nizkotvegane dejavnosti do 50,4 ‰ za panoge z visokim tveganjem. Razvrstitev v tarifne skupine temelji na pretežni dejavnosti delodajalca po klasifikaciji CZ-NACE, zato je pravilna opredelitev dejavnosti ključna za določanje prispevka. Enotna premija zajema zavarovanje poškodb pri delu in poklicnih bolezni in ne ločuje dveh zavarovalnih produktov.

Javni sistem socialne varnosti, ki ga upravlja Češka uprava za socialno varnost (*Česká správa sociálního zabezpečení – ČSSZ*), dopolnjuje obvezno zavarovanje delodajalcev z izplačili nadomestil za primer bolniškega staleža in invalidske pokojnine. Ta del sistema ni vezan na odgovornost delodajalca, temveč predstavlja državni mehanizem socialnih pravic v primeru začasne ali trajne nezmožnosti za delo iz razlogov, ki niso povezani z opravljanjem dela. Posebna delavska zavarovalnica, ločena od komercialnega sistema, na Češkem ne obstaja.

Kombinacija obveznega odškodninskega zavarovanja in javnega socialnega sistema zagotavlja celovit okvir varstva zaposlenih, hkrati pa z jasno določenimi pravili ščiti delodajalce pred visokimi in nepredvidljivimi stroški posameznih škodnih dogodkov. Tako vzpostavljen sistem predstavlja stabilen in predvidljiv mehanizem, ki omogoča učinkovito izplačevanje odškodnin, hkrati pa z diferenciranimi stopnjami zagotavlja pravično razporeditev finančnih bremen glede na tveganost dejavnosti. Tesna povezanost odškodninskega zavarovanja delodajalca z javnim sistemom socialne varnosti se kaže tudi v primeru trajne invalidnosti zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, ki se prizna znotraj javnega pokojninskega sistema, zavarovanje delodajalca pa pokriva razliko do višje vrednosti.

Poklicna rehabilitacija je na Češkem organizirana preko Zavoda za zaposlovanje, ki jo financira in izvaja ne glede na zaposlitveni status posameznika. Sistem torej ne ločuje med poklicno in zaposlitveno rehabilitacijo, temveč ponuja enoten proces, ki vključuje oceno preostale delovne zmožnosti, načrtovanje vrnitve na delo, usposabljanje, prekvalifikacijo ter podporo pri iskanju in ohranjanju zaposlitve. Bolniški stalež je del obveznega zdravstvenega zavarovanja; prvih 14 dni nadomestilo izplačuje delodajalec, nato pa ČSSZ, pri čemer višina nadomestila postopoma narašča od 60 % do 72 % dnevne osnove dohodka.

Postopki potrjevanja poklicnih bolezni so na Češkem jasno urejeni in temeljijo na klinični diagnostiki ter presoji vzročne povezave z delovnimi pogoji. Postopek se začne pri zdravniku, ki ob sumu na poklicno etiologijo delavca napoti v enega od desetih, s strani Ministrstva za zdravje, pooblaščenih centrov medicine dela, ki delujejo v okviru SZÚ. Pooblaščeni specialist najprej potrdi diagnozo in preveri, ali so izpolnjeni kriteriji iz državnega seznama poklicnih bolezni, higienska služba KHS pa opravi pregled delovnega mesta ter oceni dejansko izpostavljenost in obremenitve. Na podlagi teh ugotovitev center izda formalno odločbo o obstoju ali neobstoju poklicne bolezni. Redne statistične objave Nacionalnega inštituta za javno zdravje (SZÚ) dodatno podpirajo spremljanje trendov in upravljanje tveganj. Ob priznanju poklicne bolezni delavcu pripada individualno določena odškodnina, pri čemer sistem temelji na objektivnih merilih diagnoze, izključitvi nepoklicnih vzrokov ter dokazani izpostavljenosti v delovnem procesu.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Ključni izvajalci aktivnosti s področja varnosti in zdravja pri delu so: strokovno usposobljene osebe za preprečevanje tveganj (*odborně způsobilá osoba v prevenci rizik* – ZO) ter specializirane službe medicine dela. OZO in koordinatorji za VZD na gradbiščih so nosilci operativnih nalog na področju preventive – od sistematične identifikacije nevarnosti, ocenjevanja tveganj in načrtovanja ukrepov, do priprave zakonodajno zahtevane dokumentacije, svetovanja vodstvu ter sodelovanja pri preiskavah nezgod. Delujejo kot notranji strokovnjaki ali zunanji pooblaščeni izvajalci, kar omogoča fleksibilnost v nudenju strokovne podpore delodajalcem različnih velikosti in dejavnosti.

Enako pomemben del sistema predstavljajo službe medicine dela, ki jih morajo delodajalci zagotoviti pogodbeno. Njihovo osrednje poslanstvo so preventivni zdravstveni pregledi delavcev, razvrščeni v štiri kategorije tveganja, od po obsegu pregleda najmanj zahtevnih pisarniških del do najtežjih industrijskih in visokorizičnih poklicev, kot so rudarji ali poklicni potapljači. Specialisti medicine dela izvajajo preglede pri višjih kategorijah tveganja, pri najmanj tveganih delih pa preglede lahko opravijo tudi zdravniki splošne medicine – takšna reorganizacija je bila uvedena zaradi kroničnega pomanjkanja specialistov medicine dela. Poleg pregledov specialisti medicine dela pomembno sodelujejo pri prilagoditvah delovnih mest, programih preventive in kategorizaciji del po zdravstveni tveganosti, ki jo potrjujejo regionalne higienske postaje (KHS), ki delujejo v sestavi Nacionalnega inštituta za javno zdravje (SZÚ).

V sistem so vključene tudi druge strokovne službe – industrijski higieniki, ergonomi, psihologi dela, strokovnjaki za požarno varnost in tehnično varnost opreme, ki so pogosto povezani z regionalnimi higienskimi postajami. Ta multidisciplinarna mreža strokovnjakov omogoča kompleksno obravnavo tveganj, ki presega zgolj tehnično ali zdravstveno dimenzijo dela, ter krepi preventivni pristop na ravni podjetij in celotnih panog.

Pomembno podporno vlogo imajo tudi izobraževalne institucije in strokovna združenja, ki skrbijo za kontinuirano strokovno usposabljanje, organizacijo preizkusov znanja ter razvoj izobraževalnih programov, zlasti na fakultetah s področja varnostnega inženirstva, kot sta Tehnična univerza v Ostravi in Fakulteta za varnostno inženirstvo. Nadzor nad delodajalci izvaja Državni urad za inšpekcijo dela, ki poleg preverjanja skladnosti z zakonodajo nadzira tudi kakovost strokovnega dela OZO, koordinatorjev in izvajalcev medicine dela.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Državni urad za inšpekcijo dela (*Státní úřad inspekce práce* – SÚIP) usklajuje delo osmih regionalnih inšpektoratov in združuje tri specializirane skupine inšpektorjev: za varnost in zdravje pri delu, delovna razmerja in zakonitost zaposlovanja. Poleg represivnih ukrepov sistem vključuje

tudi svetovanje delodajalcem, kar je pomemben element preventivne kulture. Značilnost češkega modela je tesno sodelovanje inšpekcije dela z drugimi pristojnimi organi, zlasti z regionalnimi higienskimi postajami, ki izvajajo zdravstveni in higienski nadzor nad izpostavljenostjo delavcev fizikalnim, kemijskim in biološkim dejavnikom ter potrjujejo pravilnost kategorizacije delovnih mest. Tehnična inšpekcija dopolnjuje sistem na področju tehnične varnosti naprav, policija pa se vključuje v primerih suma kaznivih dejanj.

Na področju prijav kršitev je sistem dostopen in enostaven – pobudo za izvedbo nadzora lahko poda vsak, tudi anonimno, osebno, pisno ali prek elektronskih obrazcev.

Nacionalne zbirke podatkov, digitalizacija in analitična orodja

Podatke o poškodbah pri delu zbirajo delodajalci, ki prijavljajo vse primere, ter nacionalni organi, ki poročajo o vseh poškodbah z odsotnostjo treh dni ali več v skladu z metodologijo ESAW, kar omogoča primerljivost na ravni EU. Poklicne bolezni se beležijo v Nacionalnem registru poklicnih bolezni, ki ga vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje (SZÚ) in je vključen v širši zdravstveni informacijski sistem.

Češka nima nacionalnega sistema za spremljanje izpostavljenosti delavcev nevarnim dejavnikom niti centralne evidence o opravljenih preventivnih zdravstvenih pregledih, kar predstavlja pomembno omejitev pri analitiki in načrtovanju preventivnih ukrepov.

Na področju digitalizacije VZD je Češka v zadnjih letih naredila pomemben premik, predvsem z uvedbo obvezne elektronske prijave poškodb pri delu prek enotnega portala SÚIP, ki od 1. januarja 2026 omogoča standardizirano, centralizirano in administrativno manj obremenjujoče poročanje za delodajalce. Na področju upravljanja bolniškega staleža ima Češka dodatno prednost s centralnim sistemom *ePortal* ČSSZ, ki omogoča pregled nad podatki o začasni nezmožnosti za delo in olajša pretok informacij med socialnim zavarovanjem in delodajalci.

Češka se razlikuje tudi po informacijskem podpornem portalu BOZPinfo.cz, ki deluje kot nacionalni strokovni center za področje varnosti in zdravja pri delu in ponuja vsebine o ocenjevanju tveganj, usposabljanjih ter delovnih nezgodah. Obvezna elektronska oddaja podatkov od leta 2026 naj bi omogočala boljšo primerljivost trendov, analiziranje vzrokov nezgod in podporo nadzornim organom pri načrtovanju ciljno usmerjenih kontrol.

3.2 Danska

Uvod

Danska (Kraljevina Danska) je severnoevropska država z ureditvijo ustavne monarhije in parlamentarne demokracije, v kateri ima parlament *Folketing* osrednjo zakonodajno vlogo, medtem ko je vloga monarha pretežno ceremonialna. Po podatkih statističnega urada (*Statistics Denmark*) je na Danskem novembra leta 2025 živelo 6.024.684 prebivalcev, leta 2024 pa je bilo približno 3,2 milijona zaposlenih.

Gospodarstvo Danske je izrazito odprto in izvozno usmerjeno, pri čemer med osrednjimi dejavnostmi izstopata farmacevtska industrija in pomorski prevoz. Med zaposlenimi jih je največ v javni upravi, izobraževanju in zdravstvu, sledijo trgovina in transport, druge poslovne storitve, predelovalne dejavnosti ter gradbeništvo, medtem ko je preostali delež zaposlenih porazdeljen med informacijsko-komunikacijske dejavnosti, finančni sektor, kmetijstvo, energetiko in druge storitvene dejavnosti.

Danska ima razmeroma dobro razvit sistem varnosti in zdravja pri delu, zasnovan na širokem konceptu vpliva delovnega okolja (*arbejdsmiljø*), ki vključuje tako fizične kot psihosocialne dejavnike tveganja. Ureditev temelji na načelu, da se vprašanja varnosti in zdravja pri delu rešujejo predvsem na ravni podjetja, ob pomembni vlogi socialnih partnerjev in pod nadzorom pristojnega državnega organa.

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Pravni okvir varnosti in zdravja pri delu (VZD) na Danskem temelji na Zakonu o delovnem okolju (*Arbejdsmiljøloven*), ki določa temeljne cilje, odgovornosti delodajalcev in delavcev ter zahteve za zagotavljanje varnega fizičnega in psihosocialnega delovnega okolja. Danska ureditev sledi načelom Direktive 89/391/EGS, vendar jih nadgrajuje z močnim poudarkom na preventivi, vključevanju zaposlenih in celostnem obvladovanju tveganj. Ključni instrument je ocena tveganja (*arbejdspladsvurdering* – APV), ki jo morajo delodajalci posodabljati najmanj vsaka tri leta oziroma ob spremembah v delovnih procesih. Izvršni odloki (*bekendtgørelser*) konkretizirajo zahteve zakona za posamezna tveganja in področja, pomembno vlogo pa imajo tudi strokovne smernice Danskega inšpektorata za delovno okolje, ki podpirajo praktično izvajanje predpisov. Posebnost danske ureditve je podrobna regulacija psihosocialnih tveganj s specializiranim odlokom, kar presega minimalne evropske standarde.

Na Danskem področje varnosti in zdravja pri delu vodi Ministrstvo za zaposlovanje (*Beskæftigelsesministeriet*), ki določa politiko VZD in sprejema predpise. Pod njegovo okrilje spada Danski inšpektorat za delovno okolje (*Arbejdstilsynet*), osrednji organ za nadzor spoštovanja zakonodaje, svetovanje delodajalcem in pripravo strokovnih pravil. Pri dejavnostih s

posebnimi tveganji (pomorstvo, letalstvo) inšpektorat sodeluje s sektorskimi upravami, kot sta Danska pomorska uprava (*Søfartsstyrelsen*) in Danska uprava za civilno letalstvo in železniško varnost (*Trafikstyrelsen*).

Pomemben del upravljanja predstavlja tripartitni socialni dialog. Od leta 2025 je glavno posvetovalno telo Svet za trg dela (*Arbejdsmarkedsrådet*), ki ministru daje obvezna mnenja pri pripravi predpisov. Na panožni ravni delujejo tripartitno-organizirana panožna partnerstva BFA (*Branchefællesskaberne for Arbejdsmiljø*), v katerih delodajalci in delavci skupaj razvijajo strokovne materiale, smernice in orodja za izboljšanje varnosti in zdravja pri delu. Gre za pet panožnih skupnosti, ki pokrivajo celoten danski trg dela (npr. industrijo, gradbeništvo, javni sektor, trgovino, transport ipd.). Njihova ključna naloga je podpora podjetjem v posamezni panogi z informacijami, izobraževanji, kampanjami in praktičnimi rešitvami, prilagojenimi specifičnim tveganjem posameznega sektorja.

Danski sistem podpira močna raziskovalna infrastruktura. Nacionalni raziskovalni center za delovno okolje (*Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø* – NFA) je največja javna institucija za raziskave VZD in pokriva psihosocialna, ergonomska, kemijska in varnostna tveganja ter prenos znanja v prakso. Financiranje dopolnjuje Sklad za raziskave delovnega okolja (*Arbejdsmiljøforskningsfonden*), ki je del Ministrstva za zaposlovanje, administrativno pa ga vodi Danski inšpektorat za delovno okolje. Sklad podeljuje nepovratna sredstva raziskovalnim in razvojnim projektom, raziskave pa izvajajo tudi univerze in klinične ustanove, zlasti oddelki medicine dela, ki ocenjujejo vplive delovnega okolja na zdravje.

Zavarovanje in socialne pravice s področja varnosti in zdravja pri delu

Na Danskem je sistem socialnega varstva ob poškodbah pri delu in poklicnih boleznih organiziran kot dvojna zavarovalna shema. Poškodbe pri delu so obvezno zavarovane pri zasebnih zavarovalnicah, medtem ko je kritje za poklicne bolezni del javnega sistema, ki ga vodi Zavarovalnica za primer poklicnih bolezni in poškodb pri delu (*Arbejdsmarkedets Erhvervssikring* – AES) kot del sistema dodatnega pokojninskega zavarovanja ATP (*Arbejdsmarkedets Tillægspension*).

Višina premije ni poenotena in se razlikuje glede na dejavnost, tveganja in panogo. Prispevki so odvisni od dejavnosti podjetja in se določajo glede na statistiko primerov v posamezni panogi v zadnjih petih letih. Panoge z več tveganji plačujejo višje prispevke, pri čemer so podjetja razvrščena v 16 skupin odvisno od dejavnosti in tveganja.

Pravice v danskem zavarovalniškem sistemu se priznajo šele, ko je posamezen primer uradno potrjen kot poškodba pri delu ali poklicna bolezen s strani organa AES. AES presoja, ali je škoda povezana z delom in ali so izpolnjeni zakonski pogoji za pridobitev pravic. Zasebna zavarovalnica

zgolj izplača zneske, kot jih določi AES. Enak postopek velja za poklicne bolezni (*erhvervssygdomme*), pri katerih AES samostojno vodi postopke priznanja in izplačuje pravice iz javne sheme. Ne glede na vrsto primera AES deluje kot osrednji, nepristranski organ, ki presoja, ali gre za poškodbo pri delu ali poklicno bolezen ter določa pripadajoče pravice. Med ključne pravice sodi odškodnina za trajne telesne ali duševne posledice, ki se prizna ob najmanj 5-odstotnih trajnih posledicah, pri čemer se višina odškodnine določa na podlagi njihove stopnje. Če delodajalec nima ustreznega zavarovanja, AES kljub temu zagotovi izplačilo oškodovancu in nato zahteva povračilo od delodajalca ter lahko naloži dodatne finančne obveznosti. Sistem omogoča kritje stroškov zdravljenja, rehabilitacije, zdravil, pripomočkov in stroškov, povezanih s postopkom obravnave, ter vključuje podporne ukrepe za ponoven vstop na trg dela. Ločeno od teh pravic je v danski zakonodaji urejeno še bolniško nadomestilo, ki ga prvih 30 dni krije delodajalec, nato pa ob izpolnjenih pogojih občina, pri čemer je nadomestilo omejeno z zakonsko določenim maksimumom.

Postopki ugotavljanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni potekajo prek digitaliziranih sistemov in pod enotnim odločanjem organa AES. Poškodbe pri delu mora delodajalec prijaviti prek elektronskega sistema EASY (*Elektronisk Anmelde SYstem*), ki samodejno posreduje podatke delodajalčevi zavarovalnici, AES in inšpektoratu za delo. Pri poklicnih boleznih prijavo praviloma vloži zdravnik prek sistema AES. AES po prejemu prijave zbira dokumentacijo, preveri pogoje, oceni izpostavljenost in presoja primer bodisi po seznamu poklicnih bolezni bodisi, če je bolezen izven seznama, v individualnem komplementarnem postopku. V takšnem primeru AES sodeluje z Odborom za poklicne bolezni, ki podaja strokovna mnenja. Zoper odločitev AES je možna pritožba na nacionalni socialni pritožbeni organ na področjih sociale, zaposlovanja, delovnih poškodb (*Ankestyrelsen*), ki deluje pod Ministrstvom za socialne in stanovanjske zadeve.

Na Danskem je bolniška odsotnost urejena kot kombinacija obveznosti delodajalca in občine. Prvih 30 koledarskih dni nadomestilo krije delodajalec, bodisi z izplačilom polne plače (če tako določata pogodba ali kolektivna pogodba), bodisi z izplačilom bolniškega nadomestila, pri čemer lahko delno refundacijo (do višine največ dovoljenega zneska – *sygedagpenge*) prejme od občine. Po 30 dneh nadomestilo praviloma prevzame občina, če so izpolnjeni zakonski kriteriji. Znesek *sygedagpenge* ni fiksni odstotek plače, temveč se izračuna glede na zaslužek in delovne ure ter je omejen z zakonskim maksimumom; praviloma se lahko prejema do 22 tednov v devetih mesecih, nato pa občina izvede obvezno revizijo upravičenosti. Če pravica ne more biti podaljšana, oseba preide v program zaposlitvenega svetovanja. Pri bolniškem nadomestilu ni razlik med običajnimi boleznimi, poškodbami pri delu ali poklicnimi boleznimi – vse ureja isti sistem *sygedagpenge*; razlike obstajajo le v odškodninskem sistemu AES, ki pa ne vpliva na višino bolniškega nadomestila.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Celoten danski sistem izvajanja VZD združuje odgovornost delodajalcev, specializirane zunanje svetovalce, bolnišnično organizirano medicino dela, multidisciplinarne strokovnjake ter strukturirano usposabljanje predstavnikov delavcev, kar omogoča celovit pristop k upravljanju tveganj v delovnem okolju. Na ravni podjetij naloge VZD najprej izvajajo notranji deležniki (delodajalec, vodje, usposobljeni zaposleni); če podjetje nima zadostnih kompetenc, mora pridobiti zunanjo strokovno pomoč. Zunanjo strokovno podporo zagotavljajo pooblaščene svetovalne družbe za delovno okolje, ki jih akreditira Danski inšpektorat za delovno okolje po petih področjih tveganj (ergonomska, biološka, kemična, fizikalna, psihosocialna) in jih je trenutno nekaj deset. Te družbe morajo izkazati ustrezne kadrovske in strokovne pogoje ter sistem zagotavljanja kakovosti, njihovo pooblastilo pa je vezano na podjetje in ne na posameznega svetovalca.

V širšem strokovnem okolju pomembno vlogo igrajo panožna in strokovna združenja, ki povezujejo svetovalce, strokovnjake in raziskovalce s področja varnosti in zdravja. Med njimi izstopajo Dansko združenje svetovalcev za varnost in zdravje pri delu (*Arbejdsmiljørådgiverne*) in strokovne skupnosti znotraj inženirskih ter medicinskih organizacij, kot sta Dansko združenje in sindikat inženirjev, IT-strokovnjakov in naravoslovcev – IDA (*Ingeniørforeningen i Danmark*) in Dansko združenje za medicino dela in okoljsko medicino – DASAM *(Dansk Selskab for Arbejds – og Miljømedicin*), ki prispevajo k izmenjavi znanja, povezovanju stroke in razvoju dobrih praks. Posebno področje predstavlja medicina dela, ki je na Danskem pretežno bolnišnično organizirana in vključena v javni zdravstveni sistem. Klinike medicine dela se ukvarjajo z diagnostiko bolezni, povezanih z izpostavljenostjo pri delu, svetovanjem in podporo delodajalcem ter kliničnim presojanjem vzročnosti. Zdravstveni nadzor zaposlenih se izvaja ciljno, kadar to določajo posebni predpisi, na primer pri nočnem delu ali izpostavljenosti azbestu. Pri nočnem delu mora delodajalec zaposlenim zagotoviti brezplačen zdravstveni pregled pred začetkom takšnega dela in nato praviloma v presledkih do največ treh let. Posebne zahteve za zdravstvene preglede veljajo tudi za delo z azbestom, kjer se pregledi opravijo pred začetkom dela in nato najmanj enkrat na tri leta, ter za nekatere poklice, kot so pomorščaki, piloti in kontrolorji zračnega prometa. Stroške takšnih pregledov praviloma krije delodajalec, medtem ko so klinične obravnave v okviru bolnišničnih enot del javnega sistema in za posameznika brezplačne.

Poleg specialistov medicine dela se pri ocenjevanju tveganj vključujejo tudi strokovnjaki drugih profilov, kot so psihologi, sociologi, fizioterapevti, delovni terapevti, kemiki, mikrobiologi, biologi, inženirji ali akustiki. Njihovo delo je pogosto povezano z meritvami izpostavljenosti in strokovnimi ocenami, ki služijo tako delodajalcem kot inšpektoratu pri oblikovanju ukrepov.

Vzpostavljen je tudi sistem osnovnega in dopolnilnega usposabljanja za člane Odbora za varnost pri delu pri delodajalcih (*Arbejdsmiljøorganisation* – AMO), ki morajo v treh mesecih po nastopu

funkcije opraviti obvezno tridnevno usposabljanje pri pooblaščenih izvajalcih. Njihovo znanje se nato nadgrajuje z rednimi dopolnilnimi usposabljanji, za katera je odgovoren delodajalec, in ki so namenjena zagotavljanju stalne strokovne posodobitve.

Izobraževalni sistem dopolnjujejo tudi formalni visokošolski programi, med katerimi izstopa magistrski študij *Risk and Safety Management*, ki povezuje tehnične in organizacijske vidike upravljanja tveganj.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Danski inšpektorat za delovno okolje (*Arbejdstilsynet*) je osrednji državni organ, pristojen za nadzor nad varnostjo in zdravjem pri delu, deluje pa pod okriljem Ministrstva za zaposlovanje. Nadzor opravlja po vsej državi prek treh regionalnih centrov in ga izvaja približno 300 inšpektorjev, kar omogoča široko pokritost in hitro ukrepanje. Inšpektorji imajo obsežna pooblastila, saj lahko vstopijo na delovišče brez sodnega naloga, pregledajo dokumentacijo, se pogovarjajo z zaposlenimi brez prisotnosti delodajalca, fotografirajo ter odvzamejo vzorce. Nadzor je zasnovan tako, da združuje preverjanje skladnosti s predpisi in usmerjevalno funkcijo, pri čemer inšpektorji aktivno pojasnjujejo ugotovitve ter delodajalcem svetujejo, kako zagotoviti varno delovno okolje. Sistem sankcioniranja omogoča izrek različnih ukrepov, od opozoril in odredb z rokom za odpravo pomanjkljivosti do takojšnjih odločb ali prepovedi dela v primerih neposredne nevarnosti, medtem ko hujše in ponavljajoče se kršitve vodijo do glob ali prijav policiji. Statistični podatki kažejo obsežen nadzorni obseg, saj je bilo v letu 2024 izvedenih skoraj 40.000 nadzorov, med katerimi je bil pomemben delež primerov obravnavan tudi v kazenskem postopku.

Danski model nadzora temelji na razumevanju, da je varnost pri delu rezultat sodelovanja različnih institucij, zato inšpektorat redno sodeluje s policijo, davčnimi organi, bolnišničnimi klinikami medicine dela, partnerstvi delodajalcev in sindikatov ter raziskovalnimi ustanovami. Takšno sodelovanje je posebej pomembno na področjih, ki presegajo ozko področje VZD, na primer pri socialnem dampingu, hudih nezgodah ali nadzoru tujih izvajalcev, kjer inšpektorat deluje skupaj z drugimi organi v skupnih akcijah. Danska zakonodaja predvideva tudi jasne poti za prijavo nevarnosti in kršitev, in sicer tako znotraj podjetij kot tudi neposredno inšpektoratu, kar krepi kulturo preventive in omogoča, da organ hitro pridobi informacije o tveganjih na terenu. Sistem zaščite prijaviteljev in možnost anonimnih prijav spodbujata delavce in širšo javnost k posredovanju informacij, ki lahko preprečijo nesreče. S celovitim pristopom, ki združuje nadzor, svetovanje, podatkovno spremljanje in medinstitucionalno sodelovanje, Danska zagotavlja učinkovit, pregleden in preventivno usmerjen nadzor nad varnostjo in zdravjem pri delu.

Nacionalne zbirke podatkov, digitalizacije in analitična orodja

Danska velja za eno najbolj naprednih držav na področju digitalizacije sistema varnosti in zdravja pri delu. Njihov model temelji na široki uporabi digitalnih orodij, preglednih podatkovnih portalih in sistematični analitiki, kar omogoča celovit vpogled v stanje delovnega okolja ter razvoj tveganj skozi čas. Nacionalne zbirke podatkov povezujejo prijave poškodb pri delu, poklicnih bolezni, rezultate inšpekcijskih nadzorov ter podatke o podjetjih in panogah, kar omogoča usklajeno spremljanje ključnih kazalnikov.

Osrednji element je javna digitalna dostopnost podatkov. Portal Inšpektorata in nacionalna digitalna platforma inšpektorata za delovno okolje *(Arbejdmiljø i tal*) omogočata pregled nad prijavljenimi poškodbami, poklicnimi boleznimi, pogostostjo tveganj v različnih sektorjih ter nadzornimi ukrepi. Digitalizirani postopki prijave omogočajo zbiranje podatkov v realnem času, kar povečuje kakovost analitike. Elektronska sistema EASY in ESS zagotavljata enotno poročanje in zmanjšujeta administrativne obremenitve. Tako vzpostavljen podatkovni sistem predstavlja temelj za strateško načrtovanje nadzorov in preventivnih ukrepov. Inšpektorat podatke uporablja za usmerjanje nadzornih aktivnosti v sektorje z večjim pojavom tveganj ali prijav, analitika pa omogoča prepoznavanje dejavnikov tveganja, značilnih za posamezne dejavnosti, in preverjanje učinkov uvedenih ukrepov.

Pomembna prednost danskega modela je tudi povezovanje institucij. Izmenjava podatkov med inšpekcijskimi službami, organi socialne varnosti, davčnimi organi in klinikami medicine dela omogoča hitrejšo obravnavo poklicnih bolezni, učinkovitejše izvajanje nadzora ter bolj usklajeno načrtovanje preventive. Interoperabilnost tako skrajšuje čas med zaznavo tveganja in uvedbo ukrepov ter krepi nadzor.

3.3 Finska

Uvod

Finska je severnoevropska parlamentarna republika z dolgo tradicijo stabilne ustavne ureditve. Upravljanje države temelji na razmeroma decentraliziranem sistemu, v katerem regije in občine pomembno vplivajo na načrtovanje javnih politik ter izvajanje ključnih storitev, med njimi zdravstvenega in socialnega varstva. Trg dela odlikujejo visoke stopnje zaposlenosti, majhne razlike med spoloma in močna tradicija socialnega dialoga, ki še naprej determinira oblikovanje delovnih pogojev. Strukturne spremembe v smeri storitvenih dejavnosti postopoma spreminjajo profil delovnih tveganj, pri čemer se v ospredje postavljajo psihosocialne obremenitve in izzivi, povezani s staranjem delovne sile. Finsko gospodarstvo temelji na prepletu industrijske proizvodnje, visokotehnoloških sektorjev in obsežnega javnega sektorja, pri čemer ostajajo ključni izvozni stebri kovinska industrija, elektronska proizvodnja ter kemična in transportna

industrija. Pomemben del delovno aktivnega prebivalstva ostaja zaposlen v javnih storitvah, zlasti v zdravstvu, socialnem varstvu in izobraževanju, kjer prevladujejo ergonomske in psihosocialne obremenitve. Finski sistem VZD tako čedalje več pozornosti namenja preprečevanju poklicnih bolezni, krepitvi delovne zmožnosti starejših in celostni obravnavi delovnega okolja. S celovitimi strategijami, temelječimi na sodelovanju med državo, delodajalci in zaposlenimi, Finska ohranja visoke standarde varnosti dela ter prožno prilagaja sistem novim gospodarskim in demografskim razmeram.

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Finski sistem varnosti in zdravja pri delu temelji na Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (*Työturvallisuuslaki*; 738/2002) ter Zakonu o zdravstvenem varstvu pri delu (*Työterveyshuoltolaki*; 1383/2001), ki uveljavljata preventivni pristop, odgovornost delodajalcev za sistematično obvladovanje tveganj ter pravico delavcev do informacij, usposabljanja in sodelovanja. Pravni okvir izhaja iz Direktive 89/391/EGS.

Osrednjo vlogo ima Ministrstvo za socialne zadeve in zdravje (*Sosiaali – ja terveysministeriö*), ki oblikuje zakonodajo, nacionalne programe in strategije ter koordinira dejavnosti na področju delovnih pogojev, zdravja zaposlenih in preprečevanja poškodb ter poklicnih bolezni. Deluje na strateški in normativni ravni ter sodeluje z drugimi organi, strokovnimi institucijami in socialnimi partnerji. Nadzor nad izvajanjem zakonodaje izvaja Inšpekcija za delo – *Työsuojeluviranomainen*.

Finska zakonodaja ne določa enotne metodologije za ocenjevanje tveganj, zato delodajalci sami izberejo ustrezen način, ki mora biti strokoven, dokumentiran in izveden v sodelovanju z delavci ter strokovnjaki medicine dela. Pri tem se opirajo na smernice in dobre prakse pristojnih institucij.

Ključno strokovno ustanovo predstavlja Finski inštitut za zdravje pri delu – *Työterveyslaitos* (TTL, v angleščini znan kot FIOH), ki izvaja raziskave, razvija smernice ter nudi znanstveno podporo državi, delodajalcem in drugim deležnikom. TTL ne opravlja nadzora, vendar njegove raziskave pomembno vplivajo na razvoj preventivnih politik in praks.

Zavarovanje in socialne pravice s področja varnosti in zdravja pri delu

Finski sistem zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni je urejen kot obvezno, zakonsko določeno zavarovanje delodajalca, ki temelji na načelu objektivne odgovornosti (*no fault*). Delodajalec je dolžan za vse zaposlene skleniti zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni pri zasebni komercialni zavarovalnici, pri čemer je zavarovalna premija enotna za obe tveganji in se določa glede na dejavnost, stopnjo tveganja in zgodovino poškodb pri delu (*bonus–malus*). Sistem je popolnoma ločen od splošnega zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja.

Zavarovanje pokriva vse poškodbe pri delu in poklicne bolezni, kot so opredeljene v finski zakonodaji, ter vključuje stroške zdravstvene oskrbe, rehabilitacije in nadomestila za začasno ter trajno izgubo delovne zmožnosti. Odškodninska odgovornost se ne ugotavlja, saj gre za administrativno priznanje pravic znotraj zakonsko urejenega režima. Postopke izvajajo zavarovalnice, njihovo enotno prakso pa koordinira zagotavlja Center za odškodnine delavcem – *Tapaturmavakuutuskeskus* (TVK), ki opravlja strokovno, razvojno in statistično funkcijo sistema. Država ne nastopa kot nosilka zavarovanja, temveč zagotavlja zakonodajni okvir, nadzor in sistemsko stabilnost.

Delavci so v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni upravičeni do kritja stroškov zdravstvenih storitev, zdravil, medicinsko tehničnih pripomočkov in rehabilitacije (poklicne in medicinske) ter nadomestila za izgubo dohodka (ki je pri poškodbah pri delu praviloma višje kot v splošnem sistemu bolniškega nadomestila) in nadomestila zaradi invalidnosti pri trajni okvari zdravja in zmanjšani delovni zmožnosti. Bolniški stalež zaradi navadne bolezni in poškodbe izven dela krije splošni sistem socialne varnosti prek nacionalne zavarovalnice KELA, medtem ko pri poškodbah pri delu ali poklicnih boleznih nadomestila izplačuje zavarovalnica, in to po praviloma ugodnejših pogojih (prvih 28 dni praviloma 100 %, nato približno 85 %, brez 300-dnevne omejitve). Sistem bolniškega nadomestila je pri poškodbah pri delu višji in brez časovne omejitve, ki sicer velja za splošni sistem (70 % referenčnega dohodka približno 300 dni). Preventivne storitve medicine dela financirajo delodajalci, deloma pa nacionalna zavarovalnica socialnega varstva prebivalcev *Kansaneläkelaitos* (KELA).

Zdravniki so dolžni prijaviti sum poklicne bolezni zavarovalnici, delodajalci pa morajo nemudoma prijaviti poškodbo pri delu. Zavarovalnica presoja izpolnjevanje zakonskih pogojev na podlagi medicinske dokumentacije, podatkov o izpostavljenosti in okoliščin dogodka. V primeru priznane poklicne bolezni ima delavec pravico do kritja zdravstvenih storitev, nadomestil za izgubo dohodka ter rehabilitacije v okviru zavarovanja za primer poklicne bolezni in poškodbe pri delu. Če poklicna povezava ni priznana, se pravice do zdravljenja in nadomestil uveljavljajo v okviru splošnega sistema socialne varnosti, ki ga upravlja KELA.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Delodajalec nosi primarno odgovornost za organizacijo VZD, oceno tveganja ter izvajanje tehničnih, organizacijskih in zdravstvenih ukrepov, pri čemer izbira med notranjimi in zunanjimi strokovnjaki ali kombiniranimi modeli. Zakon ne uvaja enotnega licenciranega profila strokovnega delavca za VZD; zahteva pa, da delodajalec zagotovi zadostno strokovno znanje, bodisi z zaposlenimi z ustreznimi kompetencami bodisi z zunanjimi strokovnjaki ali specializiranimi organizacijami. Strokovni nadzor nad izvajanjem VZD se ne usmerja v posamezne strokovne delavce, temveč v delodajalce prek inšpekcijskega nadzora, ki preverja ustreznost organizacije in izvajanja varnosti pri delu.

Posebno vlogo v finskem sistemu ima medicina dela, ki je zakonsko obvezna storitev in predstavlja ključen del širšega sistema varovanja zdravja zaposlenih. Zasnovana je kot izrazito preventivna služba, ki jo organizirajo delodajalci preko javnih ali zasebnih izvajalcev, pri čemer nacionalna zavarovalnica KELA sofinancira del preventivnih stroškov. Naloge medicine dela vključujejo preventivne preglede, ocenjevanje delovnega okolja, sodelovanje pri oceni tveganj ter prilagajanju delovnih mest in ohranjanju delovne sposobnosti. Posebnost finskega modela je široka dostopnost kurativnih storitev v okviru medicine dela, saj več kot 90 % delodajalcev svojim zaposlenim omogoča tudi kurativne zdravstvene storitve, kar pomembno prispeva k zgodnjemu obravnavanju zdravstvenih težav in zmanjševanju odsotnosti z dela. Izvajanje medicine dela temelji na licenciranih zdravnikih specialistih medicine dela ter multidisciplinarnih timih, ki vključujejo medicinske sestre, fizioterapevte, psihologe in druge strokovnjake. Pomemben del finskega sistema predstavljajo tudi druge strokovne službe, ki se ukvarjajo z ergonomijo, higieno dela, psihosocialnimi tveganji ter organizacijskimi vidiki dela. Te dejavnosti se večinoma izvajajo tržno, brez centralnega sistema licenciranja, pri čemer zakonodaja odgovornost za izbor strokovnih in usposobljenih izvajalcev nalaga delodajalcem. Kakovost izvajanja se nadzira posredno prek inšpekcijskega nadzora nad delodajalci. Merjenja izpostavljenosti fizikalnim, kemičnim in biološkim dejavnikom izvajajo akreditirani laboratoriji in druge specializirane organizacije, pri čemer finski inštitut za zdravje pri delu razvija strokovne smernice, merilne metode in referenčne vrednosti, ki zagotavljajo znanstveno utemeljene podlage za ocenjevanje tveganj.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Na Finskem nadzor nad varnostjo in zdravjem pri delu izvaja Inšpekcija za delo – *Työsuojeluviranomainen,* ki od leta 2026 deluje v okviru nove nacionalne nadzorne agencije *Lupa- ja valvontavirasto*. *Lupa- ja valvontavirasto* je osrednja finska nacionalna nadzorna agencija, ki združuje naloge nekdanjih *Valvire* in regionalnih upravnih agencij AVI, da bi zagotovila enotno, učinkovito in strokovno upravljanje nadzornih ter licenčnih postopkov po vsej državi. Kot večsektorski organ je odgovorna za izdajo dovoljenj, nadzor in regulacijo na področjih zdravstva, sociale, okolja, izobraževanja, varnosti in dela. Enoten državni organ naj bi zagotovil večjo učinkovitost in usklajeno izvajanje nadzora.

Inšpekcija letno opravi približno 20.000 nadzorov, pri čemer se osredotoča na dejavnosti z večjim tveganjem, prijave delavcev in prednostna področja, določena v letnih programih. Zakon *Työturvallisuuslaki* (738/2002) inšpektorjem omogoča neoviran vstop v delovne prostore, pregled dokumentacije, razgovore z delodajalci in zaposlenimi ter izrek obveznih ukrepov. Manjše nepravilnosti se odpravljajo s svetovanjem, pri resnejših se izdajo odločbe z roki za odpravo, v primerih neposredne nevarnosti pa je mogoče odrediti začasno prepoved dela ali uporabe opreme.

Sistem deluje izrazito preventivno in temelji na tesnem sodelovanju z izvajalci medicine dela, zdravstvenimi institucijami in zavarovalniškimi organi, zlasti TVK, ki zagotavljajo ključne podatke o tveganjih, poškodbah in poklicnih boleznih. Pri hujših kršitvah ali smrtnih nezgodah inšpekcija sodeluje tudi s policijo. Delavci imajo na voljo jasne poti za prijavo nevarnosti – prek internih mehanizmov podjetja ali neposredno inšpekciji, kar omogoča pravočasno ukrepanje. Integriran nadzorni sistem zagotavlja visoko stopnjo učinkovitosti ter hitro prilagajanje dejanskim tveganjem v delovnem okolju.

Nacionalne zbirke podatkov, digitalizacija in analitična orodja

Podatki o nezgodah pri delu in poklicnih boleznih se zbirajo v več nacionalnih zbirkah: pri statističnem uradu (*Statistics Finland*), v sistemu zavarovalnic, ki ga koordinira TVK, ter v registrih TTV/FIOH (npr. register poklicnih bolezni).

Digitalizacija temelji na več povezanih, a necentraliziranih informacijskih sistemih: elektronsko poročanje nezgod zavarovalnicam, informacijski sistemi medicine dela za spremljanje pregledov in izpostavljenosti ter digitalna orodja inšpekcije za načrtovanje nadzorov in vodenje evidenc. Delodajalci vse pogosteje uporabljajo elektronske sisteme za dokumentiranje usposabljanj in zdravstvenih pregledov, ni pa enotne nacionalne digitalne platforme za oceno tveganja; uporaba naprednejših analitičnih in napovednih orodij poteka predvsem v okviru institucij in raziskovalnih projektov.

3.4 Francija

Uvod

Francija s približno 68,4 milijoni prebivalcev[1] ostaja ena največjih držav EU, kar vpliva na trg dela in obseg gospodarstva. Storitvene dejavnosti ustvarijo približno 70 % dodane vrednosti, industrija in gradbeništvo približno petino, kmetijstvo pa manjši, a strateško pomemben delež. Ključni sektorji so avtomobilska in letalska industrija, energetika, kemijska industrija, turizem ter finančne in javne storitve, ki pomembno vplivajo tako na gospodarsko dinamiko kot na naravo delovnih obremenitev in poklicnih tveganj. Aktivnega prebivalstva je med 28 in 30 milijoni, stopnja zaposlenosti v starosti 20–64 let pa približno 70 %, ob relativno visoki brezposelnosti v primerjavi z evropskim povprečjem. Tako raznolika struktura dela – od storitev s poudarkom na psihosocialnih obremenitvah do industrije, gradbeništva in energetike z visokimi tehničnimi in varnostnimi zahtevami – neposredno oblikuje sistem varnosti in zdravja pri delu. Ta mora ustrezno nasloviti širok spekter poklicnih tveganj, od ergonomskih in fizikalnih obremenitev do kompleksnih industrijskih nevarnosti ter vse pomembnejših izzivov na področju duševnega

[1] Na dan 1.1.2024.

zdravja. Rezultat je dinamičen preventivni sistem, v katerem se razvoj ključnih gospodarskih panog neposredno odraža v organizaciji preventivnih ukrepov, delovanju medicine dela in celovitem pristopu k varovanju zdravja zaposlenih.

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Krovni pravni akt s področja varnosti in zdravja pri delu je Delovni zakonik (*Code du Travail*), ki med drugim določa obveznosti delodajalcev glede izvajanja preventivnih ukrepov, ocenjevanja tveganj ter varovanja fizičnega in duševnega zdravja delavcev. Izvajanje zakonodaje je dodatno urejeno s podzakonskimi akti, med katerimi sta ključni Uredba o organizaciji služb medicine dela ter Uredba št. 2016–1908, ki posodablja organizacijo in izvajanje medicine dela ter določa način spremljanja zdravstvenega stanja delavcev. Posebnost francoskega sistema je zakonsko zagotovljena strokovna neodvisnost zdravnikov specialistov medicine dela, ki jim omogoča samostojno izvajanje nalog.

Delodajalci so zavezani k redni pripravi in posodabljanju enotnega dokumenta ocene poklicnih tveganj *Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels* (DUERP), ki predstavlja temeljni instrument za načrtovanje preventivnih ukrepov in inšpekcijski nadzor, medtem ko državne institucije, kot sta Nacionalni inštitut za raziskave in varnost (*Institut national de recherche et de sécurité* – INRS) in zavarovalniška veja socialne varnosti za poklicna tveganja (*Assurance Maladie – Risques Professionnels* – AM-RP), zagotavljajo sektorsko prilagojene modele ocenjevanja ter digitalna orodja za identifikacijo poklicnih tveganj.

V okviru institucionalne ureditve ima osrednjo vlogo Ministrstvo za delo (*Ministère du Travail*), ki oblikuje nacionalne politike in strategije za preprečevanje poklicnih tveganj ter skrbi za zakonodajni razvoj na področju varnosti in zdravja pri delu. Znotraj ministrstva deluje Generalni direktorat za delo (*Direction générale du travail* – DGT), pristojen za pripravo zakonodaje in izvedbenih predpisov s področja VZD. Ključni nadzorni organ je Inšpektorat za delo (*Inspection du travail*), pristojen za nadzor nad izvajanjem delovne in VZD zakonodaje ter za izrekanje upravnih in kazenskih ukrepov ob kršitvah. Pomembno podporno funkcijo ima AM-RP, ki sodeluje pri financiranju preventivnih dejavnosti ter zbiranju in analiziranju podatkov o nezgodah pri delu in poklicnih boleznih.

V oblikovanje politik VZD je vključen tudi posvetovalni sistem, zlasti Svetovalni odbor za delovne pogoje (*Conseil d'orientation des conditions de travail* – COCT), ki združuje socialne partnerje in državo ter zagotavlja usklajen razvoj nacionalnih strategij na področju varnosti in zdravja pri delu.

V francoskem sistemu varnosti in zdravja pri delu posebno vlogo zasedata Nacionalna agencija za varnost hrane, okolja in dela (*Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail* – ANSES) in Nacionalna agencija za izboljšanje delovnih pogojev

(*Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail* – ANACT). ANSES deluje kot osrednja državna znanstvena institucija, pristojna za celovito ocenjevanje tveganj v delovnem okolju, vključno s kemijskimi, biološkimi, fizikalnimi in organizacijskimi dejavniki, ter z neodvisnimi strokovnimi ocenami podpira oblikovanje javnih politik in preventivnih ukrepov. S tem pomembno prispeva k razumevanju poklicnih tveganj in k razvoju nacionalnih strategij na področju VZD. ANACT pa je usmerjena v operativno izboljševanje delovnih pogojev v podjetjih, kjer s svetovanjem, metodološkimi orodji in podporo pri obvladovanju organizacijskih in psihosocialnih tveganj pomaga delodajalcem uvajati praktične rešitve za bolj zdravo in varno delo. Deluje kot nacionalna mreža, namenjena modernizaciji delovnih praks in krepitvi kulture preventive.

Zavarovanje socialnih pravic s področja varnosti in zdravja pri delu

Francoski sistem socialnega zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni AT-MP (*accidents du travail et maladies professionnelles*) predstavlja samostojno vejo v okviru splošnega sistema socialne varnosti (*Régime général de la Sécurité sociale*). Upravljan je znotraj nacionalne zdravstvene zavarovalnice CNAM (*Caisse Nationale de l'Assurance Maladie*), kjer deluje kot posebna veja *Assurance Maladie – Risques Professionnels* (AM-RP), pristojna za upravljanje, financiranje in strateško usmerjanje področja poklicnih tveganj. AM-RP ima vlogo nacionalnega nosilca strategije na področju varnosti in zdravja pri delu: koordinira preventivne programe, financira raziskave ter oblikuje ukrepe za zmanjševanje poklicnih tveganj. Delavcem zagotavlja razširjene pravice v primerjavi s splošnim zdravstvenim zavarovanjem, zlasti pri kritju stroškov zdravstvene oskrbe povezane s poškodbami pri delu ali poklicnimi boleznimi. Poleg zdravstvene obravnave zagotavlja tudi denarna nadomestila v času začasne nezmožnosti za delo, poklicno rehabilitacijo ter pravice v primeru trajnih posledic ali invalidnosti. V primeru, da se delavec ne more vrniti na svoje delovno mesto, sistem omogoča možnost poklicne rehabilitacije ali prilagoditev delovnega mesta. Uveljavljanje pravic poteka prek lokalnih enot zdravstvenega zavarovanja CPAM (*Caisse Primaire d'Assurance Maladie*), ki so odgovorne za: obravnavo prijav poškodb pri delu in poklicnih bolezni, odločanje o priznanju pravic ter izplačevanje pripadajočih nadomestil. CPAM tako predstavlja glavno operativno točko, kjer delavci uveljavljajo svoje socialne in zdravstvene pravice, povezane s poklicnimi tveganji.

Delavec v času začasne nezmožnosti za delo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni prejema dnevna nadomestila, ki jih financira sistem AT/MP. Nadomestila se izplačujejo od prvega dne odsotnosti, odločanje o bolniškem staležu pa je v pristojnosti osebnega zdravnika, medtem ko se zdravnik medicine dela vključi ob vračanju na delo, ko oceni zmožnost za delo in predlaga morebitne prilagoditve delovnega mesta. V primeru bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, se nadomestila izplačujejo iz splošnega zdravstvenega zavarovanja.

Financiranje sistema temelji izključno na prispevkih delodajalcev, ki nosijo celotno finančno breme zavarovanja AT/MP. Prispevne stopnje se določajo glede na dejavnost, velikost podjetja in zgodovino priznanih poškodb pri delu in poklicnih bolezni, kar predstavlja pomemben mehanizem za spodbujanje delodajalcev k izboljšanju varnosti in zdravja pri delu. CARSAT (*Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail*) institucija sistema socialne varnosti, pristojna za upravljanje pokojninskih pravic zaposlenih v zasebnem sektorju in preprečevanje poklicnih tveganj, vsako leto individualno določi stopnjo prispevka za vsako podjetje ali posamezni obrat, pri čemer se bolj tveganim panogam določajo višje prispevne stopnje, kar vzpostavlja tudi posredni preventivni učinek.

Sistem AT/MP vključuje tudi sistematično zbiranje podatkov o nezgodah in poklicnih boleznih. CPAM, AM RP in druge institucije spremljajo obseg in pogostost poškodb pri delu ter poklicnih bolezni po sektorjih, analiza zbranih podatkov pa je osrednja podlaga za ocenjevanje tveganj in oblikovanje ciljno usmerjenih preventivnih politik. Takšno spremljanje je ključno tudi za usmerjanje nacionalnih raziskovalnih in preventivnih dejavnosti, ki jih izvajata INRS (*Institut national de recherche et de sécurité*) in Eurogip (*Groupement d'intérêt public entre*), ki ju financira veja AM/MP. Letna poročila AM RP potrjujejo, da se obseg poškodb pri delu in poklicnih bolezni med panogami pomembno razlikuje, kar zahteva prilagojene ukrepe preprečevanja na nacionalni in sektorski ravni.

Postopki priznavanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni so jasno strukturirani. Poškodbo pri delu mora delavec takoj prijaviti delodajalcu, ki je dolžan dogodek v 48 urah sporočiti CPAM. Priznavanje poklicnih bolezni poteka preko uradnih seznamov ter individualnih postopkov, kadar bolezen ni vključena v katalog ali kadar niso izpolnjeni zakonski pogoji. CPAM odloča na podlagi medicinske dokumentacije in presoja vzročno povezanost bolezni z delovnimi pogoji, pri čemer ima posebno vlogo strokovna komisija za presojo povezave med boleznijo in delom.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

V sistemu VZD v Franciji prevladuje preventivni in multidisciplinarni model, v katerem ključne naloge izvajajo strokovni delavci za varnost in zdravje pri delu ter specialisti medicine dela. Strokovni delavci za VZD so organizirani kot interni ali zunanji izvajalci, pri čemer je v manjših in srednje velikih podjetjih najpogostejša zunanja organiziranost prek medpodjetniških družb ali regionalnih mrež. Njihove glavne naloge obsegajo sodelovanje pri oceni tveganj (DUERP), svetovanje o tehničnih in organizacijskih ukrepih, sodelovanje pri preiskovanju nesreč ter izvajanje usposabljanj za varno delo. Pri svojem delu se pogosto opirajo na orodja, smernice in raziskave INRS, ki razvija tehnične rešitve in metode za upravljanje tveganj v različnih gospodarskih dejavnostih.

Medicina dela (*médecine du travail*) predstavlja osrednji steber francoskega sistema VZD, saj je preventivno zdravstveno spremljanje obvezno za vse zaposlene. Storitev se večinoma izvaja v okviru medpodjetniških družb, ki so neprofitne enote z multidisciplinarnimi ekipami, sestavljenimi iz zdravnikov medicine dela, medicinskih sester, ergonomov, higienikov, psihologov dela in drugih strokovnjakov. Večja podjetja lahko vzpostavijo lastne interne službe. Specialisti medicine dela ocenjujejo zdravstveno zmožnost delavcev za delo in predlagajo preventivne ukrepe ter svetujejo delodajalcem o prilagoditvah delovnega mesta. Pri svojem delu so zakonsko neodvisni od delodajalcev. Reforma iz leta 2017 uvaja sistem informativnih in preventivnih obiskov VIP (*Visite d'Information et de Prévention*). Gre za preventivni zdravstveni obisk, ki ga mora opraviti vsak zaposleni, praviloma v treh mesecih po nastopu dela. To je seznanitveni informativni pregled, ki ga lahko izvede medicinska sestra, specializirana s področja medicine dela, ali drug ustrezno usposobljen strokovnjak. Namenjen je seznanitvi delavca s tveganji na delovnem mestu, preverjanju morebitnih zdravstvenih omejitev (triaža) ter svetovanju glede preventive. Za delovna mesta z visokimi poklicnimi tveganji zakon določa okrepljen zdravstveni nadzor SIR (*suivi individuel renforcé*), ki ga lahko izvaja izključno zdravnik specialist medicine dela. SIR vključuje obvezen predhodni zdravstveni pregled pred zaposlitvijo in pogostejše nadaljnje ocene zdravstvene zmožnosti, običajno vsakih 24 mesecev, pri čemer sta namena zgodnje odkrivanje poklicno pogojenih sprememb ter zaščita zaposlenih, ki so izpostavljeni nevarnejšim dejavnikom, kot so rakotvorne snovi, ionizirajoče sevanje, azbest, svinec ali delo v hiperbaričnih pogojih. Tako VIP kot SIR skupaj tvorita ločen sistem zdravstvenega spremljanja, ki omogoča učinkovito razporeditev kadrovskih virov ob hkratnem zagotavljanju višje ravni zaščite za najbolj izpostavljene skupine delavcev. Zdravniki medicine dela v Franciji ne odločajo o bolniških staležih ali priznavanju poklicnih bolezni. Del zdravstvenega spremljanja lahko izvajajo tudi medicinske sestre s specializacijo medicine dela, katerih vloga se od reforme leta 2017 postopno krepi, zlasti pri izvajanju VIP, spremljanju izpostavljenosti in preventivnem svetovanju zaposlenim. Takšna organiziranost odraža odziv sistema na pomanjkanje specialistov medicine dela ter krepi multidisciplinarni pristop.

Pomemben del sistema predstavlja tudi široka mreža dodatnih strokovnjakov, predvsem ergonomov, psihologov dela, toksikologov in industrijskih higienikov. Ergonomija ima v Franciji dolgo tradicijo in je pomemben del pristopa k zmanjševanju mišično-skeletnih obolenj in psihosocialnih tveganj, pri čemer INRS in CNAM zagotavljata raziskovalno podporo, orodja in usmeritve za podjetja.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Inšpektorat za delo (*Inspection du travail*) je osrednji nadzorni organ za izvajanje varnosti in zdravja pri delu in deluje v okviru Ministrstva za delo. Inšpektorji nadzirajo spoštovanje določb Delovnega zakonika, vključno z varnostjo in zdravjem pri delu, delovnim časom, zaposlovanjem in temeljnimi pravicami delavcev. Pri svojem delu imajo široka pooblastila. Nadzor je usmerjen v

preverjanje ustreznosti ocene poklicnih tveganj (DUERP). Inšpekcijski nadzori temeljijo na analizi tveganj, zato so pogostejši v dejavnostih z večjo izpostavljenostjo nevarnostim ter v podjetjih, kjer so bile v preteklosti ugotovljene pomembne kršitve. Za učinkovito izvajanje nadzora je značilno tesno sodelovanje z drugimi institucijami, med njimi s službami medicine dela, ki poročajo o zdravstvenih tveganjih in izpostavljenostih, ter zavarovalnicami, ki zbirajo podatke o poškodbah in poklicnih boleznih. Poleg rednih pregledov se v Franciji izvajajo tudi nacionalne in sektorske nadzorne kampanje, ki jih usmerja Generalni direktorat za delo ter ob upoštevanju statističnih podatkov sistema socialnega zavarovanja CNAM in njegove veje AM-RP. Takšen pristop omogoča sistematično prepoznavanje sektorjev z najvišjimi poklicnimi tveganji ter usmerjanje preventivnih ukrepov tja, kjer so ti najbolj potrebni. Sistem vključuje tudi mehanizme prijav delavcev, ki omogočajo anonimno prijavljanje nevarnih razmer in varujejo prijavitelje pred povračilnimi ukrepi, s čimer se krepita kultura varnosti in zgodnje odkrivanje tveganj.

Nacionalne zbirke podatkov, digitalizacija in analitična orodja

Francija ima razvit sistem zbiranja podatkov o poškodbah pri delu, nesrečah na poti na delo ter poklicnih boleznih, ki ga upravlja veja zavarovanja poklicnih tveganj AM RP v okviru sistema socialne varnosti. Podatki vključujejo obseg poškodb, bolniške odsotnosti, finančne posledice ter se uporabljajo za spremljanje trendov in usmerjanje preventive. Posebnost Francije je sistematično zbiranje podatkov o poklicnih izpostavljenostih preko nacionalne epidemiološke raziskave SUMER (*Surveillance Médicale des Expositions aux Risques Professionnels*), ki ocenjuje izpostavljenost nevarnim snovem, biološkim, ergonomskim in psihosocialnim tveganjem, kar omogoča natančno ciljanje preventivnih politik. Podatki služb medicine dela in internih ocen poklicnih tveganj (DUERP) se v anonimizirani obliki povezujejo z nacionalnimi bazami ter omogočajo sektorske analize poklicnih nevarnosti. SUMER omogoča kartografijo poklicnih tveganj, zaznavanje trendov skozi čas ter identifikacijo sektorjev in poklicev z največjimi izpostavljenostmi in poklicnimi tveganji za zdravje. Izvaja se v periodičnih valih (1994, 2003, 2010, 2017). Od leta 2026 naprej bo raziskava potekala vsako leto v posodobljeni, kontinuirani obliki, kar bo omogočalo redno posodabljanje kazalnikov in podrobnejše analize po sektorjih, regijah ter delovnih mestih.

Digitalizacija ima ključno vlogo: dokument DUERP je v Franciji digitalno dostopen, prijava poškodb poteka elektronsko prek net entreprises.fr, upravljanje primerov pa prek platforme ameli.fr (*Assurance Maladie*). Digitalni sistemi omogočajo hitrejšo izmenjavo podatkov med delodajalci, zavarovalnicami, nadzornimi organi in raziskovalnimi institucijami ter podpirajo statistične analize. Francoski sistem zbiranja podatkov združuje administrativne, epidemiološke in digitalne vire, kar omogoča prehod od internih ocen tveganja k celovitim nacionalnim analizam in strateškemu načrtovanju preventive.

3.5 Nizozemska

Uvod

Gospodarsko je Nizozemska ena najuspešnejših držav Evropske unije. Po bruto domačem proizvodu na prebivalca se uvršča med najrazvitejše države sveta s stabilno rastjo, visoko produktivnostjo ter močno izvozno usmerjenostjo gospodarstva. Gospodarska struktura je izrazito moderna: storitveni sektor ustvari približno 79 % dodane vrednosti, industrija približno 19 %, kmetijstvo pa približno 2 %. Kljub majhnemu deležu kmetijstva je država globalno pomembna izvoznica kmetijskih proizvodov, kar je posledica izjemne robotizacije in avtomatizacije rastlinjakov ter visoke tehnološke intenzivnosti pridelave. Trg dela zaznamujejo visoka zaposlenost, izrazita udeležba žensk in velika razširjenost dela s krajšim delovnim časom. Sektorji z največjo rastjo so profesionalne storitve, informacijska tehnologija, izobraževanje, zdravstvo in socialno varstvo, kar potrjuje tudi analiza Evropske komisije, ki navaja, da storitveni sektor predstavlja najhitreje rastoč del nizozemskega gospodarstva. Zaradi premika od klasične industrije k storitvam se je spremenila tudi struktura tveganj v delovnem okolju. Tveganja, povezana s težko industrijo in fizičnim delom, ostajajo pod strogim nadzorom, medtem ko psihosocialna tveganja postajajo ključna tema nacionalne politike VZD.

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Nizozemski sistem varnosti in zdravja pri delu temelji na Zakonu o delovnih pogojih (*Arbowet*), ki določa obveznost izvedbe ocene tveganja RI&E, ključne odgovornosti delodajalcev ter pravice delavcev. Operativna pravila so urejena v Uredbi o delovnih pogojih (*Arbobesluit*) in Pravilniku o delovnih pogojih (*Arboregeling*), ki določata tehnične in organizacijske zahteve, mejne vrednosti izpostavljenosti ter standarde zdravstvenega nadzora. Posebna značilnost nizozemskega modela so panožni *arbocatalogi*, ki jih pripravijo socialni partnerji in jih inšpekcija za delo (*Nederlandse Arbeidsinspectie*) uporablja kot referenčni standard, kar omogoča prilagojeno in hkrati zakonsko skladno izvajanje ukrepov na ravni dejavnosti. Temelj za izvajanje ukrepov varnosti in zdravja pri delu na ravni delodajalcev predstavlja ocena tveganja (*Risico-Inventarisatie en -Evaluatie*, RI&E), ki jo dopolnjujejo digitalna, panožno prilagojena orodja na platformi *Steunpunt* RI&E. Ta omogočajo uporabo enotne metodologije ter poenostavljajo pripravo in izvajanje ocen tveganja, zlasti v malih podjetjih.

Ključno vlogo pri oblikovanju in izvajanju politike ima Ministrstvo za socialne zadeve in zaposlovanje (*Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid* – SZW), pristojno za celoten pravni okvir, vključno s strateškim dokumentom *Arbovisie* 2040, ki določa prihodnjo usmeritev nizozemskega sistema VZD do leta 2040. Zdravstvene vidike dela pa dopolnjuje Ministrstvo za zdravje, socialno varstvo in šport (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport* – VWS), ki sodeluje pri vprašanjih javnega zdravja, kroničnih obolenj in vplivov dela na zdravje prebivalstva.

Nadzor nad izvajanjem zakonodaje opravlja Nizozemski inšpektorat za delo (*Nederlandse Arbeidsinspectie*).

Svetovalno funkcijo ima Socialno ekonomski svet (*Sociaal – Economische Raad* – SER), ki povezuje delodajalce, sindikate in strokovnjake ter sodeluje pri oblikovanju *arbocatalogov*. Strokovno-raziskovalno podporo na področju izpostavljenosti in tveganj zagotavlja Nacionalni inštitut za javno zdravje in okolje (*Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu* – RIVM), medtem ko je osrednja institucija za poklicne bolezni Center za poklicne bolezni (*Nederlands Centrum voor Beroepsziekten* – NCvB), ki vodi nacionalni register in pripravlja letna poročila.

Zavarovanje in socialne pravice s področja varnosti in zdravja pri delu

Na Nizozemskem socialne pravice, povezane z varnostjo in zdravjem pri delu – poškodbe pri delu in poklicne bolezni – niso financirane prek ločenega zavarovanja poklicnih tveganj, temveč so del splošnega sistema socialnih zavarovanj, ki ga financirajo delodajalci, zaposleni in država. Delodajalec nosi največje neposredno finančno breme: ob vsaki bolezni ali poškodbi, ne glede na povezanost z delom, mora zaposlenemu do 104 tednov (2 leti) zagotoviti najmanj 70 % plače in izvesti vse obvezne postopke reintegracije. Ti vključujejo sodelovanje z zdravnikom medicine dela (*bedrijfsarts*), pripravo individualnega načrta vračanja na delo in prilagoditve delovnega mesta. Takšna ureditev močno spodbuja delodajalce k preventivi in hitremu vračanju delavcev na delo. Po dveh letih odsotnosti odgovornost preide na državo oziroma na *Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen* (UWV) – Izvajalski inštitut za zavarovanje delavcev, ki upravlja invalidski sistem po Zakonu o delu in dohodku glede na delovno zmožnost (*Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen* – WIA). Do pravic iz WIA so upravičeni zaposleni, ki zaradi bolezni ali poškodbe lahko zaslužijo največ 65 % svojega prejšnjega dohodka. WIA vključuje dve vrsti nadomestil: nadomestilo za delno delovno zmožne osebe, ki lahko delno ali v prihodnosti ponovno delajo (*Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten* – WGA), in nadomestilo za osebe, popolnoma in trajno nezmožne za delo, z zelo majhno verjetnostjo izboljšanja (*Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten* – IVA). UWV odloča o upravičenosti, financira nadomestila, vodi postopke ocenjevanja delovne zmožnosti in preverja, ali sta delodajalec in delavec v prvih dveh letih ustrezno izvajala reintegracijske obveznosti. Če delodajalec teh obveznosti ne izpolni, lahko UWV njegovo obveznost izplačevanja nadomestila podaljša za dodatnih 52 tednov.

Prijava poklicne bolezni na Nizozemskem ima pretežno preventivno epidemiološko funkcijo, saj sama po sebi ne ustvarja neposrednih odškodninskih pravic. Prijavo poda zdravnik, ko presodi, da je bolezen verjetno (več kot 50 %) posledica dela, končno strokovno presojo pa opravi center za poklicne bolezni (NCvB), ki vodi nacionalni register in pripravlja letna poročila. Najpogostejše poklicne bolezni so povezane s psihosocialnimi in organizacijskimi obremenitvami, ki v nizozemskem storitvenem gospodarstvu ne ustvarjajo odškodninskih pravic, temveč predvsem

podlago za izboljšanje delovnih pogojev. Finančne kompenzacije so predvidene le za določene bolezni zaradi izpostavljenosti nevarnim snovem, npr. mezoteliom, za katerega odškodninske postopke vodi *Instituut Asbestslachtoffers* (IAS) – Inštitut za žrtve azbesta.

Stroški VZD in odsotnosti se med sektorji razlikujejo glede na tveganja in značilnosti dela. V panogah z večjimi fizičnimi, kemičnimi ali psihosocialnimi obremenitvami (npr. gradbeništvo, industrija, logistika, zdravstvo) so stroški praviloma višji zaradi pogostih preventivnih ukrepov, prilagoditev delovnih mest in reintegracijskih postopkov. V storitvenih dejavnostih pa prevladujejo stroški, povezani z organizacijo dela in obvladovanjem psihosocialnih tveganj.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Nizozemski sistem varnosti in zdravja pri delu temelji na načelu deljene odgovornosti, ki ga določa Zakon o delovnih pogojih. Delodajalec je odgovoren za izvedbo ocene tveganja RI&E, izvajanje preventivnih ukrepov in zagotavljanje usposabljanja zaposlenih. Vsako podjetje mora imenovati notranjega *preventiemedewerkerja*, ki skrbi za koordinacijo preventivnih nalog ter sodelovanje med delodajalcem, zaposlenimi in zunanjimi strokovnjaki. Tak pristop omogoča fleksibilno, na tveganjih temelječo organizacijo strokovnih nalog. Strokovno podporo lahko podjetja zagotovijo preko notranjih strokovnjakov ali preko certificirane zunanje službe za varnost in zdravje pri delu (*arbodienst*). *Arbodienst* je multidisciplinarna strokovna služba, ki lahko vključuje zdravnike medicine dela, higienike, ergonome, psihologe ter druge strokovnjake; je ključni izvajalec preventivnih nalog, zdravstvenega nadzora ter upravljanja bolniške odsotnosti in vračanja na delovno mesto. Sistem ne določa enotnega državnega licenčnega izpita, vendar morajo strokovnjaki izpolnjevati formalne zahteve glede izobrazbe in certificiranja. Kakovost se zagotavlja prek registracijskih in certifikacijskih organov, kot sta: Nizozemsko združenje za delovno higieno (*Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne* – NVAM), ki določa strokovne standarde in vodi register delovnih higienikov in *Hobéon* SKO: neodvisni certifikacijski organ, pristojen za certificiranje varnostnih inženirjev, ergonomov in drugih strokovnjakov s področja VZD.

Medicina dela na Nizozemskem deluje pretežno prek zasebnih *arbodienstov*. Zdravnik medicine dela (*bedrijfsarts*) je osrednji strokovnjak v sistemu: ocenjuje delovno zmožnost zaposlenih, svetuje o tveganjih in izpostavljenostih na delovnem mestu, izvaja preventivne zdravstvene preglede ter vodi postopke reintegracije skladno z Zakonom o upravljanju bolniške odsotnosti in reintegraciji zaposlenih (*Wet verbetering poortwachter*), ki natančno določa časovni in vsebinski potek vračanja delavca na delo. Zaposleni imajo ob tem zakonsko pravico do neodvisnega posveta z zdravnikom medicine dela, ki mora pri svojem delu ohraniti strokovno neodvisnost tako od delodajalca kot od zaposlenih.

Nadzor področja varnosti in zdravje pri delu

Nadzor izvaja Nizozemski inšpektorat za delo (*Nederlandse Arbeidsinspectie* – NLA), ki je del ministrstva SZW, a deluje operativno neodvisno. Inšpektorat preverja skladnost podjetij z zakonodajo, nadzira obstoj in kakovost ocene tveganja RI&E, izvajanje preventivnih ukrepov, usposabljanje zaposlenih ter sodelovanje delodajalcev z ustrezno usposobljenimi strokovnjaki VZD (npr. *arbodienst*, *preventiemedewerker*). Nadzori temeljijo na analizi tveganj in so še posebej usmerjeni v dejavnosti z visokimi tveganji in reaktivni. Pri resnih ali smrtnih poškodbah ima NLA pooblastila za takojšnje ukrepanje, vključno z ustavitvijo dela ali zaprtjem delovišča, njegovi ukrepi pa segajo od opozoril do upravnih sankcij in glob. Letna poročila NLA kažejo visok delež prvih kršitev pri nadzorih, vendar tudi pomemben preventivni učinek ponovnih pregledov, saj večina podjetij po nadzoru izvede vse zahtevane ukrepe. Inšpektorat deluje v tesnem sodelovanju z drugimi ključnimi institucijami. Z UWV sodeluje pri primerih dolgotrajne odsotnosti in izvajanju obveznosti po *Wet verbetering poortwachter*, kjer NLA preverja pogoje dela, UWV pa ocenjuje reintegracijske obveznosti delodajalca. Z NCvB, nacionalnim centrom za poklicne bolezni, izmenjuje podatke o trendih in vzrokih poklicnih bolezni, kar omogoča bolj ciljno usmerjen nadzor. Pri hudih nezgodah in sumih kaznivih dejanj NLA sodeluje s policijo in pravosodjem; pri tveganjih zaradi kemijskih, bioloških in fizikalnih dejavnikov pa uporablja strokovne podlage RIVM. S socialnimi partnerji sodeluje pri pripravi *arbocatalogov*, ki jih pri nadzorih uporablja kot referenčne sektorske standarde.

Nacionalne zbirke, digitalizacija in analitična orodja

Na Nizozemskem podatke o varnosti in zdravju pri delu zbira več institucij, ki vzpostavljajo medsebojno dopolnjujoč se informacijski sistem. Nizozemski inšpektorat za delo (NLA) vodi evidence o nadzorih, ugotovljenih kršitvah ter resnih in smrtnih nezgodah, kar omogoča ciljno usmerjeno načrtovanje nadzora in spremljanje trendov. Nacionalni statistični urad (*Centraal Bureau voor de Statistiek* – CBS) združuje administrativne, anketne in sektorske podatke ter pripravlja uradne statistike o delovnih pogojih, nezgodah, bolniških odsotnostih in invalidnosti, kar omogoča primerljivost med sektorji in skozi čas. NCvB vodi nacionalni register poklicnih bolezni, ki ima izključno preventivno in epidemiološko funkcijo, medtem ko UWV zbira podatke o bolniški odsotnosti, reintegraciji, odločbah o delovni zmožnosti in invalidskih pravicah v okviru socialnega zavarovanja. Poškodbe pri delu morajo delodajalci prijaviti digitalno inšpektoratu, evidenco manjših incidentov pa vodijo interno.

Digitalizacija je v sistemu VZD najrazvitejša na področju ocenjevanja tveganj. Osrednja nacionalna platforma *Steunpunt* RI&E ponuja sektorsko prilagojena digitalna orodja za identifikacijo tveganj, samodejno pripravo načrta ukrepov in preverjanje skladnosti z zakonodajo. Pri podjetjih z do 25 zaposlenimi se lahko potrjene digitalne metode uporabljajo brez dodatnega zunanjega strokovnega preverjanja, kar zmanjšuje administrativna bremena in

spodbuja redno posodabljanje RI&E. Na drugih področjih, kot so zdravstveni nadzor, usposabljanja in kadrovske evidence, enoten državni digitalni sistem ne obstaja; evidence vodijo delodajalci ali *arbodiensti*, skladno s predpisi o varstvu osebnih podatkov.

3.6 Portugalska

Uvod

Portugalska ima približno 10,3 milijona prebivalcev in približno 5,4 milijona delovno aktivnih oseb. Za državo so značilni izraziti demografski in regionalni razkoraki: gostota prebivalstva je visoka v obalnih urbanih območjih, notranjost pa se sooča z depopulacijo in omejeno dostopnostjo ključnih storitev, kar vpliva tudi na organizacijo sistemov varnosti in zdravja pri delu.

Gospodarstvo je izrazito storitveno, saj ta sektor zaposluje 70–75 % delovne sile. Industrija, predvsem avtomobilska in tekstilna, predstavlja približno četrtino zaposlenosti, kmetijstvo pa manj kot 5 %. Sektorji ustvarjajo raznolika tveganja: storitve prinašajo večjo izpostavljenost psihosocialnim obremenitvam in nestandardnim oblikam dela, industrija pa ohranja klasična varnostna in ergonomična tveganja.

Trg dela ostaja relativno stabilen, stopnja brezposelnosti se giblje okoli 6 %, a ostaja izrazito višja med mladimi. Zaposleni med 35 in 54 let predstavljajo skoraj 70 % vseh zaposlenih, medtem ko delež starejših od 55 let narašča. Nizka zastopanost mlajših delavcev (približno 10 %) ter regionalna razpršenost delovne sile ustvarjata dodatne izzive za kadrovsko pokritost in dostopnost preventivnih storitev VZD.

Mala in srednje velika podjetja predstavljajo hrbtenico portugalskega gospodarstva. Njihova številčnost in raznolikost vplivata na organizacijo VZD, saj imajo ta podjetja pogosto omejene administrativne in finančne kapacitete za izvajanje celovitih preventivnih ukrepov. Prevladovanje storitvenega sektorja in večja pojavnost nestandardnih oblik dela povečujeta potrebo po prilagodljivih, sektorju primernih rešitvah na področju varnosti in zdravja pri delu. Gospodarska struktura, sektorska razpršenost tveganj in demografska dinamika Portugalske ustvarjajo kompleksno okolje, ki zahteva diferencirane, na podjetniško strukturo prilagojene pristope k organizaciji sistema VZD.

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Pravni in institucionalni okvir varnosti in zdravja pri delu na Portugalskem je razdeljen med več resorjev in temelji na kombinaciji temeljnih zakonov, izvedbene zakonodaje ter tehničnih standardov. Ključni nosilec politike VZD je Ministrstvo za delo, solidarnost in socialno varnost

(*Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social* – MTSSS), ki oblikuje zakonodajo, nacionalne strategije ter načrte izvajanja VZD in usklajuje delovanje socialnih partnerjev. V okviru MTSSS deluje Generalni direktorat za zaposlovanje in delovna razmerja (*Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho* – DGERT), ki s strokovnimi in normativnimi nalogami podpira oblikovanje politik trga dela, vendar ne izvaja inšpekcijskega nadzora. Nadzor in izvrševanje zakonodaje sta zaupana Inšpektoratu za delovne razmere (*Autoridade para as Condições do Trabalho* – ACT), ki nadzira skladnost s predpisi, izvaja preventivne programe ter pripravlja smernice za podporo delodajalcem.

Zdravstveni del sistema je umeščen pod Ministrstvo za zdravje (*Ministério da Saúde*), kjer Generalni direktorat za zdravje (*Direção-Geral da Saúde* – DGS) določa strokovne standarde medicine dela, pripravlja smernice in skrbi za povezovanje VZD z nacionalnim zdravstvenim sistemom. Tripartitni socialni dialog poteka prek Stalne komisije za socialni dialog (*Comissão Permanente de Concertação Social* – CPCS), ki vprašanja VZD obravnava v širšem okviru delovnih razmerij. Portugalska nima enotnega nacionalnega inštituta za VZD; raziskovalne naloge so razpršene med univerzami in raziskovalnimi ustanovami v Lizboni, Portu in Coimbri.

Temelj portugalskega pravnega okvira VZD predstavlja dvojni zakonodajni steber: Delovni zakonik (*Código do Trabalho*) kot splošni delovnopravni okvir ter Zakon o promociji varnosti in zdravja pri delu (*Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho*) kot osrednji zakon, ki prenaša Direktivo 89/391/EGS. Delovni zakonik določa splošne obveznosti delodajalca, medtem ko zakon o promociji varnosti in zdravja pri delu vzpostavlja preventivni, v poklicna tveganja usmerjen pristop. Podzakonski akti operacionalizirajo zakonske zahteve in prinašajo specializirane rešitve. Pomemben del sistema predstavljajo tudi smernice, priročniki in kontrolni seznami ACT (*Autoridade para as Condições do Trabalho*), ki delodajalcem zagotavljajo praktična orodja za izvajanje ocenjevanja tveganja in nadzornih postopkov. Sistem se postopno prilagaja tudi novim oblikam dela, kot sta *teletrabalho* (delo na daljavo) in *trabalho híbrido* (hibridno delo).

Portugalska na področju varnosti in zdravja pri delu nima osrednjega nacionalnega raziskovalnega inštituta s področja VZD. Raziskovalno aktivnost izvajata ACT in nacionalni institut za javno zdravje *Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge* – INSA), ki zagotavlja javnozdravstveno podporo na področjih poklicnih tveganj, toksikologije in epidemiologije dela.

Zavarovanje in socialne pravice s področja varnosti in zdravja pri delu

Portugalski sistem socialnega zavarovanja zaposlenih je oblikovan kot celovit, večnivojski model, ki združuje javne in zasebne mehanizme ter zagotavlja širok obseg socialnih pravic. Osrednjo vlogo v sistemu ima državni sistem socialne varnosti, ki ga upravlja Inštitut za socialno varnost (*Instituto da Segurança Social* – ISS). Ta je pristojen za upravljanje obveznega socialnega zavarovanja ter celotno področje poklicnih bolezni, pri katerih ISS samostojno vodi postopke

ugotavljanja, priznavanja in izplačevanja pravic. Za razliko od številnih drugih držav pa Portugalska področje poškodb pri delu in nezgod na poti ureja preko obveznih polic, ki jih morajo delodajalci skleniti pri pooblaščenih zasebnih zavarovalnicah, kar pomeni, da je zavarovanje za ta tveganja v celoti tržno organizirano. Premije niso enotne, temveč odvisne od dejavnosti, tveganosti delovnega mesta in zgodovine nezgod posameznega delodajalca, kar omogoča oblikovanje ekonomskih spodbud v smeri izboljševanja varnosti pri delu.

Splošno socialno zavarovanje se financira preko enotne prispevne stopnje v višini 34,75 % bruto plače, od tega 23,75 % prispeva delodajalec, 11 % pa delavec; samozaposleni plačujejo 21,4 % svojih prihodkov. Prispevki se zbirajo v skupnem državnem fondu in niso razdeljeni po posameznih tveganjih, kar poudarja solidarnostno naravo sistema. Obvezno komercialno zavarovanje za poškodbe pri delu in nezgode pa se financira prek premij, ki jih plačujejo delodajalci, pri čemer zasebne zavarovalnice krijejo vse stroške zdravljenja, nadomestila med bolniško odsotnostjo, medicinsko in poklicno rehabilitacijo ter dolgotrajne rente v primeru trajne invalidnosti. V javnem sektorju zavarovalnih pogodb z zasebnimi zavarovalnicami ni, saj država deluje po modelu samozavarovanja, pri katerem je delodajalec država sama.

Pravice zaposlenih so jasno ločene glede na vzrok zdravstvene okvare. Poškodbe pri delu in poklicne bolezni zagotavljajo najvišjo raven zaščite, saj delavci prejmejo 100-odstotno kritje zdravstvenih storitev, hitro obravnavo brez čakalnih dob, financirano rehabilitacijo ter visoko raven denarnih nadomestil. Nadomestila za začasno nezmožnost zaradi poškodb pri delu običajno znašajo 70 % referenčne plače, pri daljši nezmožnosti pa se povečajo; trajna invalidnost daje pravico do doživljenjske rente, ki lahko doseže do 80 % prejšnjega dohodka z dodatki za vzdrževane družinske člane. Poklicne bolezni priznava državni organ Oddelek za varstvo pred poklicnimi tveganji (*Departamento de Proteção contra os Riscos Profissionais* – DPRP), ki vodi medicinsko in strokovno oceno, vključno s preiskavami delovnega mesta in določanjem trajne ali začasne invalidnosti.

Bolezni, ki niso povezane z delom, so prav tako del splošnega sistema socialnega zavarovanja, vendar z nekoliko drugačno ureditvijo pravic. Nadomestilo za bolniško odsotnost se izplačuje izključno iz državnega sistema socialne varnosti; delodajalec pri tem nima finančnih obveznosti, razen administrativnih. Višina nadomestila je odvisna od trajanja bolezni: 55 % referenčne plače za prvih 30 dni, 60 % za obdobje 31–90 dni, 70 % za 91–365 dni in 75 % po preteku enega leta. Pravica lahko traja do največ 1.095 dni pri zaposlenih, medtem ko so samozaposleni upravičeni šele od enajstega dne odsotnosti. Sistem predvideva tudi karenčno dobo prvih treh dni, razen v primerih hospitalizacije ali tuberkuloze. Od maja 2023 lahko delavci sami uveljavijo kratkotrajno bolniško odsotnost do treh dni prek portala *Serviço Nacional de Saúde* (SNS), vendar brez izplačila nadomestila.

Zdravstvena oskrba je v okviru splošnega zdravstvenega sistema sicer deloma vezana na participacijo uporabnikov, vendar je pri poškodbah pri delu in poklicnih boleznih popolnoma brezplačna, vključujoč diagnostiko, bolnišnično zdravljenje, rehabilitacijo, medicinske pripomočke in programe poklicne reintegracije. V primerih, ko je potrebna poklicna rehabilitacija ali prilagoditev delovnega mesta, financiranje zagotavlja bodisi ISS bodisi zasebna zavarovalnica, odvisno od vzroka zdravstvene okvare. Po preteku obdobja začasne nezmožnosti se presoja delovna zmožnost in po potrebi uvede invalidsko zavarovanje. Sistem predvideva tudi dodatne prejemke, kot so subvencije za prilagoditev bivališča, dodatek za pomoč tretje osebe ter družinske pravice v primeru smrti delavca zaradi poklicne bolezni ali poškodbe.

Portugalski model predstavlja kombinacijo solidarnostnega javnega sistema in tržno naravnanega zavarovalniškega mehanizma za poškodbe pri delu, ki deluje preventivno, zagotavlja hitro obravnavo ter nudi visoko raven zaščite tako pri zdravstvenih kot finančnih pravicah..

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Na Portugalskem strokovne naloge varnosti in zdravja pri delu izvajajo licencirani tehniki in inženirji varnosti, pri čemer licenco izdaja pristojni organ ACT. Tehniki opravljajo operativne naloge, kot so redni nadzori delovnih mest, izvajanje usposabljanj, preiskave nezgod, preverjanje uporabe osebne varovalne opreme in podpora delavcem pri vsakodnevnem izvajanju varnostnih ukrepov. Inženirji se ukvarjajo s strokovno zahtevnejšimi in strateškimi nalogami, med drugim z izdelavo ocen tveganja, načrtovanjem preventivnih ukrepov, pripravo varnostne dokumentacije, analizami delovnih procesov ter svetovanjem vodstvu pri uvajanju sistemskih izboljšav. Pri tem inženirji prevzemajo tudi vlogo povezovalca med podjetjem in ACT, zlasti v tehnično zahtevnih ali regulatorno pomembnih postopkih. Obseg njihovega dela je natančno normiran. Normativi določajo minimalno število strokovnih delavcev glede na število zaposlenih in stopnjo tveganja dejavnosti. V osnovi velja, da en tehnik pokriva manjša podjetja, nad določeno mejo zaposlenih pa se obvezno dodajajo dodatni strokovnjaki, pri čemer mora biti vsaj eden višje kvalificiran in usposobljen za strateško svetovanje ter nosilne naloge pri kompleksnih tveganjih. V sektorjih z visokim tveganjem so normativi strožji. Namen teh normativov je zagotoviti, da podjetja razpolagajo s strokovno podporo, ki je sorazmerna njihovim tveganjem in velikosti. Organizacija služb VZD je prav tako normirana. Na voljo so interne službe za večja ali visoko tvegana podjetja, skupne službe, ki jih lahko oblikuje več delodajalcev, zunanje službe, ki jih uporablja velika večina podjetij, ter omejena možnost samostojnega izvajanja v mikro podjetjih z nizkim tveganjem, kjer lahko naloge opravlja ustrezno usposobljen delodajalec ali pooblaščena oseba. Zaradi razširjene uporabe zunanjih izvajalcev je pomembna kakovost storitev, saj ta določa, ali je preventiva zgolj administrativno izpolnjena ali dejansko vpliva na varnostno kulturo podjetja. Normirani kadrovski standardi in natančno določene pristojnosti tehnikov in inženirjev tako zagotavljajo preglednost, profesionalizacijo in strokovno doslednost izvajanja VZD v portugalskih podjetjih.

Medicina dela je na Portugalskem zakonsko obvezna dejavnost, katere obseg je natančno normiran glede na število zaposlenih, tveganost delovnih procesov in organizacijsko strukturo podjetja. Normativi določajo minimalno prisotnost zdravnika medicine dela, ki jo mora delodajalec zagotoviti, pri čemer se zahtevani obseg povečuje v dejavnostih z večjimi tveganji. Zakonodaja predpisuje tudi največji dovoljeni obseg dela zdravnika, kar preprečuje preobremenjenost izvajalcev in zagotavlja strokovno kakovost preventivnih storitev. Obveznosti zdravnika medicine dela zajemajo predhodne, obdobne in kontrolne preglede, oceno delazmožnosti, poklicno in zdravstveno rehabilitacijo ter svetovanje delodajalcu pri prilagoditvah delovnega okolja. Preventivni zdravstveni pregledi so ključni element sistema: opravljajo se pred sklenitvijo delovnega razmerja, v rednih intervalih, ki so krajši v dejavnostih z višjim tveganjem, ter po daljši odsotnosti ali spremembi delovnega mesta. Pogostejši nadzor je predpisan za mladoletne delavce, starejše zaposlene in druge zdravstveno občutljive skupine, cilj pregledov pa je pravočasna prepoznava tveganj, ocena delazmožnosti ter usmerjanje delavcev v ustrezne prilagoditve dela. Organizacijsko je tudi medicina dela lahko vzpostavljena kot notranja služba v večjih podjetjih, in sicer kot skupna služba več delodajalcev ali – najpogosteje – kot zunanja storitev specializiranih izvajalcev. Ta model omogoča enostavnejšo organizacijo in dostop do strokovnjakov, hkrati pa morajo vsi izvajalci izpolnjevati enake normativne zahteve glede obsega in kakovosti dela. Ključni namen ureditve je doseči, da delodajalci medicine dela ne zagotavljajo le formalno, temveč v obsegu, ki dejansko odraža tveganja njihove dejavnosti. S tem portugalski sistem ustvarja enoten standard, ki zagotavlja stabilno, preventivno usmerjeno delovanje medicine dela v vseh sektorjih gospodarstva.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Inšpekcija za delo (*Autoridade para as Condições do Trabalho* – ACT) je osrednji portugalski organ za nadzor varnosti in zdravja pri delu ter delovnih razmerij. Kot nacionalni izvršilni organ deluje prek mreže regionalnih in lokalnih enot, kjer inšpektorji izvajajo nadzore z zakonskimi pooblastili za nenapovedane obiske delovišč, pregled dokumentacije, razgovore z delavci in odreditev nujnih ukrepov v primeru neposredne nevarnosti. Posebnost portugalskega nadzornega sistema je, da ACT nadzore pogosto izvaja v parih, saj inšpektorji praviloma odhajajo na teren skupaj; tak pristop povečuje njihovo varnost, omogoča sprotno strokovno izmenjavo ter izboljšuje zanesljivost ugotovitev.

Nadzor se izvaja proaktivno prek tematskih kampanj in preventivnih akcij ter reaktivno, na podlagi prijav, nezgod ali zaznanih kršitev. ACT vodi prekrškovne postopke in izreka sankcije, ki se stopnjujejo glede na resnost kršitve in lahko vključujejo opozorila, globe, odredbe o ustavitvi dela ali začasno zaprtje delovišča. Pri hujših poškodbah pri delu ACT sodeluje s policijo, pravosodjem in Inštitutom za socialno varnost (ISS), kar omogoča celovito obravnavo primerov, tudi tistih s kazenskimi elementi.

Poleg nadzora ACT opravlja tudi pomembno preventivno, izobraževalno in svetovalno vlogo: pripravlja smernice, sodeluje pri razvoju učnih programov ter vodi široke kampanje ozaveščanja o varnosti in zdravju pri delu. Ob tem se sooča s kadrovskimi omejitvami, neenakomerno razporejenostjo preventivnih strokovnjakov in potrebo po tehnološki nadgradnji, saj obstoječi informacijski sistemi še niso v celoti interoperabilni.

Nacionalne zbirke podatkov, digitalizacija in analitična orodja

Na Portugalskem so nacionalne zbirke podatkov o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih vzpostavljene na več ravneh, pri čemer ima osrednjo vlogo ACT, ki zbira podatke o prijavljenih poškodbah pri delu, izvedenih nadzorih in ugotovljenih kršitvah ter jih uporablja za operativno načrtovanje nadzorov in pripravo letnih poročil o stanju varnosti in zdravja pri delu. Pomemben vir informacij predstavljajo tudi zasebne zavarovalnice, saj je zavarovanje poškodb pri delu obvezno, kar zagotavlja široko statistično pokritost. Na področju poklicnih bolezni pomembno vlogo opravlja Inštitut za socialno varnost, ki vodi evidence priznanih primerov in beleži dolgoročni porast verificiranih poklicnih bolezni.

Digitalizacija postopkov s področja VZD predstavlja razvojni trend portugalskega sistema. Velik del postopkov, ki so bili prej vodeni v papirni obliki, je že prenesen v elektronske platforme, kar vključuje digitalne evidence zdravstvenih pregledov, usposabljanj, ocen tveganja in postopkov licenciranja zunanjih izvajalcev storitev VZD. Spremembe delovne zakonodaje po letu 2021 so pospešile uvedbo elektronskega letnega poročanja delodajalcev, digitalnih prijav kršitev in poškodb pri delu ter spletnih registrov, hkrati pa poudarile pomen zaščite zasebnosti in psihosocialnega zdravja delavcev. ACT pri svojem delu uporablja dva informacijska sistema, ki sta med seboj nepovezana, kar inšpektorjem povzroča podvajanje dela in zožuje pregled nad posameznimi primeri, zato strokovnjaki poudarjajo potrebo po celoviti IT infrastrukturi, ki bi omogočala boljšo povezljivost med državnimi organi, vključno z davčno upravo in socialno varnostjo, ter krepila možnosti za preventivno delovanje v realnem času. Prihodnji razvoj naj bi vključeval bolj integrirane platforme, nacionalni register strokovnjakov VZD ter uporabo naprednih tehnologij, kot so droni in senzorski sistemi IoT.

Na nacionalni ravni Portugalska uporablja več digitalnih platform, ki podpirajo izvajanje nadzora na področju varnosti in zdravja pri delu. ACT omogoča elektronsko prijavo poškodb, oddajo prijav kršitev ter dostop do smernic in obrazcev, medtem ko portal SPOT deluje kot enotna javna vstopna točka za podjetja, ki tam izpolnjujejo različne obveznosti, tudi s področja dela in zaposlovanja. Portugalska aktivno uporablja orodje OiRA (*OnlineinteractiveRiskAssessment*). Razvila je več kot 20 sektorskih digitalnih orodij za mikro in mala podjetja, ki omogočajo strukturirano ocenjevanje tveganj in načrtovanje ukrepov. ACT razvija tudi državna podporna orodja, kot so digitalni vodniki, tematske smernice in kontrolni seznami, ki so neposredno

povezani z zakonodajo in inšpekcijsko prakso, ter tako podjetjem zagotavljajo praktično pomoč pri načrtovanju in izvajanju preventivnih ukrepov.

4. Ključne razlike v ureditvi varnosti in zdravja pri delu med Slovenijo in izbranimi državami

V tem poglavju predstavljamo ključne razlike v ureditvi sistema varnosti in zdravja pri delu med Slovenijo in izbranimi državami. Primerjava se osredotoča na glavne zakonodajne rešitve, organizacijo sistema ter pristop k zagotavljanju varnega delovnega okolja. Namen poglavja je pokazati, kje se sistemi med seboj najbolj razlikujejo in kaj te razlike pomenijo za prakso.

4.1 Vsebinska izhodišča

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Na Češkem področje VZD urejata Zakon o delu (*Zákon č. 262/2006 Sb. – Zákoník práce*), ki določa osnovne obveznosti delodajalcev in delavcev glede varnosti in zdravja pri delu, in Zakon o zagotavljanju dodatnih pogojev varnosti in zdravja (*Zákon č. 309/2006 Sb., o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci*), ki konkretizira in dopolnjuje varnost in zdravje pri delu, ureja oceno tveganja, usposabljanje, preventivo, strokovne naloge ipd. Češki Zakon č. Sb. predstavlja temeljni predpis s področja varnosti in zdravja pri delu, ki vsebinsko ustreza slovenskemu Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1). Slovenski sistem temelji na enem celovitem zakonu z močnim poudarkom na načelih, preventivi in socialnem dialogu, medtem ko zakon 309/2006 Sb. podrobno ureja tehnične zahteve in vključuje posebno poglavje za gradbišča, s čimer je ureditev bolj tehnično specifična in razširjena tudi na delo izven klasičnih delovnih razmerij.

Zavarovanje socialnih pravic iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Primerjava slovenskega in češkega sistema zavarovanja za primer poškodb pri delu in poklicnih bolezni kaže na pomembne strukturne razlike, ki izhajajo iz zasnove financiranja, organizacije zavarovalnih nosilcev in ureditve postopkov priznanja pravic. Slovenija uporablja enoten, solidarno financiran socialno-zavarovalni model, v katerem so vsi delodajalci vključeni v isto shemo obveznega zdravstvenega in pokojninskega zavarovanja, prispevne stopnje pa so uniformne in ne odražajo razlik v tveganosti posameznih dejavnosti. Posledično sistem sicer zagotavlja stabilnost in univerzalen dostop do pravic, vendar ne vzpostavlja neposrednih ekonomskih spodbud za preventivno ravnanje delodajalcev. Češka nasprotno uporablja dvotirni model: obvezno komercialno zavarovanje odgovornosti delodajalcev krije odškodnine za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, medtem ko javni sistem socialne varnosti zagotavlja osnovna bolniška nadomestila in invalidske pokojnine. Premija v češkem sistemu je strogo diferencirana po dejavnosti in tveganju, saj se podjetja razvrščajo v tarifne skupine z znatnim razponom stopenj (od 2,8 ‰ do 50,4 ‰) glede na tveganost panoge, kar pomeni, da delodajalci

v nevarnejših panogah plačujejo bistveno več od manj tveganih, kar krepi preventivno naravnanost in odgovornost.

Socialne pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu

V Sloveniji se poškodbe pri delu in poklicne bolezni obravnavajo znotraj splošnih mehanizmov ZZZS in ZPIZ, medtem ko na Češkem obvezno zavarovanje delodajalcev krije širok nabor odškodnin, vključno z rentami, izgubljenim zaslužkom in stroški zdravljenja, pri čemer javni sistem krije osnovno socialno varnost in invalidnost, zavarovalnica pa razliko do polne odškodnine ali višje vrednosti pokojnine ali bolniškega nadomestila v primeru poklicnih tveganj. Češki sistem pri poškodbah pri delu temelji na neposredni odškodninski odgovornosti delodajalca, medtem ko v Sloveniji večino socialnih pravic zagotavlja obvezno socialno zavarovanje, delodajalec pa je odškodninsko odgovoren le ob dokazanih kršitvah VZD. Samozaposleni na Češkem do bolezni ali poškodbe niso upravičeni, če niso prostovoljno vključeni v zavarovanje za primer bolniške odsotnosti, medtem ko so v Sloveniji vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje in imajo pravice samodejno zagotovljene. Pri invalidnosti Slovenija zagotavlja širok nabor pravic v okviru ZPIZ-2, ki vključujejo poklicno rehabilitacijo, invalidnine in nadomestila, medtem ko je na Češkem poudarek bolj na odškodninah in nadomestilih za izgubo dohodka zaradi zmanjšane delovne zmožnosti. Češka uveljavlja tudi centraliziran in jasno opredeljen postopek priznanja poklicnih bolezni znotraj SZÚ: diagnozo potrjuje eden izmed pooblaščenih centrov medicine dela, higienska služba opravi ogled delovnega mesta, odločba pa temelji na objektivni dokazni podlagi in je enotna za celoten sistem. Češka dodatno nudi enoten sistem poklicne rehabilitacije prek državnega zavoda za zaposlovanje, kjer postopek vključuje oceno preostale delovne zmožnosti, načrt vrnitve na delo in usposabljanje, medtem ko je slovenska ureditev razpršena med različne institucije. Skupno gledano slovenski sistem temelji na načelu solidarnosti in univerzalnih pravic, ne diferencira tveganosti gospodarske dejavnosti in podjetjem ne daje neposrednih finančnih spodbud za izboljšanje varnosti, medtem ko češki model s kombinacijo komercialnega odškodninskega zavarovanja in javne socialne varnosti ustvarja tržno-preventivni okvir, ki bolj neposredno povezuje stroške delodajalcev z odgovornostjo za varnost in zdravje delavcev.

Bolniški stalež

Na Češkem je bolniška odsotnost urejena dvostopenjsko: prvih 14 dni nadomestilo (približno 60 % povprečnega dohodka) izplačuje delodajalec in to le za delovne dni, nato pa od 15. dne bolniško nadomestilo (*nemocenská*) izplačuje država preko ČSSZ za vsak koledarski dan odsotnosti, pri čemer lahko odsotnost traja največ 380 dni. V Sloveniji je ureditev drugačna: prvih 30 dni običajne bolezni krije delodajalec, po tem obdobju pa nadomestilo izplačuje ZZZS, pri poškodbi pri delu ali poklicni bolezni pa ZZZS nadomestilo krije že od prvega dne; višina je določena kot odstotek osnove (80–100 %), sistem pa nima časovne omejitve, primerljive s češko

380-dnevno mejo. Če je ugotovljena odgovornost delodajalca za škodo na zdravju delavca, ZZZS zoper njega uveljavlja regresni zahtevek, pri čemer je delodajalec za primer poškodbe pri delu pogosto dodatno zavarovan pri komercialni zavarovalnici.

Poklicne bolezni

Na Češkem je postopek verifikacije poklicnih bolezni jasno definiran: zdravnik ob sumu na poklicno etiologijo delavca napoti v enega od desetih pooblaščenih centrov medicine dela, ki potrdijo diagnozo in presodijo izpolnjevanje kriterijev iz državnega seznama poklicnih bolezni. Higienska služba izvede pregled delovnega mesta in oceni dejansko izpostavljenost. Na tej podlagi center izda odločbo o obstoju ali neobstoju poklicne bolezni, z možnostjo pritožbe. Ob priznani poklicni bolezni delavcu pripada individualno odmerjena odškodnina. Češka ima za razliko od Slovenije Nacionalni register poklicnih bolezni, ki je del zdravstvenega informacijskega sistema in povezan z evropskimi statistikami. Slovenija po prenovi Pravilnika o poklicnih boleznih (leta 2023) sicer postopoma vzpostavlja evidenco, vendar nacionalni register še ni razvit do enakega analitičnega in integracijskega nivoja.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Primerjava med slovenskimi in češkimi izvajalci nalog varnosti in zdravja pri delu razkriva, da je češki sistem bistveno bolj formaliziran, numerično reguliran in centraliziran, medtem ko je slovenski model bolj fleksibilen, manj normativen in prepušča več odgovornosti delodajalcem pri določanju obsega strokovne podpore na podlagi ocene tveganja. Obseg preventivnih ukrepov in aktivnosti VZD je odvisen od kategorije tveganj pretežne gospodarske dejavnosti (štiri kategorije). Delodajalec lahko sam priglasi dejavnost v 2. kategorijo. Če tega ne stori, se delo samodejno obravnava kot 1. kategorija, medtem ko o razvrstitvi dela v 3. in 4. kategorijo tveganja odloča regionalni organ javnega zdravja (KHS) in na katerega mora delodajalec nasloviti vlogo. Na Češkem naloge varnosti pri delu opravljajo strokovno usposobljene osebe za preprečevanje tveganj in koordinatorji varnosti na gradbiščih, ki pridobijo javno veljavno pooblastilo ter so vpisani v državno evidenco, kjer se spremlja tudi veljavnost licenc, pri čemer je število teh strokovnjakov natančno evidentirano. Na Češkem je področje usposabljanja, licenciranja in strokovnega nadzora izrazito centralizirano, saj ima licenca veljavnost pet let, izpite pa nadzira ministrstvo, kar zagotavlja bolj enoten standard znanja. V Sloveniji je sistem usposabljanj bolj odprt in tržno organiziran, brez časovno omejenih licenc ali nacionalnih obnovitvenih ciklov.

Službe medicine dela

Medicina dela je na Češkem organizirana kot pogodbeno razmerje med delodajalcem in izvajalcem, z zakonsko predpisano periodiko preventivnih pregledov, ki temelji na kategorijah tveganja in vključuje štiri jasno opredeljene ravni. Zdravniki medicine dela izvajajo preglede na

delovnih mestih s srednjim in visokim tveganjem, medtem ko preglede za dela z najnižjo ogroženostjo lahko opravljajo tudi zdravniki splošne (družinske) medicine, kar predstavlja pomembno razliko glede na slovenski model, kjer preglede opravljajo specialisti medicine dela. Pomembna razlika v primerjavi s Slovenijo je tudi ta, da je kategorizacija sistemsko ločena od medicine dela in je umeščena v upravno javne strukture, medtem ko v Sloveniji o vrsti, obsegu in periodiki preventivnega zdravstvenega pregleda zaposlenih presoja izključno posameznik – specialist medicine dela, prometa in športa. Pomembna razlika je tudi v razvitosti strokovnih podpornih struktur: na Češkem osrednjo vlogo igrajo specializirani centri medicine dela, regionalne higienske postaje in mreža strokovnih združenj ter univerz, ki sistematično podpirajo razvoj stroke, kar omogoča večjo specializacijo in jasnejše standarde, medtem ko v Sloveniji strokovna podpora obstaja, vendar ni enako institucionalno povezana in številčno razvita.

Raziskovalna infrastruktura

Češki Raziskovalni institut za delo in socialne zadeve (VIPSV) je centraliziran raziskovalno-informacijski center, ki skrbi za razvoj podatkovnih baz, metodoloških orodij, monitoring ter strokovno podporo delodajalcem in odločevalcem. Pokriva širok nabor področij od trga dela do VZD, ergonomije, preprečevanja nesreč in certificiranja OVO. V Sloveniji so te dejavnosti razpršene med več institucij, ki delujejo ločeno, brez enotne krovne raziskovalne organizacije na področju VZD.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Češki sistem inšpekcijskega nadzora temelji na jasni razmejitvi pristojnosti med tremi specializiranimi področji: varnost in zdravje pri delu, delovna razmerja ter zakonitost zaposlovanja. Več kot sto inšpektorjev v posameznih specializacijah omogoča širši nadzorni doseg in intenzivnejše terenske aktivnosti kot v Sloveniji. Posebnost češkega sistema so tudi obsežna pooblastila za takojšnje ukrepanje – inšpektorji lahko prepovejo uporabo strojev, delovišč ali tehnologij v primeru neposredne ogroženosti – kar je primerljivo s Slovenijo, vendar se v praksi na Češkem pogosteje uporablja zaradi jasno določenih postopkov in večje kadrovske zasedenosti. Poleg represivnih ukrepov ima češka inšpekcija poudarjeno svetovalno funkcijo, kar krepi preventivno vlogo nadzora. Druga ključna posebnost je vloga regionalnih higienskih postaj (KHS), ki delujejo kot ločeni javnozdravstveni nadzorni organi in pokrivajo področja, ki so v Sloveniji integrirana v pristojnosti inšpekcije za delo oziroma drugih organov. Na Češkem tako obstajata dva vzporedna in hkrati komplementarna nadzorna sistema: delovna inšpekcija za nadzor pravnega področja VZD ter KHS za nadzor izpostavljenosti. Ta model krepi nadzor nad dejavniki tveganja, posebej pri meritvah izpostavljenosti, pravilni kategorizaciji del in oceni dejanskih delovnih pogojev. V Sloveniji takšna dvotirna struktura ne obstaja, kar vpliva na obseg specializiranih nadzornih kompetenc.

Nacionalne evidence, digitalizacija, analitična orodja

Primerjava med slovenskim in češkim sistemom nacionalnih evidenc, digitalizacijo in uporabo analitičnih orodij na področju varnosti in zdravja pri delu kaže, da je češki sistem bolj strukturiran, centraliziran in podatkovno bogat, poleg tega pa tudi selektivno usmerjen, saj se osredotoča predvsem na evidentiranje poškodb pri delu in poklicnih bolezni, ne pa na celovit nadzor nad vsemi preventivnimi procesi. Češka uporablja enoten elektronski sistem poročanja o poškodbah pri delu prek portala SÚIP, ki od leta 2026 omogoča standardizirano oddajo zapisnikov o poškodbah pri delu in vključuje tudi poročanje vzrokov in okoliščin nesreč skladno z metodologijo ESAW, kar krepi primerljivost podatkov in analitično vrednost za inšpekcijske organe in statistične urade. Nacionalni register poklicnih bolezni je vključen v širši zdravstveni informacijski sistem in omogoča poglobljeno spremljanje incidence. Dodatno Češka vodi javne evidence strokovno usposobljenih oseb za preprečevanje tveganj in koordinatorjev VZD, evidence izrečenih glob, prijav kršitev ter obsega opravljenih nadzorov, medtem ko Slovenija takšne celovite, centralizirane podatkovne infrastrukture za izvajalce VZD nima. Digitalizacija na Češkem je napredovala zlasti na področju poročanja o poškodbah, povezovanja socialnovarstvenih podatkov prek e portala ČSSZ in vzpostavitve močne informacijske podpore prek strokovnih portalov, kot je BOZPinfo.cz, ki predstavlja osrednji strokovni informacijski kanal za področje VZD in omogoča hiter prenos znanja v prakso. Portal redno objavlja razlage zakonodaje, praktične metode, obrazce ter smernice, ki delodajalcem in delavcem pomagajo pri učinkovitem izvajanju preventivnih ukrepov in zagotavljanju skladnosti s predpisi. Slovenija ima v primerjavi s tem bolj razpršene evidence, omejeno digitalno poročanje in manj analitičnih orodij za nacionalno spremljanje tveganj in preventivnih ukrepov.

4.2 Danska

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Na Danskem področje varnosti in zdravja pri delu sodi pod Ministrstvo za zaposlovanje, ki določa politiko in sprejema predpise. Osrednji izvršilni organ pa je Danski inšpektorat za delovno okolje, ki poleg nadzora pripravlja tudi strokovne smernice in pravila. Sistem dopolnjuje tesno sodelovanje sektorskih uprav pri nadzoru področij s posebnimi tveganji ter dobro razvit tripartitni dialog, v okviru katerega ima od leta 2025 osrednjo svetovalno vlogo Svet za trg dela (*Arbejdsmarkedsrådet*), na panožni ravni pa pomembno delujejo partnerstva BFA, medtem ko obsežna raziskovalna infrastruktura, zlasti Nacionalni raziskovalni center za delovno okolje in Sklad za raziskave delovnega okolja (*Arbejdsmiljøforskningsfonden*), podpira preventivno ter podatkovno usmerjeno upravljanje delovnega okolja. Institucionalni okvir Slovenije je organiziran drugače: temeljni predpis je ZVZD-1, ki se izvaja prek podzakonskih aktov v okviru Ministrstva za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, kjer Sektor za varnost in zdravje pri delu pripravlja predpise, strokovna mnenja in nadzorne usmeritve, medtem ko nadzor nad

izvajanjem prevzema ločen Inšpektorat Republike Slovenije za delo; raziskovalno okolje ni centralizirano, temveč je razpršeno med različne institucije, socialni dialog pa je sicer prisoten, a manj formalno vpet v normativne postopke. Čeprav sta obe državi zavezani izvajanju enakih evropskih standardov, se pristopa razlikujeta: Danska poudarja decentralizirano upravljanje tveganj na ravni podjetij ob močni vlogi socialnih partnerjev in jasno določenih obveznostih delodajalcev, medtem ko je slovenski sistem bolj centraliziran in formaliziran, s poudarjeno vlogo inšpekcijskega nadzora in predpisanih postopkov, kar lahko ustvarja več administrativnih obremenitev.

Zavarovanje socialnih pravic iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Danska upravljanje zavarovanja iz naslova VZD deli med zasebne zavarovalnice, ki krijejo poškodbe pri delu, in javni organ AES, pristojen za poklicne bolezni. Premije niso enotne, temveč se razlikujejo glede na dejavnost, tveganost in statistiko poškodb v posamezni panogi, ki so razvrščene v 16 skupin, kar ustvarja jasne finančne spodbude za vlaganje v varnejše delovno okolje. Kot del sistema dodatnega pokojninskega zavarovanja (ATP) AES (zavarovanje za primer poklicne bolezni) zagotavlja stabilno izplačilo pravic tudi v primerih, ko delodajalec nima ustreznega zavarovanja. Čeprav je financiranje razdeljeno med komercialne in javne nosilce zavarovanja, je odločanje o pravicah centralizirano v AES, kar prispeva k enotni obravnavi in preglednosti stroškov. V Sloveniji so stroški poškodb pri delu in poklicnih bolezni vključeni v splošni sistem obveznega zdravstvenega in invalidskega zavarovanja, ki ga financirajo prispevki delodajalcev in delavcev. Ker premije niso prilagojene tveganju panoge, je sistem manj fleksibilen in ne ustvarja neposrednih spodbud za preventivo, kot jih omogoča danski model.

Socialne pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Danska ima visoko razvito infrastrukturo socialnega varstva, v katero je sistem varnosti in zdravja pri delu tesno vpet ter podprt s proračunskim financiranjem in tripartitnimi mehanizmi socialnega dialoga. V Evropi velja za eno najmočnejših socialnih držav, saj za socialno varnost namenja občutno višji delež BDP kot Slovenija (31,1 % proti približno 22–23 % v Sloveniji). Slovenija socialne pravice iz VZD ureja v okviru obveznih socialnih zavarovanj, ki jih vodita ZZZS (kratkotrajne odsotnosti in stroški zdravstvenega varstva) in ZPIZ (invalidnost, invalidske pokojnine, rente). Sistem temelji na obveznih prispevkih delodajalcev in delavcev, ne na proračunskem modelu, značilnem za Dansko. Slovenija tako zagotavlja stabilen, a strožje zavarovalniško organiziran sistem socialne varnosti, medtem ko Danska deluje predvsem na hibridnem modelu, ki združuje proračunsko financiranje, zasebne zavarovalnice in javni organ AES, ki odloča o pravicah iz naslova poklicnih tveganj.

Bolniški stalež

Na Danskem je bolniška odsotnost urejena kot deljena odgovornost delodajalca in občine: prvih 30 dni nadomestilo izplača delodajalec, po tem obdobju pa – ob izpolnjenih pogojih – nadomestilo prevzame občina. Višina *sygedagpenge* ni fiksni odstotek plače, temveč se določa glede na zaslužek in delovne ure ter je omejena z zakonskim maksimumom. Nadomestilo je praviloma mogoče prejemati do 22 tednov v devetih mesecih, nakar občina izvede obvezno revizijo upravičenosti; če pogoji niso več izpolnjeni, je oseba napotena v zaposlitveni program. Sistem *sygedagpenge* ne razlikuje med boleznijo, poškodbo pri delu ali poklicno boleznijo, saj posebnosti obstajajo le v okviru odškodninskega sistema AES, ki pa na višino bolniškega nadomestila ne vpliva.

Poklicne bolezni

Na Danskem deluje dvojni zavarovalni sistem, v katerem so poškodbe pri delu zavarovane pri zasebnih zavarovalnicah, poklicne bolezni pa spadajo pod javni sistem AES, ki je del širše pokojninske sheme ATP. AES je osrednji organ, ki nepristransko presoja, ali je primer povezan z delom, in določa pravice delavca. Pravice se priznajo šele po uradni verifikaciji AES ne glede na to, ali gre za poškodbo ali poklicno bolezen – v vsakem primeru AES odloči o priznanju in višini pravic, zasebna zavarovalnica pa zgolj izplača znesek, ki ga določi AES. Pri poklicnih boleznih AES vodi samostojne postopke, zbira dokumentacijo, ocenjuje izpostavljenost, uporablja seznam poklicnih bolezni ali vodi komplementarni postopek skupaj z Odborom za poklicne bolezni. Delodajalci morajo poškodbe prijaviti prek sistema EASY, zdravniki pa poklicne bolezni prek sistema ESS, kar omogoča centralizirano in digitalizirano obravnavo. Če delodajalec nima ustreznega zavarovanja, AES kljub temu zagotovi izplačilo delavcu in nato izda regresni zahtevek delodajalcu. Med pravice sodijo odškodnine za trajne posledice (vsaj 5 % telesna okvara), povračilo stroškov zdravljenja, rehabilitacije, pripomočkov ter podpora pri vrnitvi na trg dela. V Sloveniji se poklicne bolezni in poškodbe pri delu obravnavajo v okviru ZZZS in ZPIZ, kjer pravice izhajajo iz obveznega zdravstvenega in invalidskega zavarovanja. Postopki niso centralizirani v enotnem organu, kot na Danskem, temveč temeljijo na zdravstveni dokumentaciji, odločbah imenovanih zdravnikov ter invalidskih komisij ZPIZ.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Danski sistem izvajanja varnosti in zdravja pri delu temelji na kombinaciji notranjih in zunanjih strokovnih kapacitet, pri čemer so delodajalec, vodje in usposobljeni zaposleni prvi nosilci odgovornosti, kadar pa podjetje nima zadostnega znanja, mora po zakonu vključiti pooblaščeno svetovalno družbo, ki jo akreditira Danski inšpektorat za delovno okolje na podlagi strogih kadrovskih in strokovnih meril za pet področij tveganj. Ta organizacijski pristop, vezan na pooblaščene institucije in ne na posameznike, ustvarja sistemsko zagotovilo kakovosti in

omogoča nadzorovan trg zunanjih strokovnih storitev. Multidisciplinarni timi, ki združujejo tudi psihologe, sociologe, fizioterapevte, toksikologe, kemike in inženirje, omogočajo sistematičen prenos znanja v delovna okolja. V Sloveniji je ureditev drugačna: strokovne naloge VZD so neposredno vezane na posamezne strokovne delavce, ki morajo izpolnjevati zakonsko določene kriterije glede izobrazbe, usposabljanja in strokovnega izpita, medtem ko podjetja lahko izbirajo med lastnimi kadri ali zunanjimi strokovnjaki, pri čemer licenca vedno pripada posamezniku, ne organizaciji. Usposabljanje predstavnikov delavcev je na Danskem strogo strukturirano – člani odbora za varnost pri delu (AMO) morajo opraviti obvezno tridnevno osnovno usposabljanje v treh mesecih po imenovanju, nato pa redna dopolnilna izobraževanja, za katera delodajalec nosi dokazno odgovornost. V Sloveniji je obveznost usposabljanja delavskih zaupnikov sicer predpisana, vendar manj sistematično definirana in brez enako centraliziranega nadzora nad izvedbo. Dodatno Danska nekaterih specializiranih nalog ne ureja prek splošne licence za VZD, temveč prek obveznih posebnih usposabljanj (npr. koordinacija varnosti na gradbiščih, delo z azbestom), kar pomeni, da so zahteve vezane na dejavnost in konkretne delovne pogoje. V Sloveniji so te naloge integrirane v sistem pooblaščenih strokovnih delavcev, kar pomeni bolj enoten, vendar manj diferenciran pristop. Na Danskem pomembno vlogo pri ocenjevanju tveganj igrajo panožna partnerstva BFA, ki pripravljajo strokovne smernice, praktična orodja in panožno prilagojene metode za izvajanje ocene tveganja, s čimer podjetjem zagotavljajo visoko raven strokovne podpore. Ta partnerstva, v katerih sodelujejo predstavniki delodajalcev in delavcev, delujejo kot osrednji vir znanja in razvijajo usmeritve, ki jih Danski inšpektorat za delovno okolje uporablja tudi pri nadzorih. Skupna točka obeh držav je zakonska obveznost zagotavljanja kompetentnih strokovnjakov in izvedbe usposabljanj, vendar Danska vzpostavlja izrazito institucionalizirano, organizacijsko akreditirano in multidisciplinarno strukturo, medtem ko Slovenija temelji predvsem na individualni strokovni odgovornosti in formalnih izpitih strokovnih delavcev.

Službe medicine dela

Na Danskem je medicina dela pretežno organizirana v bolnišničnih enotah javnega zdravstvenega sistema, kjer specialistične klinike izvajajo diagnostiko bolezni zaradi izpostavljenosti pri delu, presojajo vzročnost, svetujejo delodajalcem ter zagotavljajo klinično obravnavo. Preventivni zdravstveni pregledi so praviloma ciljno usmerjeni in obvezni le tam, kjer to določajo posebni predpisi, na primer pri nočnem delu ali izpostavljenosti azbestu, pri čemer stroške pregledov krije delodajalec, vse klinične storitve pa ostajajo del javnega zdravstva. V Sloveniji poteka medicina dela v mreži pooblaščenih izvajalcev, ki delujejo kot javni ali zasebni ponudniki na trgu; delodajalec mora zaposlenim zagotoviti predhodne in obdobne zdravstvene preglede, ki jih financira v celoti, presojanje vzročnosti poklicnih bolezni pa poteka prek imenovanih zdravnikov, zdravstvene in invalidske komisije ter skupine strokovnjakov na KIMDPŠ, kar sistem zaradi razpršenosti pooblastil naredi manj pregleden in otežuje njegovo

enotno izvajanje v primerjavi z Dansko. Opazna razlika se kaže tudi na področju obravnave psihosocialnih tveganj. Slovenija ta tveganja vključuje predvsem v splošne postopke ocene tveganja, medtem ko Danska uporablja specializiran odlok, ki določa konkretne zahteve za preprečevanje stresa, nasilja, trpinčenja in preobremenjenosti, kar delodajalcem nudi bolj operativno in strukturirano podporo. Razlike v organizaciji medicine dela dodatno poudari dejstvo, da je danski sistem zaradi umestitve v bolnišnične strukture bolj enoten, strokovno usklajen in tesneje povezan z raziskovalnimi ter multidisciplinarnimi pristopi, medtem ko je slovenski sistem zaradi večje razpršenosti izvajalcev in pretežno tržnega izvajanja bolj heterogen, z večjimi razlikami v kakovosti in brez neposredne povezanosti s specialističnimi enotami drugih strok.

Raziskovalna infrastruktura

Danska ima izrazito centraliziran raziskovalni sistem na področju VZD, ki ga vodi Nacionalni raziskovalni center za delovno okolje (NFA) kot največja nacionalna institucija za to področje. Njegove interdisciplinarne raziskave zajemajo psihosocialne dejavnike, ergonomijo, kemijske in mikrobiološke vplive, varnost pri delu ter ekonomiko zdravja, rezultati pa se neposredno uporabljajo pri oblikovanju politik in v strokovni praksi. Stabilno ga financira kombinacija javnih sredstev in projektnih razpisov. Pomemben del raziskovalne infrastrukture je tudi Sklad za raziskave delovnega okolja, ki deluje pod Ministrstvom za zaposlovanje. Raziskovalno delo dopolnjujejo univerze, bolnišnične klinike medicine dela ter panožna in strokovna združenja, kar omogoča izrazito multidisciplinaren pristop in sistematičen prenos znanja. V Sloveniji raziskovalne funkcije niso zbrane v osrednjem nacionalnem centru, temveč so razpršene med univerze, NIJZ, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa ter strokovna društva. Njihova dejavnost je večinoma projektno financirana in tematsko omejena. Zaradi tega raziskovalni sistem nima enake kontinuitete in povezave s politikami kot danski, prenos znanja pa je manj sistematičen in bolj odvisen od posameznih institucij ter projektov.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Danski inšpektorat za delovno okolje se od slovenskega razlikuje predvsem po organizacijski zmogljivosti, širini pristojnosti in izvedbi nadzora. Deluje v centraliziranem sistemu treh regionalnih centrov s približno 300 inšpektorji, kar omogoča pogostejše, obsežnejše in bolj specializirane nadzore. Slovenski Inšpektorat za delo zaradi bistveno manjših kadrovskih resursov izvajanja nadzora ne more uveljavljati v primerljivem obsegu. Danski inšpektorji razpolagajo s širokimi pooblastili, medtem ko so v Sloveniji pooblastila formalno podobna, vendar je njihova uporaba v praksi omejena zaradi postopkovnih zahtev in kadrovske podhranjenosti. Pomembna razlika je tudi v pristopu: danski model poleg nadzora poudarja svetovalno funkcijo in aktivno sodelovanje s socialnimi partnerji, medtem ko slovenski sistem ostaja izrazito pravno-formalen in manj sistematično usmerjen v svetovanje delodajalcem.

Posebnost danskega sistema je intenzivno medinstitucionalno sodelovanje, zlasti v skupnih akcijah, kjer inšpektorat usklajeno deluje s policijo, davčnimi organi in migracijskimi službami. V Sloveniji možnosti za tak nadzor obstajajo, a je realizacija redkejša in manj obsežna. Danska inšpekcija je tako v primerjavi s slovensko kadrovsko močnejša, digitalno podprta ter izrazito preventivno in razvojno usmerjena, z boljšim vključevanjem v širši sistem delovnega okolja.

Nacionalne evidence, digitalizacija, analitična orodja

Danska ima močno razvite nacionalne zbirke podatkov in digitalne sisteme, ki podpirajo upravljanje varnosti in zdravja pri delu, saj centralizirani portali združujejo podatke o poškodbah pri delu, poklicnih boleznih, inšpekcijskih nadzorih in trendih po dejavnostih. Prijave potekajo prek digitalnih sistemov, kar omogoča sprotno zbiranje podatkov, boljšo analitiko in hitrejše ukrepanje, medtem ko se institucije, kot so inšpektorat, raziskovalne ustanove, klinike medicine dela in organi socialne varnosti, zanašajo na integrirane in med seboj povezane informacijske tokove. Sistem je zato izrazito proaktiven in omogoča, da se nadzor ter preventivne aktivnosti načrtujejo na podlagi realnih podatkov in hitro spreminjajočih se tveganj. Poškodbe pri delu delodajalec prijavi prek sistema EASY, poklicne bolezni pa zdravnik prek sistema AES. AES pa vodi celoten postopek, zbira dokumentacijo in odloča o pravicah. V Sloveniji prijave potekajo prek različnih poti, odvisno od vrste primera, brez enotnega osrednjega odločevalca. Danska tako izstopa po večji enotnosti postopkov, bolj neposredni odgovornosti delodajalcev ter jasni ločitvi med javnim in zasebnim financiranjem.

4.3 Finska

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Finski sistem VZD temelji na Zakonu o varnosti in zdravju pri delu ter Zakonu o zdravstvenem varstvu pri delu, ki uresničujeta preventivni pristop in odgovornost delodajalcev za sistematično obvladovanje tveganj. Podzakonski predpisi natančno urejajo posamezna tveganja in zdravstveni nadzor. Slovenska ureditev temelji na ZVZD 1, ki prav tako izhaja iz Direktive 89/391/EGS, vendar je normativno podrobnejša – bolj formalno določa obveznosti delodajalcev, strokovnih delavcev in postopke ocenjevanja tveganj. Na Finskem ima Ministrstvo za socialne zadeve in zdravje osrednjo vlogo pri oblikovanju zakonodaje, strategij in nacionalnih programov ter koordinaciji področja VZD v sodelovanju z drugimi organi in strokovnimi institucijami. V Sloveniji podobno vlogo opravlja MDDSZ[2], vendar je podpora raziskovalnih in strokovnih ustanov

[2] V poročilu se uporablja naziv Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti (MDDSZ), ki je veljal v obdobju priprave poročila in izvajanja obravnavanih aktivnosti. Zaradi preglednosti in skladnosti z izvirnimi viri se naziv MDDSZ ohranja tudi po reorganizaciji vlade leta 2026. Del njegovih pristojnosti, vključno s področjem varnosti in zdravja pri delu, je bil prenesen na Ministrstvo za gospodarstvo, delo in šport (MGDPŠ), preostali del pa na Ministrstvo za demografijo, družino in socialne zadeve.

manj sistematično integrirana kot v finskem modelu. Izvajanje zakonodaje na Finskem zagotavljajo inšpekcijski organi, ki od 1. 1. 2026 delujejo znotraj osrednje nacionalne nadzorne agencije.

Zavarovanje socialnih pravic iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Finski sistem socialnega zavarovanja za poklicna tveganja temelji na obveznem zavarovanju delodajalca pri zasebnih komercialnih zavarovalnicah, medtem ko država preko nacionalnega Centra za odškodnine delavcem TVK zagotavlja zakonodajni okvir, regulacijo in nadzor. S tem sistem skrbi za enotnost obravnav. Premije se določajo na podlagi dejavnosti, stopnje tveganja in škodne zgodovine podjetja, pri čemer sistem uporablja *bonus–malus* mehanizme, ki nagrajujejo bolj varna delovna okolja in sankcionirajo povišana tveganja. Celotna shema deluje po načelu *no-fault*, zato delavcu ni treba dokazovati krivde delodajalca – zavarovalnice o pravicah odločajo v upravnem postopku na podlagi medicinskih in dokumentarnih dokazov. V Sloveniji poklicna tveganja niso zavarovana pri zasebnih zavarovalnicah, temveč znotraj javnega sistema obveznih socialnih zavarovanj, ki ga financirajo prispevki delodajalcev. Prispevki se ne razlikujejo glede na tveganost dejavnosti ali škodno zgodovino, temveč se zbirajo prek FURS in prehajajo v dva nosilca: ZZZS za zdravstveno zavarovanje ter ZPIZ za invalidsko in pokojninsko zavarovanje. Pravice pa se uveljavljajo v ločenih postopkih, kar sistem naredi bolj administrativno razdeljen, glede poklicnih bolezni pa tudi pomanjkljiv.

Socialne pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Finska shema omogoča povezano in pregledno obravnavo vseh pravic – od zdravstvene oskrbe do medicinske in poklicne rehabilitacije ter nadomestil za začasno ali trajno izgubo delovne zmožnosti. Ker so vse pravice financirane iz istega zavarovalnega sistema, poteka odločanje hitro in učinkovito, delavci pa praviloma prejemajo višje in manj časovno omejene nadomestitve kot v splošnem sistemu bolniškega nadomestila. V Sloveniji so pravice razdeljene: ZZZS krije zdravljenje in nadomestilo plače v času bolniške odsotnosti, ZPIZ pa odloča o invalidnosti, invalidski pokojnini in poklicni rehabilitaciji. Uveljavljanje pravic je vezano na dokazovanje vzročnosti in ločene upravne postopke. Finski model tako predstavlja tržno organizirano, vendar strogo regulirano in poenoteno ureditev, usmerjeno v učinkovito obravnavo poklicnih tveganj, medtem ko slovenski ostaja javnopravni, razdeljen med več nosilcev in v veliki meri odvisen od upravnih postopkov, dokazovanja vzročnosti ter skladnosti prispevkov.

Bolniški stalež

Na Finskem imajo zaposleni pravico do nadomestila za bolniško odsotnost v okviru splošnega sistema socialne varnosti, ki ga upravlja nacionalna zavarovalnica KELA. Nadomestilo ob običajni

bolezni najprej izplača delodajalec, nato pa ga prevzame KELA, pri čemer se višina nadomestila izračuna iz preteklih dohodkov in praviloma znaša približno 70 % referenčnega dohodka, z omejitvijo na približno 300 delovnih dni. V primerih poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pravice preidejo v shemo zavarovanja za poklicna tveganja: nadomestilo pa izplačuje zavarovalnica, in sicer prvih 28 dni praviloma v višini 100 % izgubljenega dohodka, nato približno 85 % brez 300-dnevne omejitve, saj gre za ločeno, ugodnejšo shemo v okviru obveznega zavarovanja po Zakonu o delovnih nesrečah in poklicnih boleznih (*Työtapaturma- ja ammattitautilaki* – 459/2015). V Sloveniji je ureditev drugačna. Nadomestilo med bolniško odsotnostjo je del javnega sistema obveznega zdravstvenega in invalidskega zavarovanja. ZZZS krije odsotnost zaradi bolezni ali poškodbe pri delu, medtem ko ZPIZ odloča o invalidnosti in trajnih posledicah. Sistem ne uporablja zasebnih zavarovalnic in ne razlikuje višin nadomestil po shemah; pravice se uveljavljajo v ločenih upravnih postopkih. Ključna razlika je torej v tem, da Finska uporablja dve shemi: zavarovalnico Kela za splošne bolezni in poškodbe (časovno omejena, približno 70 %) ter obvezno zavarovanje pri zasebnih zavarovalnicah za poškodbe pri delu/poklicne bolezni (višja nadomestila, brez stroge časovne omejitve). Slovenija pa vse oblike nezmožnosti za delo obravnava znotraj enotnega javnega sistema, kar pomeni manj diferenciacije.

Poklicne bolezni

Finska že desetletja uporablja enoten sistem obravnave poklicnih bolezni v okviru iste zavarovalne sheme kot poškodbe pri delu. Postopek temelji na strokovni presoji in zakonskih kriterijih, kar omogoča hitro, pregledno in predvidljivo uveljavljanje pravic. V Sloveniji delavci kljub zakonskim pravicam pogosto te ne uveljavljajo zaradi razdeljenosti institucij. Razlika med sistemoma ostaja velika: finski postopek je integriran, hiter in enoten, slovenski pa še vedno administrativno težji in razdeljen med ZZZS, ZPIZ in KIMDPŠ.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

V finskem sistemu varnosti in zdravja pri delu strokovni delavci za VZD niso zakonsko opredeljeni kot poseben, reguliran poklic. Zakonodaja od delodajalca zahteva le, da zagotovi ustrezno strokovno znanje za upravljanje tveganj, ne pa določene kvalifikacije ali licenciranega profila »strokovnega delavca VZD«. Finski pristop temelji na fleksibilnosti in odgovornosti delodajalca, ki lahko naloge VZD organizira interno ali jih odda zunanjim strokovnjakom. Strokovnost zagotavljajo multidisciplinarni timi, prosti trg storitev in močne nacionalne strokovne institucije, zlasti Finski inštitut za zdravje pri delu, ki deluje kot osrednja raziskovalna in podporna organizacija brez nadzornih pooblastil. To pomeni, da finski sistem znanje in kompetence gradi skozi prakso, interdisciplinarnost in strokovne smernice, ne pa z obveznimi licencami. Slovenski model je precej bolj normativen in formaliziran. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) določa obveznost, da mora delodajalec imenovati strokovnega delavca za VZD ali skleniti pogodbo s pooblaščenim zunanjim izvajalcem. Gre za reguliran poklic, za katerega podzakonski

akti natančno opredeljujejo pogoje: zahtevano izobrazbo, delovne izkušnje, obvezna dodatna usposabljanja (vključno s strokovnim izpitom) in periodično preverjanje znanja. Strokovni delavec ima zakonsko določene naloge – pripravo strokovnih podlag, sodelovanje pri oceni tveganja, preiskave delovnega okolja, sodelovanje pri usposabljanju delavcev ter izvajanje notranjega nadzora nad ukrepi delodajalca. Slovenski sistem naj bi s tem zagotavljal strokovno poenotenje, vendar je pri tem manj fleksibilen in administrativno zahtevnejši.

Službe medicine dela

Razlike se izrazito kažejo tudi pri službah medicine dela. Na Finskem ureja področje Zakon o zdravstvenem varstvu pri delu, ki zahteva, da vsak delodajalec organizira preventivne storitve medicine dela, ki so del integriranega modela. Preventiva je zakonsko obvezna, kurativne storitve pa so vključene v več kot 90 % organiziranih služb medicine dela, kar omogoča tesno povezavo med zdravstvenim nadzorom in delovnimi procesi. Finski sistem medicine dela je izrazito interdisciplinaren in vpet v podjetniške procese: sodeluje pri ocenjevanju tveganj, spremlja delavce, izvaja zdravstveni nadzor in svetuje delodajalcem. Vloga medicine dela je zato vsebinsko širša in bolj preventivno-organizacijska, podprta z raziskovalno infrastrukturo FIOH-a. V Sloveniji je medicina dela urejena ločeno od sistema VZD in javnega zdravja. Preventivne preglede in zdravstveni nadzor določa ZVZD-1 s posebnimi pravilniki, ki od izvajalcev medicine dela zahtevajo skladnost s predpisanimi postopki. Službe medicine dela so osredotočene predvsem na zdravstvene preglede in odločanje o delazmožnosti, medtem ko je njihova povezava z ocenjevanjem tveganj v podjetjih šibkejša kot v finskem modelu.

Raziskovalna infrastruktura

Raziskovalna infrastruktura VZD na Finskem je osredotočena v Finski inštitut za zdravje pri delu (FIOH), ki združuje raziskovanje, razvoj metod, pripravo strokovnih smernic in podporo oblikovanju politik, pri čemer deluje kot osrednji znanstveni steber finskega sistema. FIOH izvaja interdisciplinarne raziskave o delovnih pogojih, poklicnem zdravju in preprečevanju tveganj, rezultati analiz in raziskav pa neposredno vplivajo na nacionalne programe in preventivne prakse, čeprav sam Inštitut nima zakonodajnih ali nadzornih pristojnosti. V Sloveniji ni centralne raziskovalne institucije; raziskovalne naloge so razpršene med NIJZ, KIMDPŠ, univerzami in projektnimi skupinami, kar vodi do manj usklajenega razvoja znanja ter šibkejše povezave med raziskovanjem in oblikovanjem politik.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Finska inšpekcija dela deluje v okviru centraliziranega nadzornega organa in temelji na obsežnem, podatkovno podprtem ter preventivno usmerjenem nadzoru varnih in zdravih delovnih pogojev. Slovenska inšpekcija dela kot samostojen organ nadzira predvsem skladnost

delodajalcev z delovno zakonodajo ter delovnimi razmerji, pri čemer je njen pristop bolj formalen, kadrovsko omejen in manj analitično podprt. Ključna razlika je, da finski model temelji na proaktivnem, v tveganja usmerjenem nadzoru, z močnim medinstitucionalnim sodelovanjem, medtem ko slovenski model ostaja pretežno reaktiven, centraliziran in z omejenimi preventivnimi mehanizmi.

Nacionalne evidence, digitalizacija, analitična orodja

Na Finskem je sistem zbirk podatkov o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih centralno koordiniran, saj ključne podatke zbirajo državni statistični urad (*Statistics Finland*), zavarovalniške institucije pod okriljem TVK ter raziskovalni registri FIOH (npr. register poklicnih bolezni), kar omogoča celovit vpogled v trende, tveganja in posledice nezgod ter poklicnih bolezni. V Sloveniji pa je zbiranje podatkov razpršeno med ZZZS, IRSD, NIJZ in ZPIZ, brez enotnega registra poklicnih bolezni ali integrirane platforme za spremljanje poškodb. Posledično je analitični vpogled omejen, metodologije se razlikujejo, sistem pa ne omogoča enakega preglednega sledenja trendom kot finski model. Na področju digitalizacije Finska uporablja povezan sistem elektronskih rešitev, ki omogoča e-prijavo nezgod, elektronsko izmenjavo medicinske dokumentacije, digitalne evidence usposabljanj in zdravstvenih pregledov ter podatkovno podprt nadzor. Slovenija deluje z delno digitaliziranimi, nepovezanimi evidencami, kjer vsak organ vodi svoj ločen informacijski sistem, elektronsko poročanje pa ni enotno integrirano.

4.4 Francija

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Francija ima centraliziran in jasno strukturiran sistem varnosti in zdravja pri delu, ki temelji na strogo normiranih obveznostih delodajalcev ter močni, zakonsko neodvisni medicini dela. Ključni dokument ocene poklicnih tveganj (DUERP) zagotavlja enotno, sistematično upravljanje tveganj, pri čemer nacionalne institucije, kot sta INRS in AM RP, podpirajo podjetja z metodologijo in strokovnimi orodji. Sistem dopolnjujejo Ministrstvo za delo, Inšpektorat za delo ter COCT, ki usklajuje sodelovanje socialnih partnerjev. Slovenska ureditev temelji na ZVZD-1 in izjavi o varnosti z oceno tveganja, ki je po vsebini podobna DUERP, vendar manj natančno normirana. Sistem je bolj decentraliziran, odgovornost za izvajanje ukrepov pa je v večji meri prepuščena delodajalcem, ki jih podpirajo strokovni delavci za varnost pri delu, izvajalci medicine dela ter Inšpektorat RS za delo. Največja razlika med državama je stopnja institucionalizacije: francoski model je bolj celovit, centralno voden in močno podprt z nacionalnimi strokovnimi institucijami, medtem ko slovenski sistem ostaja organizacijsko bolj razpršen in na izvedbeni ravni odvisen od individualne odgovornosti in zavzetosti delodajalcev.

Zavarovanje socialnih pravic iz naslova varnosti in zdravja pri delu

V Franciji je zavarovanje za poškodbe pri delu in poklicne bolezni organizirano kot samostojen podsistem AM-RP znotraj javnega sistema socialne varnosti (CNAM). Gre za specializirano, nekomercialno ureditev, v kateri delodajalci plačujejo celotne prispevke, delavci pa k zavarovanju ne prispevajo neposredno. Prispevne stopnje so diferencirane glede na tveganost dejavnosti in v večjih podjetjih tudi glede na njihovo lastno zgodovino poškodb pri delu in poklicnih bolezni, kar deluje kot finančna spodbuda za izboljševanje preventivnih ukrepov varnosti pri delu. Sistem tako uporablja mehanizme, ki funkcionalno delujejo podobno kot *bonus–malus*, saj višje tveganje pomeni višji prispevek, boljša varnostna kultura pa lahko prispevke zniža. Del sredstev iz naslova AT/MP je namenjen financiranju preventivnih programov, raziskav, strokovne podpore ter nacionalnih kampanj za zmanjševanje poklicnih tveganj. Zavarovanje hkrati omogoča sistematično zbiranje podatkov o nezgodah in poklicnih boleznih, kar se uporablja za oblikovanje preventivnih strategij ter določanje višine prispevkov delodajalcev. Pomembno je tudi, da storitve medicine dela niso financirane iz AM-RP, temveč jih mora zagotoviti in plačati delodajalec. V Sloveniji takšne ločenosti in specializiranosti sistema ni. Pravice iz naslova poškodb pri delu in poklicnih bolezni so vključene v enoten sistem socialnega zavarovanja, brez posebne veje, ki bi bila namenjena zavarovanju izključno poklicnih tveganj. Prispevki niso diferencirani po tveganju podjetja ali panoge v enakem obsegu, zato finančni mehanizmi ne delujejo kot spodbujevalci preventivnih vlaganj. Nacionalnih preventivnih programov na področju poklicnih tveganj v Sloveniji ni, zbrani podatki o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih pa niso sistematično povezani s prispevki ali zavarovalnimi spodbudami. Ključna razlika med državama je, da Francija uporablja visoko specializiran, finančno diferenciran in preventivno usmerjen model zavarovanja poklicnih tveganj AT/MP, medtem ko Slovenija deluje v manj spodbudno naravnanem sistemu, kjer poklicna tveganja skoraj ne vplivajo na zavarovanje socialnih pravic.

Socialne pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu

V Franciji sistem AT/MP delavcem zagotavlja znatno širši obseg socialnih pravic kot splošno zdravstveno zavarovanje. To pomeni, da stroške zdravstvene oskrbe in medicinske rehabilitacije zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni v celoti krije zavarovalnica. Zaposleni je upravičen do nadomestila za čas začasne nezmožnosti od prvega dne odsotnosti (sicer od tretjega), poklicne rehabilitacije, vračanja na delo in nadomestila in rente v primeru trajnih posledic. Ob smrti delavca so do pravic upravičeni tudi družinski člani. V Sloveniji ni ločenega posebnega zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, kot ga poznajo v Franciji. Te pravice so vključene v splošni sistem zdravstvenega in invalidskega zavarovanja, zato se obravnavajo enako kot druge zdravstvene pravice. To v praksi pomeni, da zaposleni nimajo širšega nabora posebnih pravic, razen pri izplačilih nadomestil za začasno ali trajno nezmožnost za delo, kadar je ta posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni. V teh primerih sistem zagotavlja določene

dodatne ugodnosti, vendar ne gre za tako ločen in specializiran režim, kot ga pozna francoski sistem.

Bolniški stalež

V Franciji je bolniški stalež urejen v okviru sistema splošne socialne varnosti, kjer delavci prejmejo dnevna nadomestila po treh dneh karence, izplačevanje pa se začne četrti dan odsotnosti. Nadomestilo praviloma znaša 50 % osnovnega plačnega izračuna, pri čemer se lahko delodajalec odloči za dopolnitev izplačila na podlagi kolektivnih pogodb ali internih pravil. Francija uvaja tudi strožje omejitve glede trajanja bolniškega staleža, saj ambulantni zdravniki lahko odobrijo odsotnost največ za petnajst dni, bolnišnice za trideset dni, podaljšanja pa so mogoča le ob zdravstveno utemeljenih razlogih in so časovno omejena na največ dva meseca. Zdravnik medicine dela v Franciji ne odloča o bolniškem staležu, temveč se vključi v proces vračanja na delo, ko oceni zmožnost za varno ponovno vključitev v delo in predlaga prilagoditve delovnega mesta. V Sloveniji se bolniški stalež financira drugače, saj delodajalec krije nadomestilo za prvih trideset dni odsotnosti, nato pa preide izplačevanje na Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Višina nadomestila je odvisna od razloga zadržanosti od dela in lahko znaša od 70 do 100 % osnove, pri čemer se pri poškodbah pri delu in poklicnih boleznih izplačuje v polni višini. Za razliko od Francije slovenska zakonodaja ne določa najdaljšega dovoljenega trajanja bolniškega staleža; odsotnost traja toliko časa, dokler osebni zdravnik meni, da delavec ni sposoben opravljati dela. ZZZS pri tem določa zgornje omejitve izplačil, ki so vezane na najvišjo dopustno višino nadomestila. Francoski sistem je tako strožje reguliran, časovno omejen z jasno določenimi pravili trajanja in višine nadomestil.

Poklicne bolezni

V Franciji so pravice iz naslova poklicnih bolezni urejene v posebnem zavarovalnem sistemu AT/MP, ki deluje ločeno od preventivnih dejavnosti medicine dela. Priznavanje bolezni poteka v okviru javnega zdravstvenega zavarovanja, kjer delavec ali njegov osebni zdravnik vloži prijavo pri lokalni enoti CPAM, ki preveri izpolnjevanje zakonskih pogojev in odloči o priznanju pravic. Če je bolezen na uradnem seznamu in so izpolnjeni pogoji glede izpostavljenosti, se prizna brez dodatnega dokazovanja; v drugih primerih se izvede individualna presoja, o kateri odloča posebna strokovna komisija. Specialisti medicine dela pri odločanju ne sodelujejo, lahko pa prispevajo strokovna mnenja o delovnih pogojih. Po priznanju delavec pridobi pravice iz sistema AT/MP, ki vključujejo celotno kritje zdravstvene oskrbe ter nadomestila in rente. Odločbe CPAM so pomembne tudi za nacionalno spremljanje poklicnih tveganj. Glavna razlika v primerjavi s Slovenijo je, da Francija uporablja centraliziran, zavarovalniško organiziran sistem zavarovanja za poklicna tveganja AT/MP, ki zagotavlja širši obseg pravic in upravno odločanje prek CPAM,

medtem ko Slovenija priznava poklicne bolezni v okviru ločenih postopkov strokovne presoje interdisciplinarne skupine strokovnjakov na KIMDPŠ ter znotraj splošnih socialnih zavarovanj (ZZZS in ZPIZ).

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

V Franciji je strokovno delo na področju varnosti in zdravja pri delu zasnovano izrazito interdisciplinarno. Večino storitev izvajajo medpodjetniške neprofitne službe, v katerih delujejo multidisciplinarne ekipe zdravnikov medicine dela, medicinskih sester, ergonomov, higienikov, psihologov dela in drugih strokovnjakov. Takšna organiziranost omogoča celovit pristop k preprečevanju psihosocialnih obremenitev, ergonomskih tveganj in izpostavljenosti kemičnim dejavnikom. Pomemben del sistema predstavlja razvito področje ergonomije, utemeljeno na raziskovalnih institucijah, kot sta CNAM in INRS, ter na pristopu *ergonomie de l'activité*, ki se osredotoča na prilagajanje delovnih pogojev dejanskemu delu ljudi. Strokovne naloge so razdeljene med notranje službe v velikih podjetjih in zunanje specializirane organizacije, ki jih pretežno uporabljajo mala in srednja podjetja. Dodatno strokovno podporo nudi zavarovalniški sistem, predvsem INRS in AM-RP, ki zagotavljata metodološka orodja za ocenjevanje tveganj (DUERP). Financiranje strokovnih storitev temelji večinoma na obveznih prispevkih delodajalcev v sistem zavarovanja poklicnih tveganj AT-RP, kar omogoča stabilno organiziranost in dostopnost strokovnih storitev. V Sloveniji je strokovna podpora ožja in temelji predvsem na strokovnih delavcih za VZD, ki kvalifikacije potrdijo s strokovnim izpitom. Vloga ergonomov, psihologov dela in strokovnjakov iz drugih strok je izjema, večinoma omejena na večje organizacije ali specifične projektne naloge. Organizacija strokovnih služb je prepuščena delodajalcem, ki se sami odločajo med notranjimi in zunanjimi izvajalci, financiranje pa poteka tržno in ni povezano z zavarovalniškimi sistemi. Ključna razlika med državama je v tem, da službe VZD v Franciji delujejo v okviru močno razvitega, interdisciplinarnega in institucionalno podprtega sistema, vpetega v ločeni zavarovalniški sistem, medtem ko se Slovenija opira predvsem na tehnično-varnostni pristop z omejenim vključevanjem drugih strok in s financiranjem, ki je prepuščeno posameznim delodajalcem ter tržnim mehanizmom.

Službe medicine dela

V Franciji je medicina dela organizirana kot obvezna javna služba, v katero so vključeni vsi zaposleni, ne glede na vrsto zaposlitve ali velikost podjetja. Večinoma se izvaja v okviru zunanjih medpodjetniških preventivnih služb, ki delujejo kot neprofitne enote in zagotavljajo storitve številnim manjšim podjetjem. Večja podjetja lahko vzpostavijo lastne interne službe medicine dela, vendar morajo enako spoštovati enotne standarde delovanja. Posebnost francoskega sistema je, da so zdravniki medicine dela zakonsko strokovno neodvisni, kar jim omogoča, da

naloge izvajajo izključno v korist zdravja delavcev, neodvisno od interesov delodajalcev. Ključno vlogo v preventivnih dejavnostih imajo poleg zdravnikov tudi medicinske sestre s specializacijo medicine dela, ki izvajajo del postopkov spremljanja zdravja in so pomemben del multidisciplinarne podpore. Preventivni zdravstveni pregledi so zakonsko urejeni. Po reformi iz leta 2017 večina zaposlenih opravi informativno-seznanitveni obisk (VIP), ki ga lahko izvede tudi medicinska sestra. Za delovna mesta s povečanim tveganjem pa sistem predvideva okrepljen zdravstveni nadzor SIR, ki ga izvaja izključno zdravnik specialist medicine dela. SIR vključuje obvezen predhodni zdravstveni pregled pred zaposlitvijo na delovne mesta s povečanim tveganjem za varnosti in zdravje pri delu in pogostejše nadaljnje ocene zdravstvene zmožnosti, običajno vsakih 24 mesecev. V Sloveniji so naloge medicine dela na prvi pogled podobne, vendar sistem ni integriran v javnozdravstveno strukturo in ni organiziran kot obvezna javna služba. Delodajalci storitve pridobivajo na trgu, financiranje je v celoti njihova obveznost, dostopnost pa se razlikuje glede na izvajalca in regijo. Čeprav so preventivni pregledi obvezni, je spremljanje zdravja delavcev praviloma usmerjeno predvsem v izpolnjevanje zakonskih zahtev, ne pa v stalno in sistematično spremljanje delovne populacije. Ključna razlika med državama je v tem, da je francoska medicina dela centralizirano organiziran, obvezno financiran in preventivno usmerjen sistem, ki zagotavlja enotne standarde in kontinuirano spremljanje zdravja delavcev. V Sloveniji pa je organizacija storitev prepuščena trgu in posameznim delodajalcem, multidisciplinarna podpora je omejena, vloga medicine dela pa šibkeje vključena v širši sistem spremljanja zdravja delovne populacije.

Raziskovalna infrastruktura

Francija ima na področju varnosti in zdravja pri delu izjemno razvito raziskovalno infrastrukturo, ki je sistemsko povezana z nacionalnimi preventivnimi politikami in zavarovalniškimi mehanizmi. V središču delovanja stoji INRS, ki združuje aplikativne raziskave, razvoj strokovnih metod, pripravo tehničnih smernic in oblikovanje digitalnih orodij za praktično podporo delodajalcem. Njegova ključna značilnost je stabilno financiranje prek sistema poklicnega zavarovanja AT/MP, kar mu omogoča dolgoročno načrtovanje, kontinuiteto raziskav in neposredno sodelovanje z zavarovanjem poklicnih tveganj AM-RP pri oblikovanju nacionalnih preventivnih programov ter sektorskih priporočil za različne gospodarske panoge, kot so gradbeništvo, zdravstvo in logistika. INRS tako ne deluje le kot raziskovalna ustanova, temveč kot osrednji strokovni steber francoskega sistema VZD, ki skrbi za prenos raziskovalnih ugotovitev v prakso podjetij in nadzornih organov. Raziskovalno infrastrukturo dopolnjuje Nacionalni inštitut za zdravje in medicinske raziskave INSERM, ki krepi znanstveni del sistema z epidemiološkimi, kliničnimi in toksikološkimi raziskavami. Te raziskave so ključne za razumevanje dolgoročnih učinkov poklicne izpostavljenosti, zlasti kemičnim, biološkim in rakotvornim dejavnikom. Visokokakovostni epidemiološki podatki INSERM-a se sistematično uporabljajo pri načrtovanju nacionalnih preventivnih strategij na področju poklicnih tveganj. Na področju varnosti in zdravja pri delu

delujeta tudi ANSES in ANACT. ANSES zagotavlja neodvisno znanstveno ocenjevanje poklicnih, okoljskih in zdravstvenih tveganj ter podpira državo pri oblikovanju preventivnih politik, ANACT pa deluje kot operativna podporna mreža, ki podjetjem pomaga izboljševati delovne pogoje in uvajati sodobne preventivne prakse. V Sloveniji primerljivih institucij ni; naloge so razpršene med različne organe, brez enotnega znanstvenega centra za ocenjevanje poklicnih tveganj in brez nacionalne agencije, ki bi podjetjem sistematično pomagala pri izboljšanju delovnih pogojev. Raziskovalna infrastruktura področja VZD v Franciji razpolaga z močno institucionalizirano in stabilno financirano raziskovalno mrežo, ki povezuje znanost, zavarovalniške prakse in preventivno prakso in je neprimerljiva s slovensko.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Nadzor nad izvajanjem varnosti in zdravja pri delu v Franciji izvaja Inšpektorat za delo, ki deluje v okviru Ministrstva za delo in nadzira spoštovanje določb Delovnega zakonika. Posebno pozornost namenja preverjanju dokumenta DUERP, medtem ko se pogostost nadzorov prilagaja stopnji tveganja in predhodnim ugotovitvam. Sistem sankcij združuje upravne, kazenske in finančne ukrepe, njegova učinkovitost pa je okrepljena z obsežnimi nacionalnimi bazami podatkov o poškodbah pri delu in poklicnih boleznih ter analitičnimi orodji institucij, kot so DARES, CPAM in CNAM, ki omogočajo usmerjeno načrtovanje nadzorov in preventivnih kampanj. Pomemben del sistema predstavlja tudi stalno sodelovanje inšpekcije z medicino dela ter raziskovalnimi ustanovami, kot je INRS, kar dodatno podpira usklajeno preventivno delovanje in hitrejše prepoznavanje tveganj. Zaradi močne podatkovne podpore, jasnih pristojnosti in tesne institucionalne povezanosti francoski nadzorni okvir deluje izrazito učinkovito in operativno v primerjavi z mnogimi drugimi sistemi.

Nacionalne evidence, digitalizacija, analitična orodja

Francija ima na področju varnosti in zdravja pri delu vzpostavljen centraliziran in podatkovno zelo bogat sistem, ki združuje administrativne, zavarovalniške in epidemiološke podatke. V okviru zavarovanja poklicnih tveganj AM-RP se sistematično beležijo poškodbe pri delu, poškodbe na poti ter poklicne bolezni, skupaj s podatki o trajanju bolniških odsotnosti in njihovih finančnih posledicah, kar omogoča oblikovanje natančne nacionalne slike tveganj in učinkovito usmerjanje preventivnih programov. Posebna prednost francoskega modela je dosledno zbiranje podatkov o poklicnih izpostavljenostih: na ravni podjetij prek DUERP, na ravni delavcev prek zdravstvenih kartonov služb medicine dela ter na nacionalni ravni prek raziskav, kot je SUMER, ki redno ocenjuje razširjenost izpostavljenosti nevarnim snovem in drugim dejavnikom tveganja. Takšna kombinacija administrativnih in epidemioloških podatkov omogoča spremljanje dolgoročnih trendov in oceno deleža izpostavljene delovne populacije, kar v številnih drugih državah ni sistemsko urejeno. Digitalizacija dodatno krepi učinkovitost francoskega sistema. Digitalizirani DUERP omogoča preglednost in enostavno posodabljanje ocene tveganja, elektronske

platforme, kot sta net-entreprises.fr in ameli.fr, pa omogočajo hitro prijavo poškodb pri delu, avtomatizirano obdelavo primerov ter učinkovito izmenjavo podatkov med delodajalci, zavarovalniškimi institucijami in nadzornimi organi. Francoske digitalne rešitve tako omogočajo prehod od posameznih ocen tveganja k celovitemu nacionalnemu spremljanju poklicnih tveganj ter podpirajo analitično, strateško in preventivno delovanje sistema VZD, kar predstavlja pomembno prednost v primerjavi z večino članic EU, kjer take integracije ni.

4.5 Nizozemska

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Nizozemski sistem VZD temelji na Zakonu o delovnih pogojih, ki določa temeljna načela preventive, odgovornosti delodajalcev in obveznost priprave ocene tveganja (RI&E). Posebnost nizozemskega sistema je, da izvedbene smernice v veliki meri oblikujejo socialni partnerji prek panožnih *arbocatalogov*, ki opredeljujejo tipična tveganja in priporočene ukrepe za posamezne dejavnosti ter inšpektoratu služijo kot praktična referenca pri nadzoru. Tako se psihosocialna tveganja obravnavajo enakovredno fizičnim, ergonomskim in kemijskim. Na Nizozemskem politiko VZD oblikuje Ministrstvo za socialne zadeve in zaposlovanje (SZW), ki kot osrednji strateški dokument uporablja *Arbovisie* 2040, nadzor pa izvaja inšpekcija za delo (NLA), ki poleg zakonodaje pri nadzoru upošteva tudi panožne kataloge. Pomembno vlogo ima tripartitni *Sociaal-Economische Raad* (SER), kjer delodajalci, sindikati in neodvisni strokovnjaki oblikujejo sektorske rešitve ter dogovorjene standarde. Udeležba zaposlenih je sistemsko vključena prek zaupnikov za varnost in zdravje pri delu (*ondernemingsraad*) v podjetjih z več kot 50 zaposlenimi. V Sloveniji nadzor opravlja IRSD brez panožnih standardov, svet delavcev pa ima pri VZD bistveno manjšo formalizirano vlogo.

Zavarovanje socialnih pravic iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Nizozemski sistem ne pozna posebnih socialnih pravic iz naslova poškodb pri delu in poklicnih bolezni, saj temelji na splošnem sistemu socialnih zavarovanj. Delodajalci nosijo največje neposredno finančno breme, saj morajo zaposlenemu – ne glede na to, ali je bolezen povezana z delom – do 104 tednov zagotavljati najmanj 70 % plače ter izvesti vse postopke reintegracije. Po izteku tega obdobja pravice preidejo v sistem nadomestil za primer omejene delazmožnosti WIA, ki ga upravlja državni inštitut za zavarovanje delavcev (UWV). UWV je financiran predvsem iz prispevkov delodajalcev v okviru obveznega zavarovanja zaposlenih. Zaposleni na Nizozemskem v financiranje sistema prispevajo le prek nacionalnih socialnih zavarovanj, ki krijejo starostno pokojnino, invalidnost družinskih članov in dolgotrajno oskrbo. Ne prispevajo pa v sheme, ki pokrivajo brezposelnost, bolezen in invalidnost zaradi dela, saj te v celoti financirajo delodajalci. Zdravljenje poklicnih bolezni in poškodb pri delu se krije iz splošnega zdravstvenega zavarovanja.

Slovenija ima v primerjavi z Nizozemsko ločeno zavarovalno podlago za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki jo financirajo delodajalci. Stroški nadomestil, zdravljenja in invalidnosti so tako razpršeni med delodajalca, zdravstveno blagajno in pokojninsko blagajno, pravice pa so določene v strogo normativnem in centraliziranem sistemu. Medtem ko nizozemski model sloni na preventivi, reintegraciji in odgovornosti delodajalca, slovenski temelji na institucionalno zaščitenem zavarovanju poklicnih tveganj, ki delodajalcev ne spodbuja k preventivni dejavnosti.

Socialne pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Nizozemski sistem socialnih pravic zaposlenih temelji na enotni obravnavi bolezni in poškodb pri delu, saj imajo delavci ne glede na vzrok enake pravice do nadomestila plače, zdravstvene obravnave, reintegracije in ocene delovne zmožnosti. Delodajalec mora zaposlenemu do 104 tednov izplačevati najmanj 70 % bruto plače, po izteku tega obdobja pravice preidejo v sistem WIA, ki priznava nadomestila, če oseba ne more več zaslužiti več kot 65 % predhodnega dohodka. WIA vključuje shemi WGA (delna oz. začasna nezmožnost) in IVA (trajna in skoraj popolna nezmožnost), pri čemer je višina nadomestila odvisna od prejšnjega zaslužka, delovne dobe in dejanske preostale delovne zmožnosti. Poleg splošnih pravic nizozemski model vključuje tudi posebne kompenzacijske sheme za določene poklicne bolezni zaradi izpostavljenosti nevarnim snovem, kot sta azbest (IAS) in tvegane kemikalije (TSB), ki omogočajo enkratna pavšalna izplačila, neodvisno od civilnopravne odgovornosti. Za druge poklicne bolezni sistemskih kompenzacij ni, dodatna odškodnina je mogoča le po civilnopravni poti. Slovenski sistem je zasnovan izrazito drugače, saj je obseg socialnih pravic vezan na ločene javne sisteme zdravstvenega in invalidskega zavarovanja, ne pa na delodajalca. Pravice iz invalidskega zavarovanja ureja ZPIZ, ki odloča o invalidnosti, poklicni rehabilitaciji in invalidskih pokojninah, pri čemer je presoja vezana na medicinske kriterije in trajno zmanjšano delovno zmožnost. Slovenija nima posebnih državnih kompenzacijskih shem za poklicne bolezni, zato dodatne denarne pravice iz naslova poklicnih tveganj ne obstajajo, razen v okviru splošnih pravic ZZZS/ZPIZ ali odškodninskih postopkov.

Bolniški stalež

Na Nizozemskem je bolniška odsotnost del strogo strukturiranega reintegracijskega sistema, v katerem nosi glavno odgovornost delodajalec. Zaposlenemu mora do 104 tednov zagotavljati najmanj 70 % plače, hkrati pa mora v skladu z zakonom izpolnjevati natančno določene obveznosti, kot so: ocena delovne zmožnosti v 6. tednu, obvezni *Plan van Aanpak* v 8. tednu, prijava dolgotrajne odsotnosti UWV v 42. tednu in letna evalvacija. Če delodajalec obveznosti ne izpolni, se mu lahko naloži dodatno leto izplačevanja plače (*loonsanctie*); tudi delavcu lahko v primeru nesodelovanja nadomestilo pade. V Sloveniji je sistem bistveno manj strukturiran in finančno manj vezan na delodajalca. Po 30 dneh bolniškega staleža nadomestilo izplačuje ZZZS, delodajalec pa nima časovno določenih obveznosti za aktivno reintegracijo, pripravo načrta

vračanja na delo ali sodelovanje z medicino dela. Postopki vračanja na delo niso pravno časovno vezani (ni 6., 8., 42. tedna), sankcij za neizvajanje reintegracije ni, reintegracija pa ni obvezni sestavni del bolniškega procesa. Po zaključenem bolniškem staležu se zmožnost za delo presoja ločeno v okviru invalidskega postopka ZPIZ, ki ne omogoča faznih rešitev, kot jih omogoča nizozemski WIA za primer delne oz. začasne nezmožnosti za delo, in ni povezan z delodajalčevo odgovornostjo za vračanje na delo. Ključna razlika je torej v tem, da nizozemski model deluje kot integriran, strogo nadzorovan sistem vračanja na delo, medtem ko slovenski deluje kot pasivni socialno-zavarovalni sistem z manjšo vlogo delodajalca in brez časovno strukturiranih obveznosti.

Poklicne bolezni

Na Nizozemskem je prijavljanje poklicnih bolezni namenjeno predvsem epidemiološkemu spremljanju in preventivnemu načrtovanju. Zdravniki morajo prijaviti vsak utemeljen sum, da je bolezen več kot 50 % posledica dela; prijava se zabeleži v nacionalni register Centra za poklicne bolezni (NCvB). Register služi izključno spremljanju trendov in oblikovanju javnozdravstvenih ukrepov, ne pa odločanju o individualnih pravicah. Priznanje poklicne bolezni praviloma ne vpliva na pravice iz socialnega zavarovanja, saj se bolniška odsotnost in invalidnost uveljavljata v splošnih shemah zdravstvenega in invalidskega zavarovanja, ne glede na to, ali je bolezen povezana z delom. Izjema so le redke bolezni zaradi nevarnih snovi, za katere obstajajo pavšalne državne kompenzacijske sheme (npr. za mezoteliom), medtem ko je morebitna odškodnina pri drugih boleznih mogoča le prek civilnega postopka z dokazovanjem delodajalčeve odgovornosti. V Sloveniji pa priznanje poklicne bolezni poteka s pomočjo formalnega upravno-medicinskega postopka, katerega odločitev neposredno vpliva na delavčeve pravice. Priznana poklicna bolezen je podlaga za višja nadomestila ZZZS, pravice do upokojevanja pod ugodnejšimi pogoji in višjega nadomestila za primer invalidnosti. Slovenski sistem je torej individualiziran in tesno povezan s socialnimi pravicami, medtem ko nizozemski model praviloma ne ustvarja dodatnih pravic. Ključna razlika med državama je tako v namenu prijave: na Nizozemskem gre za orodje za načrtovanje preventivnih politik, v Sloveniji pa za odločitev, ki neposredno določa delavčev socialni in ekonomski položaj.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Zakon o delovnem okolju določa cilje VZD, ne pa organizacijskih modelov za doseganje le teh, zato lahko delodajalci sami izbirajo med zunanjimi službami, notranjimi strokovnjaki ali kombinacijo obojega. Ključna je multidisciplinarna strokovna podpora (medicina dela, higiena, ergonomija, varnost pri delu), ne pa status izvajalca. Posebnost sistema je obvezni notranji koordinator VZD brez licenčnega statusa *preventiemedewerker*, ki pomaga pri RI&E in podpori preventivnih ukrepov. Za zahtevnejše naloge se uporabljajo certificirani strokovnjaki, katerih kakovost zagotavlja vpis v profesionalne registre in certificiranje, pri čemer nadzor delovne

inšpekcije primarno cilja na delodajalca kot nosilca odgovornosti in ne na formalno licenciranje vseh strokovnih profilov. Slovenija ima nasprotno centraliziran, formaliziran in licenčno reguliran sistem. ZVZD-1 zahteva, da mora imeti vsak delodajalec imenovanega strokovnega delavca VZD ali pogodbeno zunanjega pooblaščenega izvajalca. Gre za zakonsko reguliran poklic z jasno določenimi pogoji (izobrazba, delovne izkušnje, obvezno usposabljanje in strokovni izpit) ter natančno opredeljenimi nalogami, ki jih morajo izvajati strogo po predpisih. Slovenski sistem tako temelji na centralnem licenciranju in hierarhični strukturi, medtem ko nizozemski poudarja avtonomijo sektorjev, tržno dinamiko in odgovornost delodajalcev, brez obveznega licenciranja vseh strokovnih profilov.

Službe medicine dela

Na Nizozemskem je medicina dela neposredno vključena v upravljanje bolniške odsotnosti in reintegracije, kar določno oblikuje tudi vsebino dela zdravnikov. Ti so večinoma zaposleni pri zasebnih izvajalcih (*arbodienst*) ali v notranjih službah večjih podjetij, njihova osrednja naloga je ocenjevanje delazmožnosti, spremljanje poteka odsotnosti in vodenje postopkov vračanja na delo. Preventivni pregledi so obvezni le za posebej izpostavljene skupine delavcev, zakonsko pa prevladuje cilj zagotavljanja pravočasne in učinkovite reintegracije, kar se odraža v tem, da zdravniki medicine dela po nizozemskih podatkih večino svojega časa namenijo prav upravljanju bolniške odsotnosti, ne pa širši preventivi. V Sloveniji ima medicina dela drugačno vlogo, saj sistem socialnega zavarovanja ločuje medicino dela od upravljanja bolniške odsotnosti. Zdravniki medicine dela izvajajo preventivne zdravstvene preglede, ocenjujejo delazmožnost in svetujejo pri ocenjevanju tveganj, medtem ko postopki vračanja na delo niso formalno povezani ne z njihovim delom ne z ZZZS ali ZPIZ.

Raziskovalna infrastruktura

Na Nizozemskem raziskovalno podporo sistemu VZD zagotavljajo specializirane, nacionalno organizirane institucije. Ključni RIVM, ki kot državni raziskovalni center izvaja študije o kemičnih, bioloških in fizikalnih tveganjih ter pripravlja strokovne podlage in referenčne mejne vrednosti izpostavljenosti. Center za poklicne bolezni (NCvB) analizira prijave in oblikuje strokovna priporočila za preprečevanje poklicnih bolezni, medtem ko nizozemski nacionalni raziskovalni in razvojni center za zavarovalniško medicino (*Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde* – KCVG) sistematično povezuje klinično prakso z znanstvenim raziskovanjem ter na dokazih temelječe znanstveno utemeljuje in izboljšuje kakovost zavarovalniške medicine. S tem neposredno podpira medicino delo pri odločanju o delazmožnosti, invalidnosti in reintegraciji posameznikov v delo. V Sloveniji primerljive nacionalne raziskovalne infrastrukture ni.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Nizozemska inšpekcija za delo (NLA) pri nadzorih preverja upravljanje tveganj, kakovost in uporabo ocene tveganja (RI&E), izvajanje preventivnih ukrepov in usposobljenost strokovnjakov in ne le formalne skladnosti z zakonodajo. NLA nadzore načrtuje na podlagi podatkov o nesrečah pri delu, poklicnih boleznih, predhodnih kršitvah in tveganih panogah, kar ji omogoča ciljno usmerjeno delovanje. Posebnost nizozemskega sistema je, da inšpektorat pri presoji uporablja panožne *arbocataloge* kot sektorske standarde ter tesno sodeluje z institucijami, kot so NCvB, policija in UWV, kar krepi nadzor nad sistemskimi tveganji. Slovenski IRSD pa ima v primerjavi z NLA bistveno bolj normativni in formalističen pristop. Pri nadzorih se osredotoča predvsem na obstoj dokumentacije in zakonodajno skladnost postopkov, ne pa na dejansko upravljanje tveganj ali na vsebinsko kakovost ocen tveganja. Zaradi kadrovske omejenosti in centralizirane organizacije se nadzori pogosteje izvajajo na podlagi prijav ali letnih programov, manj pa na podlagi analitične ocene tveganj. Slovenija tudi nima panožnih standardov (*arbocatalogov*), zato IRSD uporablja enotne zakonske zahteve, kar zmanjšuje fleksibilnost in operativno usmerjenost nadzora v primerjavi z nizozemskim modelom.

Nacionalne evidence, digitalizacija, analitična orodja

Najbolj izrazita razlika med Nizozemsko in Slovenijo na področju nacionalnih zbirk in digitalnih orodij je v stopnji integracije in praktične uporabe podatkov za preventivo. Nizozemska uporablja več medsebojno povezanih informacijskih virov (inšpektorat, CBS, NCvB, UWV), ki skupaj tvorijo učinkovit analitični okvir za spremljanje tveganj, načrtovanje nadzorov in oblikovanje politik. Posebej pomembna razlika je nacionalna digitalna platforma *Steunpunt* RI&E, ki podjetjem, zlasti malim, omogoča strukturirano, digitalno podporo pri izdelavi in sprotnem posodabljanju ocene tveganja. Platforma je strokovno potrjena, sektorsko prilagojena in neposredno povezana z nadzornimi pričakovanji, zato bistveno dviguje kakovost preventivnega dela. V Sloveniji takšnega enotnega, nacionalno usklajenega orodja ni, podatkovne zbirke so bolj razpršene, register poklicnih bolezni pa je primarno vezan na pravice iz zavarovanja in ne deluje kot preventivno analitično orodje.

4.6 Portugalska

Pravni okvir in institucionalna razdelitev pristojnosti

Pristojnosti na področju varnosti in zdravja pri delu si na Portugalskem delita Ministrstvo za delo, solidarnost in socialno varnost (Generalni direktorat za zaposlovanje in delovna razmerja – DGERT), ki ureja delovnopravno področje in Ministrstvo za zdravje (Generalni direktorat za zdravje). Tudi v Sloveniji si področje varnosti in zdravja pri delu delita dve ministrstvi (MDDSZ in Ministrstvo za zdravje). Portugalska se opira tudi na aktivno tripartitno telo CPCS, ki sistematično

obravnava vprašanja VZD, medtem ko se v Sloveniji VZD umešča v širši dialog Ekonomsko-socialnega sveta, brez stalne strukture, posvečene izključno temu področju. Na področju zakonodaje Portugalska temelji na dveh osrednjih predpisih (Zakon dela in Zakon o promociji varnosti in zdravja pri delu), pri čemer slednji eksplicitno vključuje psihosocialna tveganja v obvezno oceno tveganja. V Sloveniji ZVZD-1 prav tako sledi evropskim smernicam, vendar psihosocialnih tveganj ne opredeli izrecno in dopušča razmeroma široke interpretacije v praksi, zlasti pri vključevanju zunanjih strokovnih služb. Posebnost Portugalske je tudi obsežna razvejanost sektorske zakonodaje ter razvita praksa preventivnih smernic inšpektorata za delo (ACT), ki se pogosto uporabljajo pri nadzoru, medtem ko se slovenski sistem še vedno opira predvsem na formalne podzakonske predpise in nadzorne postopke, z manj poudarka na sistemsko podprtih praktičnih orodjih.

Zavarovanje socialnih pravic iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Portugalska se od Slovenije bistveno razlikuje v načinu financiranja socialnih zavarovanj s področja poklicnih tveganj. Medtem ko slovenski sistem vse oblike zavarovanja – vključno z boleznijo, poškodbami pri delu, poklicnimi boleznimi in invalidnostjo – financira znotraj enotnega javnega sistema obveznega socialnega zavarovanja, Portugalska uporablja hibridni model, ki ločuje financiranje splošnih socialnih pravic od financiranja tveganj, povezanih z delom. Na Portugalskem se splošne socialne pravice – bolezen, starševstvo, invalidnost in starost – financirajo z enotno prispevno stopnjo 34,75 % bruto plače, pri čemer delodajalec prispeva 23,75 %, delavec pa 11 %. Prispevki se stekajo v enoten državni fond in se ne delijo po posameznih tveganjih, zato sistem temelji na solidarni porazdelitvi sredstev med vsemi zavarovanci. V Sloveniji so prispevki oblikovani drugače: razdeljeni so na ločene zavarovalne sheme (pokojninsko, zdravstveno, brezposelnost in poškodbe pri delu), delodajalec prispeva 16,10 %, delavec 22,10 %, dodatno pa delodajalec plačuje še 0,53 % za poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Slovenski sistem je torej strogo javni in uniformen — višina prispevkov je enaka za vsa podjetja, ne glede na stopnjo tveganja ali varnostno kulturo. Ključna razlikovalna točka med državama ni v višini prispevkov, temveč v tem, kako urejata financiranje tveganj, povezanih z delom. Portugalska poklicne bolezni krije iz javnega sistema socialne varnosti, poškodbe pri delu pa so izločene iz državne sheme in v celoti urejene prek obveznih komercialnih zavarovanj. Premije se oblikujejo glede na tveganost dejavnosti in zgodovino nezgod posameznega podjetja, zato podjetja z boljšo varnostjo pri delu plačujejo manj. Tak sistem uvaja jasne ekonomske spodbude za izboljševanje varnosti in omogoča neposredno povezavo med ravnjo tveganja ter stroški delodajalca. Slovenija takšnega diferenciranega mehanizma nima. Prispevki za poškodbe pri delu in poklicne bolezni so fiksni in enaki za vsa podjetja, saj jih krije javni zdravstveni sistem, neodvisno od dejanske varnostne kulture posameznega delodajalca. Posledično slovenski model zaradi uniformnega financiranja ne razlikuje med podjetji z dobrimi ali slabimi praksami,

portugalski pa s tržno oblikovanimi premijami aktivno nagrajuje varna delovna okolja in hkrati finančno obremenjuje manj varna.

Socialne pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu

Pravice iz naslova varnosti in zdravja pri delu so na Portugalskem razdeljene med javni in zasebni sistem, odvisno od vzroka zdravstvene škode. Poškodbe pri delu krije obvezno komercialno zavarovanje, kar delavcem zagotavlja takojšen dostop do diagnostike, specialistične obravnave, rehabilitacije in medicinskih pripomočkov brez čakalnih dob. Zavarovalnice izplačujejo tudi nadomestila, ki praviloma znašajo 70 % referenčne plače in se pri dolgotrajni nezmožnosti zvišajo, ob trajni invalidnosti pa delavcu pripada doživljenjska renta do 80 % prejšnjega dohodka. Takšna ureditev deluje hitreje in zagotavlja višji obseg pravic, kot jih nudi slovenski sistem, kjer je obravnava poškodb pri delu vezana na zmogljivosti javnega zdravstva. Hkrati portugalski model z mrežo pogodbenih zasebnih izvajalcev omogoča bistveno hitrejše zdravljenje in rehabilitacijo, medtem ko je v Sloveniji dostop do storitev omejen z zmogljivostmi ZZZS. Pri poklicnih boleznih Portugalska uporablja javni model, v katerem ISS vodi celoten postopek – od prepoznave in medicinske ocene do dodelitve pravic. Kritje vključuje zdravljenje, rehabilitacijo, denarna nadomestila, invalidske pokojnine in družinske pravice v primeru smrti, pri čemer so vse pravice financirane iz državnega fonda, ne glede na dejavnost delodajalca. Posebnost Portugalske je, da so pravice s področja poškodb pri delu pogosto celo širše kot pravice s področja poklicnih bolezni, saj jih ureja tržno naravnan sistem z bistveno hitrejšim dostopom do oskrbe in višjimi nadomestili. Slovenija takšne diferenciacije ne pozna, saj je celoten obseg pravic enoten in vezan izključno na javne sheme.

Bolniški stalež

Pri pravicah iz naslova bolezni, ki ni povezana z delom, Portugalska zagotavlja nadomestila izključno iz javnega sistema socialne varnosti, kar pomeni, da delodajalci pri tem nimajo obveznosti sofinanciranja prvih dni bolniške odsotnosti. To se razlikuje od Slovenije, kjer delodajalec krije nadomestilo v prvem obdobju bolniške odsotnosti, šele nato ga prevzame ZZZS. Portugalski model je v tem smislu bolj enoten in manj administrativno razpršen. Višina nadomestila je nižja kot v Sloveniji, saj znaša od 55 % do 75 % referenčne plače, odvisno od trajanja odsotnosti; traja lahko do 1.095 dni. Obseg pravic je tako jasneje omejen in strožji, vendar hkrati bolj transparenten. Poseben portugalski institut je možnost samoporočanja za bolniške odsotnosti do tri dni prek portala SNS, ki je namenjen razbremenitvi zdravstvenega sistema. Odsotnost ni plačana, a delavcu omogoča enostavno administrativno ureditev. Takšne ureditve v Sloveniji ni, saj vsak bolniški stalež zahteva zdravniško potrdilo. Samozaposleni na Portugalskem pridobijo pravico do nadomestila šele od enajstega dne odsotnosti, kar je bistveno strožja ureditev kot v Sloveniji, kjer samozaposleni ob vključitvi v obvezno ali prostovoljno zavarovanje uveljavljajo pravice pod enakimi pogoji kot drugi zavarovanci. Skupno gledano

portugalski model socialnega zavarovanja ustvarja jasno ločnico: splošne bolezni in poklicne bolezni so vključene v javni sistem, poškodbe pri delu pa so ločene in komercialno zavarovane. Slovenski model je v celoti javno financiran in izrazito manj diferenciran, kar zagotavlja večjo enakost pravic, vendar brez tržnih spodbud, ki v Portugalski krepijo preventivo, hkrati pa zaposlenim omogočajo hitrejši dostop do storitev v primeru poškodbe pri delu.

Poklicne bolezni

Portugalski sistem poklicnih bolezni je v primerjavi s slovenskim bistveno bolj centraliziran in operativen, saj celoten postopek vodi enoten državni organ DPRP v okviru ISS. Ta organ združuje medicinsko presojo in upravni postopek, ima pooblastila za preverjanje delovnih razmer in lahko prizna poklicno bolezen tudi izven uradnega seznama, kadar je vzročna povezava jasno dokazana. Slovenija nasprotno uporablja razpršen model, v katerem o poklicnih boleznih odloča interdisciplinarna skupina KIMDPŠ, postopek pa se povezuje z ZZZS in ZPIZ. Kljub nedavni formalizaciji postopkov sistem v praksi ostaja neučinkovit, kar se odraža v izjemno nizkem številu priznanih primerov. Portugalci tako delujejo v stabilnem, preglednem sistemu z enotnimi kriteriji, medtem ko slovenska ureditev ostaja pretežno normativna, ne pa tudi uresničena v praksi. Razlike se kažejo tudi pri obsegu pravic. Na Portugalskem ISS zagotavlja celovito kritje zdravstvene oskrbe, rehabilitacije in nadomestil za začasno ali trajno nezmožnost za delo, ki so dostopne takoj, ko je poklicna bolezen priznana. Ker postopki potekajo centralizirano in brez bistvenih zastojev, so pravice v praksi dejansko uresničljive. V Sloveniji je obseg pravic sicer formalno podoben, vendar dosegljiv le ob uspešnem priznanju bolezni, kar je zaradi neučinkovitega postopka redkost. To pomeni, da se bolezen, za katero se sumi, da je poklicna, v sistemu zdravstvenega zavarovanja obravnava kot nepoklicna. Portugalski model delavcem nudi realno dostopnost pravic, slovenski pa za zdaj ostaja predvsem sistemsko začrtan, vendar slabo učinkovit pri dejanskem varstvu prizadetih delavcev.

Izvajalci strokovnih nalog varnosti in zdravja pri delu

Na Portugalskem je sistem strokovnih delavcev za varnost in zdravje pri delu izrazito profesionaliziran, licenčno nadzorovan in normiran, kar pomeni, da so pristojnosti, naloge in obseg dela natančno določeni v državnih pravilih in pod stalnim nadzorom regulatorja ACT. Tehniki varnosti opravljajo operativne naloge, kot so nadzor delovnih mest, preiskovanje nezgod in izvajanje usposabljanj, medtem ko inženirji prevzemajo strokovno-analitične ter strateške naloge, pripravljajo ocene tveganja, načrtujejo preventivne ukrepe, vodijo dokumentacijo in svetujejo vodstvu. Obseg njihovega dela je neposredno vezan na normative, ki določajo, koliko strokovnih delavcev mora podjetje zagotoviti glede na število zaposlenih in tveganost dejavnosti. Normativi so strožji v visoko tveganih dejavnostih, razširjeni v neproizvodnih sektorjih in zasnovani tako, da je delodajalec dolžan zagotoviti sorazmerno strokovno podporo. Službe VZD so organizirane kot interne, skupne, zunanje ali v mikro podjetjih kot samostojno izvajanje, pri

čemer je večina podjetij vključena v zunanje, a normativno regulirane službe. V Sloveniji strokovne naloge VZD prav tako izvajajo strokovni delavci z ustreznimi usposabljanji, vendar sistem ni licenčno naravnan na enak način kot portugalski in je v praksi bolj osredotočen na zakonsko skladnost. Čeprav so naloge strokovnih delavcev pri VZD jasno opredeljene z Zakonom o varnosti in zdravju pri delu, v Sloveniji ni enako strogega normiranja minimalnega obsega dela strokovnih delavcev glede na število zaposlenih, stopnjo tveganja in organiziranost podjetja, kot ga pozna Portugalska. Portugalski sistem zato strokovnim delavcem nalaga višjo raven obvezne strokovne prisotnosti, večjo diferenciacijo nalog in močno regulacijo kompetenc, kar podjetja spodbuja k dejanskemu vključevanju strokovnega znanja v upravljanje tveganj, ne le k izpolnjevanju administrativnih zahtev.

Službe medicine dela

Portugalski sistem medicine dela je bistveno strožje normiran kot slovenski. Portugalska zakonodaja natančno določa minimalni obseg prisotnosti zdravnika medicine dela glede na število zaposlenih in tveganost dejavnosti ter hkrati omejuje največjo obremenitev posameznega zdravnika. S tem zagotavlja dosledno in sorazmerno izvajanje preventive, ki je v visoko tveganih dejavnostih še dodatno okrepljeno. Preventivni pregledi so časovno predpisani in obvezni v vseh sektorjih, zdravnik pa ima osrednjo vlogo pri ocenjevanju delazmožnosti, prilagoditvah delovnih mest in poklicni rehabilitaciji. V Sloveniji je medicina dela prav tako zakonsko opredeljena, vendar sistem v praksi ni tako natančno normiran in je bolj osredotočen na formalno skladnost kot na jasno definirane standarde izvajanja.

Raziskovalna infrastruktura

Raziskovalno infrastrukturo VZD na Portugalskem predstavlja nacionalni inštitut za javno zdravje – INSA, znotraj katerega delujejo oddelki za poklicna tveganja, toksikologijo in epidemiologijo dela. Pomembno raziskovalno vlogo ima tudi inšpektorat za delo ACT, ki poleg nadzora izvaja strokovne analize, pripravlja smernice ter sodeluje v evropskih raziskovalnih projektih. Slovenija takšne infrastrukture nima – ne obstaja nacionalni raziskovalni inštitut za VZD, NIJZ pa se z zdravjem delavcev ne ukvarja sistematično kot samostojnim področjem, temveč predvsem vzdržuje zbirke podatkov o poklicnih boleznih in bolniškem staležu ter v vlogi skrbnika zagotavlja njihovo dostopnost in upravljanje. Zato je portugalski sistem raziskovalno močnejši in bolje vpet v evropske projekte, medtem ko je slovenski v tem pogledu precej bolj omejen.

Nadzor področja varnosti in zdravja pri delu

Portugalski ACT nadzore izvaja po jasno opredeljeni in usklajeni praksi, pri čemer inšpektorji pogosto odhajajo na teren v parih – pristop, ki povečuje njihovo varnost, izboljšuje strokovno presojo ter zagotavlja višjo zanesljivost ugotovitev. V Sloveniji takšna ureditev ni predpisana,

zato nadzore praviloma opravlja posamezni inšpektor. ACT pri svojem delu uporablja tudi napredna digitalna orodja, vključno z droni in tehnologijami IoT, kar dodatno pospešuje postopke in izboljšuje analitično natančnost nadzora. Posebnost portugalskega sistema je tesno prepletanje nadzornih, preventivnih in izobraževalnih funkcij. ACT poleg inšpekcijskih postopkov vodi obsežne kampanje, pripravlja strokovne smernice, razvija učne programe in nudi neposredno podporo delodajalcem, zlasti manjšim podjetjem. Njegovo delovanje temelji na analizi tveganj, statističnih podatkih in ciljnem spremljanju sektorjev z največjimi težavami, zato se nadzor izvaja izrazito proaktivno in strateško. Slovenski IRSD deluje pretežno reaktivno, z omejeno pokritostjo gospodarstva in brez integrirane preventivne funkcije. ACT ima tudi širša pooblastila, kot so odvzem licenc zunanjim službam VZD in odreditev začasnega zaprtja delovišč, kar bistveno krepi kakovost izvajalcev in učinkovitost ukrepanja. Portugalski model je zato profesionaliziran, preventivno zasnovan in operativno močnejši ter po svoji intenzivnosti in širini pristojnosti občutno presega slovenski sistem.

Nacionalne evidence, digitalizacija, analitična orodja

Portugalski sistem je visoko digitaliziran: elektronsko poročanje o nesrečah, prijave kršitev, digitalne evidence zdravstvenih pregledov, registri strokovnjakov in digitalne ocene tveganja so standard. ACT uporablja napredne digitalne rešitve (SINAI, S360) in uvaja sodobna orodja, kot so droni in IoT senzorji za nadzor delovišč. Slovenija nima enotne nacionalne platforme VZD, evidence so razdeljene med več institucij, digitalizacija je delna, prijava kršitev in evidenc ni sistemsko standardizirana. Portugalski model omogoča sproten nadzor nad trendi, učinkovito ciljanje nadzorov in hitrejše ukrepanje, slovenski pa ostaja fragmentiran in informacijsko manj zmogljiv.

5. Razprava

V poglavju predstavljamo nabor praks celotnega sistema varnosti in zdravja pri delu analiziranih držav, za katere ocenjujemo, da bi lahko dopolnile slovenski sistem VZD. Ukrepi se med seboj razlikujejo po obsegu sprememb, ki bi jih njihova uvedba zahtevala – od tistih, ki jih je mogoče vključiti v obstoječe procese brez večjih institucionalnih ali pravnih prilagoditev, do rešitev, ki bi lahko služile kot izhodišče za temeljitejše preoblikovanje sistema. Ker ocena njihove dejanske zahtevnosti in umeščenosti v slovenski prostor presega okvir naše analize, se do tega vprašanja nismo opredeljevali. Namesto tega smo pripravili širok nabor praks, ki se glede na preučene tuje modele izkazujejo kot smiselne, obetavne in vredne resnega razmisleka za slovenske odločevalce.

Tak pristop omogoča odprto obravnavo različnih možnosti ter prepušča presojo o izvedljivosti in prednostnih nalogah tistim institucijam, ki razpolagajo z ustreznimi pristojnimi, finančnimi in organizacijskimi podatki. Naš namen je bil oblikovati celovit pregled potencialnih ukrepov – od manjših organizacijskih izboljšav do sistemskih rešitev z dolgoročnim učinkom – ter tako prispevati k bolj informirani in fleksibilni razpravi o razvoju politike varnosti in zdravja pri delu v Sloveniji.

5.1 Češka

Centralizirane evidence in preglednost sistema: Češka uporablja centralizirane in javno dostopne evidence strokovnih delavcev VZD, licenc, nadzorov ter primerov poškodb in bolezni, kar omogoča visoko stopnjo preglednosti in nadzora nad kakovostjo dela. Nacionalni portal BOZPinfo.cz združuje zakonodajo, smernice in orodja na enem mestu, kar krepi informiranost in poenoti prakse. Slovenija bi lahko vzpostavila podoben centralni register strokovnjakov in poenotila digitalne evidence, kar bi izboljšalo sledljivost sistema.

Enotna kategorizacija delovnih mest po tveganju: Češka razvršča delodajalce v štiri kategorije tveganja, kar določa obveznosti delodajalcev glede pogostosti zdravstvenih pregledov, metod ocenjevanja tveganj in potrebnih ukrepov. Uvedba podobnega sistema v Sloveniji bi povečala doslednost ocenjevanja tveganj in s tem tudi usmerjenih preventivnih ukrepov. Slovenija že uporablja podoben koncept pri oceni tveganja, vendar se ta v praksi kaže kot neučinkovito orodje. Prenos bi bil izvedljiv z dopolnitvijo podzakonskega akta — brez spremembe ZVZD-1 — in bi poenotil standarde, okrepil preglednost ter zmanjšal variabilnost med podjetji znotraj panoge.

Standardizacija postopkov medicine dela: Češka zakonodaja jasno določa vrste in periodiko preventivnih zdravstvenih pregledov, vezanih na stopnjo tveganja, kar zagotavlja enotno kakovost in zmanjšuje razlike med izvajalci medicine dela. Taka standardizacija krepi povezavo

med oceno tveganja, zdravstvenim nadzorom in preventivnimi ukrepi. Podoben pristop v Sloveniji bi zagotovil boljše in bolj primerljive preventivne rezultate.

Centraliziran postopek priznavanja poklicnih bolezni: Poklicne bolezni so na Češkem obravnavane preko pooblaščenih centrov z enotnimi diagnostičnimi merili in postopki, vključno z ogledi delovnih mest. V Sloveniji že obstaja osnovna struktura (KIMDPŠ, ZZZS, ZPIZ), ki bi jo bilo možno uskladiti z enotnim protokolom brez večjih institucionalnih sprememb.

Integriran model poklicne rehabilitacije: Češki Zavod za zaposlovanje vodi celovit sistem poklicne rehabilitacije, ki povezuje medicinske, socialne in zaposlitvene vidike ter delavcem nudi strukturirano podporo pri vračanju na delo. Tak model zmanjšuje odsotnosti in izboljšuje reintegracijo. Podoben integriran pristop bi v Sloveniji odpravil razdrobljenost rehabilitacije med ZRSZ, ZPIZ in medicino dela.

Digitalizacija in standardizirani podatkovni tokovi: Češki sistem uporablja digitalne platforme za poročanje, evidence, prijave poškodb in informiranje delodajalcev, pri čemer je BOZPinfo.cz osrednje orodje za zakonodajo, smernice in dobre prakse. Standardizirani podatkovni formati omogočajo kakovostno analitiko in usmerjanje nadzorov. Slovenija bi z enotnim portalom VZD in interoperabilnimi bazami podatkov znatno izboljšala preglednost in podporo preventivi.

Nacionalna raziskovalno-analitična institucija in finančne spodbude za preventivo: Češka ima osrednjo raziskovalno-analitično institucijo (npr. VIPSV/VÚBP), ki razvija metodologije s področja ocenjevanja tveganj, izvaja analitiko in pripravlja strokovne smernice ter tako podpira oblikovanje politik. Tak center zagotavlja dolgoročno strokovno stabilnost sistema. Poleg tega češki sistem uporablja finančne mehanizme, ki povezujejo prispevne stopnje z ravnjo tveganja in škodno zgodovino podjetij, kar spodbuja vlaganje v varnost.

5.2 Danska

Uvedba strukturiranega postopka ocenjevanja tveganj po danskem modelu APV: V vseh danskih podjetjih je obvezna celovita ocena tveganja APV (*ArbejdsPladsVurdering*), ki se mora posodobiti najmanj na tri leta in vključuje: identifikacijo vseh tveganj, psihosocialna tveganja, analizo bolniških odsotnosti ter obvezni akcijski načrt z roki in odgovornimi osebami. Namen APV je sistematično obvladovanje tveganj, ne le formalna izpolnitev obveznosti. V Slovenijo bi bilo mogoče prenesti jasnejšo metodološko strukturo ocene tveganja ter obvezno vključevanje psihosocialnih tveganj in preverljivih akcijskih načrtov.

Razvoj enotnih smernic, orodij in sektorskih priporočil (po vzoru BFA partnerstev): Na Danskem delujejo močna panožna partnerstva BFA, ki pripravljajo praktična orodja, smernice in gradiva za izvajanje preventivnih ukrepov vključno z oceno tveganja. Gre za tripartitne platforme,

ki povezujejo delodajalce, sindikate, raziskovalne organizacije in državo (preko inšpekcije za delo), s čimer zagotavljajo kakovostne in enotne standarde na ravni panog. Slovenija bi lahko vzpostavila podobna formalizirana panožna partnerstva, ki bi pripravljala sektorske smernice in praktična orodja za ocenjevanje tveganj ter izvajanje ukrepov.

Krepitev svetovalne funkcije inšpekcije ter širša uporaba podatkov za nadzor: Danska inšpekcija za delo *Arbejdstilsynet* združuje nadzor z aktivnim svetovanjem ter uporablja podatkovno podprte modele za usmerjanje nadzorov v podjetja z največ tveganji. Rezultati nadzorov so javno dostopni, kar krepi transparentnost in odgovornost podjetij. Slovenija bi lahko okrepila svetovalni vidik nadzora in izboljšala uporabo zbirnih podatkov pri načrtovanju sistematičnih, tveganju prilagojenih nadzorov.

Jasna regulacija psihosocialnih tveganj: Danska ima poseben izvršilni odlok, ki ureja psihosocialna tveganja, vključno z nasiljem, nadlegovanjem, intenziteto dela in organizacijskimi dejavniki, ki lahko vplivajo na duševno zdravje delavcev. Takšno pravno orodje omogoča enotne standarde nadzora in ukrepanja. Slovenija bi lahko bistveno izboljšala operativnost obvladovanja psihosocialnih tveganj z uvedbo posebnega predpisa, ki bi jasno določil odgovornosti delodajalcev, smernice in minimalne ukrepe.

Močnejše sodelovanje med inšpekcijo, medicino dela in raziskovalnimi centri: Danski sistem vključuje dobro uveljavljene poti sodelovanja med inšpekcijo, klinikami medicine dela in raziskovalnimi institucijami, kar omogoča usklajene preventivne ukrepe in hitrejši prenos znanstvenih spoznanj v prakso. Slovenija bi lahko vzpostavila formalizirane mehanizme sodelovanja, npr. redne strokovne posvete, deljene podatkovne platforme ali skupne preventivne projekte.

Centralizirano vodenje postopkov poškodb pri delu in poklicnih bolezni (po vzoru AES): Danski sistem uporablja centralno zavarovalniško institucijo za področje poklicnih tveganj – AES, ki vodi postopke priznavanja poškodb pri delu in poklicnih bolezni, skrbi za nadomestila ter upravlja zbirne podatke. To omogoča enotne standarde, učinkovito obravnavo primerov ter zanesljivo statistiko za preventivo. V Sloveniji bi bila smiselna uvedba enotnega centra za obravnavo poškodb in poklicnih bolezni, ki bi združil razpršene postopke in izboljšal dostopnost podatkov.

Celovita digitalizacija: enotni portal za prijavo poškodb pri delu in poklicnih bolezni: Danska uporablja napredne digitalne portale, kot sta EASY in AES, ki omogočata elektronsko prijavo poškodb, avtomatizirano izmenjavo podatkov med institucijami ter transparentno spremljanje postopkov. Slovenija bi lahko razvila enoten portal, ki bi povezal ZZZS, ZPIZ, NIJZ, IRSD in izvajalce medicine dela ter zmanjšal administrativne obremenitve delodajalcev.

Vzpostavitev nacionalne raziskovalno-analitične inštitucije (po vzoru NFA): Danski Nacionalni center za raziskave delovnega okolja (NFA) združuje raziskave, statistiko, strokovna priporočila ter podporo politikam. To krepi vez med znanostjo in prakso ter omogoča dolgoročno izboljševanje sistema na podlagi dokazov. V Sloveniji bi vzpostavitev podobne institucije omogočila usklajeno raziskovalno dejavnost, razvoj metodologij za ocenjevanje tveganj, pripravo smernic za podporo strokovni javnosti in uporabnikom ter analitično podlago za oblikovanje ciljno usmerjenih politik.

Modernizacija preventivnih storitev z multidisciplinarnim pristopom: V danskih podjetjih delujejo tudi multidisciplinarni strokovni timi, ki združujejo zdravstveno osebje, ergonome, psihologe dela ter strokovnjake za higieno in tehnično varnost. Tak pristop povečuje učinkovitost preventive, posebno pri kompleksnih tveganjih. Slovenija bi lahko okrepila preventivne storitve medicine dela z večjo vlogo dodatnih strok, boljšo integracijo z delovnimi procesi ter močnejšo podporo delodajalcem pri spremembah organizacije dela.

5.3 Finska

Aktivna vloga medicine dela pri vračanju na delo: Finska naloge medicine dela ne omejuje zgolj na preventivne preglede, temveč jo povezuje z vračanjem delavca na delo, prilagoditvami delovnega mesta in spremljanjem zmožnosti. Slovenija bi s tem ukrepom lahko vplivala na dolgotrajne bolniške odsotnosti in izboljšala ohranjanje delovne zmožnosti.

Centraliziran in poenoten postopek poklicnih bolezni: Finska uporablja enoten postopek v eni shemi, kar omogoča hitrejše, preglednejše odločanje in enotne kriterije. Slovenija ima razpršen, počasnejši sistem. Centralizacija bi bistveno izboljšala učinkovitost in pravno predvidljivost.

Ločena, hitrejša in ugodnejša shema za poškodbe pri delu in poklicne bolezni: Delavec na Finskem dobi takojšnje nadomestilo, hitrejši dostop do rehabilitacije in enoten postopek v primeru poškodbe pri delu in poklicne bolezni. V Sloveniji različne institucije obravnavajo posamezne faze postopka, kar ga upočasni. Integriran, ločen režim bi povečal dostopnost pravic in zmanjševal stroške odsotnosti.

***Bonus–malus* sistem financiranja poklicnih tveganj:** Premije se na Finskem oblikujejo glede na tveganost panoge in škodno zgodovino podjetja, kar nagrajuje varne delodajalce in motivira tvegane, da vlagajo v varnost. Slovenija ima enotne prispevke, zato uvedba tega sistema prinese močno finančno spodbudo za preventivo.

Multidisciplinarni pristop pri strokovni podpori podjetjem: Finci gradijo strokovnost s timi, ki vključujejo ergonomijo, psihologijo dela, higieno, toksikologijo in medicino dela. Slovenija

temelji na pooblaščenem, ožjem profilu strokovnjakov. Prenos bi okrepil obravnavo psihosocialnih, ergonomskih in kemijskih tveganj.

Enotni nacionalni registri poškodb, poklicnih bolezni in izpostavljenosti: Finska združuje vse ključne podatke v centralnih registrih, kar omogoča poglobljeno analitiko in usmerjanje preventivnih aktivnosti, vključno z nadzorom inšpekcije za delo, v panoge in podjetja z večjimi tveganji. Inšpekcija dela v Sloveniji ostaja pretežno reaktivna, tudi zaradi pomanjkljive podatkovne podpore in razpršenih evidenc. Prenos bi omogočil boljšo uporabo omejenih kadrovskih virov in večjo učinkovitost nadzora.

5.4 Francija

Obvezna in strogo normirana dokumentacija poklicnih tveganj (model DUERP): Francoski DUERP je enoten, natančno predpisan dokument ocene tveganja, ki ga morajo podjetja redno posodabljati. Prenos v Slovenijo bi odpravil razlike v kakovosti ocen tveganja, povečal preglednost in zagotovil enotne standarde med panogami.

Povezava slovenske ocene tveganja z nacionalnim epidemiološkim spremljanjem (model DUERP–SUMER): Podatki iz DUERP se povezujejo z nacionalno raziskavo SUMER, ki na ravni države spremlja izpostavljenosti delavcev. DUERP zagotavlja sledljive podatke, SUMER pa jih uporablja za nacionalno analitiko in posodobitev preventivnih politik. Če bi Slovenija uvedla tak model, bi dobila prvi register izpostavljenosti ter podatkovno podprt nadzor, kar bi odpravilo razpršenost ocen tveganja in omogočilo učinkovitejše preprečevanje poklicnih tveganj.

Močna institucionalna podpora prek nacionalnih strokovnih ustanov: Institucije kot INRS, INSERM, ANACT in ANSES s stabilnim financiranjem izvajajo raziskave, ki neposredno vplivajo na politike VZD. Slovenija ima razpršene raziskovalne kapacitete. Ustanovitev nacionalnega centra bi okrepila znanstveno podprt razvoj, izboljšala podporo podjetjem in standardizirala preventivo.

Specializiran zavarovalni podsistem za poklicna tveganja (AT/MP): Francoski sistem ločuje financiranje poklicnih tveganj od splošnega zdravstvenega zavarovanja. To omogoča bolj ciljno porabo sredstev, jasno odgovornost delodajalcev in boljšo sledljivost tveganj. Slovenija bi z uvedbo podobnega podsistema pridobila učinkovitejše pogoje za preventivo.

Diferencirane prispevne stopnje glede na tveganost panoge in škodno zgodovino: Francija deli delodajalce na tarifne skupine in jim določa različne prispevke. To spodbuja zmanjševanje tveganj in nagrajuje varna podjetja. Tak pristop bi v Sloveniji okrepil ekonomske spodbude za izvajanje ukrepov VZD.

Neodvisnost medicine dela kot javne službe: Francoski zdravniki medicine dela delujejo neodvisno od delodajalcev in so vključeni v sistem javne preventive. V Sloveniji je medicina dela tržno organizirana, kar povzroča variabilnost kakovosti. Prenos bi izboljšal nepristranskost in varnost delavcev.

Multidisciplinarne preventivne službe za podjetja: Francija zahteva, da so v preventivnih službah vključeni zdravniki, medicinske sestre, ergonomi, higieniki, psihologi dela ipd. Slovenija večinoma uporablja tehnično-varnostni model. Multidisciplinarnost bi omogočila celovitejšo obravnavo psihosocialnih in ergonomskih tveganj. V tej luči predlagamo podiplomsko usposabljanje diplomiranih medicinskih sester v področje medicino dela.

Analitično podprt nadzor s centraliziranimi evidencami: Francoski inšpektorat nadzor usmerja na podlagi zbranih podatkov iz zavarovalništva, javnega zdravja in administrativnih baz. Slovenija nima enotne evidence poškodovanosti ali izpostavljenosti. Centralizirani podatki bi omogočili bolj usmerjen nadzor.

Digitaliziran sistem poročanja in spremljanja tveganj: Francija uporablja digitalizirane DUERP-e, elektronske prijave nezgod, podatkovne portale in integrirane zbirke (npr. SUMER). Slovenija ima razpršene, delno digitalne evidence. Enotna digitalna platforma bi izboljšala preglednost, primerljivost podatkov in načrtovanje preventivnih ukrepov.

5.5 Nizozemska

Uvedba panožnih standardov po zgledu *arbocatalogov:* Na Nizozemskem socialni partnerji pripravljajo sektorske *arbocataloge*, ki določajo praktične standarde in pričakovane ukrepe, inšpektorat pa jih uporablja kot referenco pri nadzoru. Slovenija takšnih panožnih standardov nima, zato nadzor temelji zgolj na zakonu in je manj usmerjen. Prenos bi dvignil kakovost ocen tveganja, omogočil bolj ciljan nadzor ter okrepil sodelovanje socialnih partnerjev.

Digitalna platforma za oceno tveganja (model *Steunpunt* RI&E): Nizozemska podjetjem, zlasti MSP[3], omogoča strukturirano izdelavo in redno posodabljanje RI&E prek nacionalne digitalne platforme. V Sloveniji ocene tveganja nastajajo ročno, v različnih formatih in brez nacionalne podpore. Digitalno orodje bi standardiziralo kakovost, razbremenilo podjetja in olajšalo nadzor.

Okrepitev vloge zaposlenih pri VZD: Nizozemski model izobraževanja delavcev temelji na panogam prilagojenih vsebinah, vezanih na dejanska tveganja iz RI&E, medtem ko je slovenski model bolj formalen in administrativen — prenos elementov nizozemskega pristopa bi zato v Slovenijo prinesel manj formalizma in več dejanskega učenja, večjo vključenost delavcev ter

[3] Mikro, mala in srednja podjetja.

boljšo učinkovitost preventivnih ukrepov. Na Nizozemskem imajo predstavniki zaposlenih formalno vlogo pri VZD in sodelujejo pri sprejemanju odločitev. V Sloveniji je vloga sveta delavcev pri VZD šibkejša. Krepitev udeležbe delavcev bi izboljšala izvajanje ukrepov, povečala transparentnost in okrepila preventivo.

Strukturna integracija reintegracije v sistem bolniškega staleža: Nizozemski sistem vključuje strogo časovno strukturirano reintegracijo (6., 8., 42. teden), kjer sta delavec in delodajalec dolžna aktivno sodelovati. V Sloveniji reintegracija ni časovno urejena in delodajalec nima primerljive odgovornosti. Prenos bi zmanjšal dolgotrajne bolniške odsotnosti in prehode v invalidnost.

Obvezni notranji koordinator za VZD (*preventiemedewerker*): Na Nizozemskem mora vsako podjetje imenovati notranjo osebo, ki skrbi za koordinacijo VZD, tudi če sodeluje z zunanjimi strokovnjaki. Slovenija takšne obveznosti nima. Ta ukrep bi zagotovil minimalno interno strukturo za VZD tudi v manjših podjetjih.

Večja avtonomija delodajalcev pri organizaciji službe VZD: Ukrep bi omogočil, da podjetja strokovne naloge VZD zagotavljajo glede na dejanska tveganja, ne glede na strogo licenciran profil. Nizozemski model omogoča kombinacijo notranjih in zunanjih strokovnjakov ter poudarja multidisciplinarnost, kar bi v Sloveniji zmanjšalo administrativno breme, povečalo dostop do strokovnjakov (tudi ergonomov, psihologov dela, higienikov), omogočilo hitrejše prilagajanje tveganjem in dvignilo kakovost preventive, zlasti v panogah s specifičnimi tveganji.

Uvedba preventivno usmerjenih, multidisciplinarnih *arbodienstov:* Nizozemska podjetjem omogoča dostop do široko zasnovanih, multidisciplinarnih zunanjih služb varnosti in zdravja pri delu (*arbodienstov*). V Sloveniji takšne integrirane službe večinoma ne obstajajo. Prenos bi okrepil kakovost preventive, posebej pri psihosocialnih in ergonomskih tveganjih.

Podatkovno voden nadzor po vzoru NLA: Nizozemska inšpekcija načrtuje nadzore na podlagi podatkov iz RI&E, registrov bolezni, preteklih kršitev in sektorskih tveganj. IRSD trenutno nima sistemske povezave z evidencami ter nima panožnih referenc. Prenos bi omogočil nadzor tam, kjer so tveganja največja.

Nacionalni register poklicnih bolezni z izključno preventivno funkcijo: Na Nizozemskem register (NCvB) služi spremljanju trendov in oblikovanju preventivnih ukrepov, ne pa odločanju o pravicah. V Sloveniji register neposredno vpliva na pravice. Register, katerega namen bi bilo izključno zbiranje podatkov brez pravnih posledic za delodajalce, bi omogočil boljšo epidemiološko analizo.

Povečana odgovornost delodajalcev za financiranje odsotnosti in reintegracije: Nizozemski model, v katerem delodajalec dve leti financira nadomestilo in je odgovoren za reintegracijo,

ustvarja močne preventivne spodbude. V Sloveniji del bremena hitro prevzame ZZZS, zato motivacija za preprečevanje in vračanje na delo ni enako močna. Postopno okrepljena odgovornost delodajalcev bi zmanjšala odsotnosti in izboljšala preventivno ravnanje.

5.6 Portugalska

Ustanovitev specializiranega tripartitnega telesa za VZD: Portugalska ima CPCS kot stalno telo, ki se ukvarja izključno z VZD in povezuje socialne partnerje, strokovne institucije ter regulatorje, kar zagotavlja stabilno, usklajeno oblikovanje politik. Ker se v Sloveniji VZD obravnava v okviru širšega ESS in nima lastne strukture, bi prenos, podoben CPCS, zagotovil stalno koordinacijo, večjo konsistentnost odločitev in bolj sistematično obravnavo področja.

Jasna zakonska vključitev psihosocialnih tveganj v oceno tveganja: Portugalski zakon izrecno določa, da morajo biti psihosocialna tveganja del ocene tveganja, zato so stres, izgorelost, mobing in nasilje obravnavani enakovredno drugim tveganjem. V Sloveniji so ta tveganja pravno manj jasno opredeljena, kar vodi do neenotne prakse. Prenos portugalske rešitve bi zagotovil jasne standarde in enotnejšo obravnavo tveganj, ki predstavljajo naraščajoč problem.

Razvoj praktičnih sektorskih smernic kot dopolnilo zakonskim obveznostim: ACT na Portugalskem redno izdaja praktične smernice, ki jih delodajalci dejansko uporabljajo, in jih pri nadzoru upošteva tudi inšpektorat. Ker slovenski sistem temelji predvsem na formalnih predpisih in ne nudi praktičnih orodij delodajalcem, bi uvedba podobnih sektorskih smernic dvignila kakovost ocen tveganja in zmanjšala administrativni formalizem.

Diferencirano financiranje poškodb pri delu glede na tveganost podjetja: Portugalska poškodbe pri delu ureja prek obveznega komercialnega zavarovanja, kjer premije neposredno odražajo panogo, tveganost in škodno zgodovino podjetja. V Sloveniji so prispevki za poškodbe pri delu enotni, ne glede na število poškodb pri delu. Uvedba diferenciranih premij bi povezala raven tveganja s stroški delodajalcev ter spodbudila več vlaganj v preprečevanje nezgod.

Vzpostavitev hitrega dostopa do diagnostike in rehabilitacije pri poškodbah pri delu: Portugalski model zagotavlja takojšen dostop do specialistične obravnave in rehabilitacije prek mreže pogodbenih izvajalcev, kar bistveno skrajša odsotnosti in zmanjšuje dolgoročne posledice poškodb. V Sloveniji je pot do zdravljenja odvisna od ZZZS in čakalnih dob, zato bi prenos portugalske rešitve delavcem omogočil hitrejše okrevanje in hitrejše vračanje na delo.

Centraliziran organ za poklicne bolezni (po zgledu DPRP): Na Portugalskem poklicne bolezni obravnava en sam državni organ, ki združuje medicinsko in upravno funkcijo ter omogoča hitro, preverljivo in enotno obravnavo. Ker je slovenski sistem razpršen med KIMDPŠ, ZZZS in ZPIZ ter

posledično izjemno počasen, bi uvedba enotnega centra omogočila učinkovitejše priznavanje poklicnih bolezni in boljšo dostopnost pravic.

Normativi za obseg dela strokovnih delavcev glede na velikost in tveganost podjetja: Portugalska natančno določa, koliko strokovne podpore mora podjetje zagotoviti — več v tveganih panogah in večjih podjetjih. V Sloveniji je obseg dela strokovnih delavcev prepuščen trgu, kar vodi do pomanjkljive pokritosti v številnih podjetjih. Normativi bi zagotovili minimalni standard strokovne prisotnosti glede na dejansko tveganost.

Strogo normiran sistem medicine dela (obseg prisotnosti + omejitev obremenitev zdravnikov): Portugalska določa, koliko delavcev lahko zdravnik medicine dela spremlja in koliko časa mora biti prisoten v podjetju, kar zagotavlja enotno kakovost preventive. V Sloveniji takšne standardizacije ni, kar vodi do velikih razlik v kakovosti in redko prisotnost spec. medicine dela v podjetjih. Uvedba normativov bi povečala učinkovitost in enotnost obravnave.

Nacionalna digitalna platforma za VZD: Portugalska uporablja digitalne sisteme za prijavo poškodb pri delu, spremljanje zdravstvenih pregledov, register strokovnjakov in nadzor delovišč z uporabo naprednih tehnologij. Slovenija takšne integrirane digitalne platforme nima. Uvedba podobnega sistema bi omogočila sprotno analitiko tveganj, enotno poročanje ter sodobno, podatkovno podprto delovanje sistema.

Nadzori v parih in razširjena preventivna funkcija inšpekcije: ACT pogosto izvaja nadzore v parih, uporablja drone in IoT ter poleg nadzornih postopkov izvaja tudi izobraževanja, kampanje in svetovanja podjetjem. Uvedba portugalskega pristopa bi povečala varnost inšpektorjev, izboljšala kakovost ugotovitev in okrepila podporo podjetjem pri izboljševanju razmer.

6. Zaključek

Vse države članice Evropske unije v svoj pravni red prenašajo temeljno evropsko Direktivo 89/391/EGS s področja varnosti in zdravja pri delu, ki postavlja skupna izhodišča za zagotavljanje varnega in zdravega delovnega okolja ter jasno opredeljuje odgovornosti delodajalcev in pravice delavcev. Kljub temu formalnemu okvirju se sistemi varnosti in zdravja pri delu (VZD) med državami pomembno razlikujejo, saj se evropska direktiva implementira skozi različne nacionalne pravne, institucionalne in družbeno-ekonomske kontekste. Te razlike so neposredna posledica zgodovinskih okoliščin, kulturnega razvoja, modelov upravljanja dela in strukture gospodarstva, ki so se izoblikovali dolgo pred pristopom držav k EU in še naprej vplivajo na nacionalne ureditve.

Opazne razlike izvirajo tudi iz preteklih gospodarskih sistemov. Češka in Slovenija sta v času socialističnih ureditev razvili centralizirane modele upravljanja dela, z normativnim pristopom in izrazito vlogo države. Države s tržno tradicijo – Danska, Finska, Francija, Nizozemska in Portugalska – so sisteme VZD razvijale drugače, bolj postopno, z večjim poudarkom na socialnem dialogu, strokovni avtonomiji in prilagodljivosti trga dela. Te različne institucionalne trase določajo, kako posamezne države razumejo preventivo, odgovornost za zdravje pri delu in vlogo nadzora.

Naš namen ni bil ocenjevanje učinkovitosti posameznih ureditev, temveč razumevanje okvira, v katerem sistem VZD posamezne države deluje, in tistih institucionalnih, organizacijskih in preventivnih praks, ki določajo njegovo posebnost. Z enotno metodologijo smo analizirali šest držav in ugotovili, da se razlike med sistemi kažejo predvsem v tem, katera področja posamezne države dodatno krepijo, razširjajo ali institucionalno utrjujejo. Temu ustrezno se razlikujejo tudi organizacija nadzora, vloga socialnih partnerjev, razmerje med državo in delodajalci ter mehanizmi financiranja poklicnih tveganj.

Na oblikovanje sistemov varnosti in zdravja pri delu poleg zgodovinskega razvoja močno vplivajo tudi gospodarska usmerjenost posamezne države, demografski trendi, stanje trga dela in struktura zaposlenosti. Države z izrazito odprtim gospodarstvom, kot so Nizozemska, Danska in Finska, razvijajo analitične, digitalizirane in prožne pristope, saj visoka mednarodna konkurenčnost in mobilnost delovne sile zahtevata hitro odzivnost ter jasne mehanizme upravljanja tveganj. V državah s starejšo populacijo ali izrazitim pomanjkanjem delovne sile, kot so Finska in Nizozemska ter deloma Portugalska, se več vlaganj usmerja v preprečevanje invalidnosti, krepitev medicine dela in v sistematično reintegracijo delavcev. Države z velikim deležem malih in mikro podjetij, med katerimi izstopata Nizozemska in Portugalska, razvijajo digitalna orodja, sektorske smernice in zunanje preventivne storitve, ki tem podjetjem olajšajo izpolnjevanje obveznosti in dostop do strokovne podpore.

Struktura zaposlenosti in posebnosti trga dela neposredno oblikujejo zasnovo sistemov VZD. V državah s fleksibilno zaposlitveno strukturo, visokim deležem tujih delavcev ali izrazito sektorsko specializacijo, kot so Nizozemska, Danska in Portugalska, se sistemi varnosti in zdravja pri delu prilagajajo potrebam panog. To se kaže v uporabi digitalnih platform, panožnih standardov, multidisciplinarnih preventivnih služb in tesni integraciji medicine dela v vsakodnevne procese podjetij. Države z močno institucionalno tradicijo, kot sta Francija in Finska, pa razvijajo bolj centralizirane in stabilne sisteme, ki se opirajo na nacionalne raziskovalne institucije, jasne procesne standarde in usklajene nadzorne mehanizme.

Pri presoji prenosljivih praks moramo upoštevati, da tudi navidezno preproste rešitve lahko povzročijo velike sistemske premike, kadar posegajo v druge podsisteme, kot so socialna zavarovanja, financiranje nadzora, organizacija preventivnih služb, delovanje medicine dela ali postopki priznavanja poklicnih bolezni. Učinki posameznih ureditev niso odvisni le od pravnih določb, temveč predvsem od družbeno-gospodarskega konteksta, razvitosti trga dela, institucionalne zrelosti, obsega administrativnih zmogljivosti ter vloge socialnega dialoga. Zato primerjava v tem poročilu temelji na prepoznavanju strukturnih elementov, ki lahko predstavljajo izhodišče za prilagoditve v slovenskem sistemu, ne pa na enostavnem preslikanju tujih modelov, ki bi brez ustreznih prilagoditev lahko vodili do nepredvidenih strukturnih posledic.

6.1 Podobnosti in razlike sistema varnosti in zdravja pri delu med državami

V vseh preučevanih državah je varnost in zdravje pri delu umeščeno v osrednji **pravni okvir**, ki temelji na Direktivi 89/391/EGS, pri čemer se nacionalne ureditve razlikujejo glede podrobnosti obveznosti delodajalcev in razmejitve pristojnosti med ključnimi institucijami. Francija temelji na Delovnem zakoniku, ki zelo natančno določa obveznosti delodajalca, organizacijo preventive in sistematično dokumentiranje tveganj. Francoska posebnost je zakonska neodvisnost medicine dela in obvezni dokument DUERP, ki je temelj celovitega upravljanja tveganj. Danska uporablja Zakon o delovnem okolju, ki opredeljuje osnovne obveznosti, pomemben del izvedbe pa prepušča strokovnim smernicam inšpekcijskih služb ter tripartitnim strukturam, ki sodelujejo pri pripravi sektorskih rešitev. Finska sistem ureja prek Zakona o varnosti in zdravju pri delu ter Zakona o medicini dela, ki skupaj povezujeta preventivni in kurativni vidik, saj je medicina dela sestavni del javnozdravstvenega sistema in ima zakonsko nalogo spremljati delovno zmožnost ter reintegracijo delavcev. Nizozemska uporablja Zakon o delovnih pogojih, ki določa temeljne obveznosti delodajalcev, podrobni standardi pa nastajajo v panožnih *arbocatalogih* socialnih partnerjev. Nizozemski sistem dopolnjuje še Zakon o izboljšanju postopkov vračanja na delo, ki določa strogo strukturirane reintegracijske obveznosti ob bolniški odsotnosti. Portugalska področje ureja z Zakonom o promociji varnosti in zdravja pri delu in Delovnim zakonikom; posebnost portugalskega modela je, da je zakon o promociji VZD samostojen in poudarja preventivne obveznosti delodajalcev ter normirano medicino dela, medtem ko inšpektorat izdaja

strokovne smernice, ki so v praksi pomemben del sistema. Češka temelji na Zakoniku dela, dopolnjenem z obsežno javnozdravstveno zakonodajo, ki ureja delo higienskih služb. Češka posebnost je dvotirni model nadzora, kjer zakonodaja povezuje delovnopravne obveznosti z medicinsko-higienskimi zahtevami. Čeprav imajo vse države vzpostavljen stabilen zakonski okvir, se razlikujejo v načinu izvedbe: Francija in Finska uporabljata visoko normativne, jasno strukturirane modele, Nizozemska vsebinsko izvedbo prepušča socialnim partnerjem, Portugalska in Danska zakonodajo dopolnjujeta s strokovnimi smernicami inšpektorata, Češka pa združuje pravni in javnozdravstveni nadzor. Skupno vsem je, da krovni zakon določa temeljne odgovornosti, operativne razlike pa odražajo nacionalne tradicije preventive, institucionalne ureditve in pristop k varovanju zdravja delavcev.

Institucionalna ureditev sistemov varnosti in zdravja pri delu v preučevanih državah kaže izrazite razlike, ki odražajo njihove zgodovinske razvojne poti, strukturo javne uprave in tradicije socialnega dialoga. V vseh državah sta nosilna stebra sistema ministrstvo, pristojno za delo, in ministrstvo, pristojno za zdravje, vendar se njune pristojnosti in stopnja medsebojne integracije razlikujejo. Razlike vplivajo na to, kako učinkovito je mogoče izvajati regulativo, strokovno podporo, javnozdravstvene funkcije in nadzor nad izvajanjem VZD. Francija ima enega najjasneje oblikovanih institucionalnih sistemov. Ministrstvo za delo vodi celotno področje varnosti in zdravja pri delu, opredeljuje zakonodajo in upravlja inšpektorat za delo. Ministrstvo za zdravje zagotavlja javnozdravstveni okvir, epidemiološko spremljanje poklicnih tveganj in strokovno podporo medicini dela, ki ima zakonsko določeno neodvisnost. Poseben del sistema predstavlja ministrstvo, pristojno za socialno varnost, ki upravlja specializirano zavarovalno vejo za poklicna tveganja, kar omogoča ločeno financiranje zdravljenja in nadomestil. Na Danskem si pristojnosti delita Ministrstvo za delo in Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za delo določa regulativo in nadzira izvajanje zakonodaje prek inšpektorata, ki je močno vpeto v sistem socialnega dialoga. Ministrstvo za zdravje dopolnjuje sistem z javnozdravstvenimi funkcijami in raziskovalno podporo, kar omogoča usklajeno izvajanje politike v vseh sektorjih. Danski model temelji na tesnem sodelovanju države, delodajalcev in sindikatov, kar se kaže tudi v pripravi sektorskih priporočil in preventivnih programov. Na Finskem je pristojnost izrazito centralizirana, saj Ministrstvo za socialne zadeve in zdravje upravlja celoten sistem VZD, vključno z zakonodajo, nadzorom, medicino dela, javnim zdravjem in zavarovalnimi mehanizmi. Ta integracija omogoča stabilen razvoj politike, natančno določene standarde ter neposredno povezavo med preventivo, zdravljenjem in socialnimi pravicami. Nizozemska uporablja izrazito tripartitni institucionalni model, ki združuje regulativo, socialni dialog in strokovno podporo v enoten, medsebojno povezan sistem. Ministrstvo za socialne zadeve in zaposlovanje določa zakonodajo in vodi Inšpektorat za delo, Ministrstvo za zdravje pa zagotavlja javnozdravstveni in epidemiološki okvir ter podpira medicino dela. Portugalska razporeja pristojnosti med Ministrstvom za delo, solidarnost in socialno varnost, ki vodi Inšpektorat za delovne pogoje in pripravlja strokovne smernice, ter Ministrstvom za zdravje, ki je odgovorno za javnozdravstvene naloge, registre

poklicnih bolezni ter normirano medicino dela. Češka uporablja dvotirni model institucionalne ureditve, v katerem Ministrstvo za delo in socialne zadeve upravlja inšpektorat za delo, Ministrstvo za zdravje pa vodi higienske službe, ki opravljajo terenske meritve, nadzor izpostavljenosti in epidemiološke preiskave. Takšna delitev povezuje pravni in javnozdravstveni pristop ter omogoča podrobnejšo strokovno obravnavo tveganj, vendar sistem zaradi razpršenosti zahteva visoko stopnjo koordinacije. Skupni imenovalec vseh držav je, da sistem VZD vedno temelji na sodelovanju resorjev za delo in zdravje, ki predstavljata osrednja nosilca regulacije, nadzora in javnozdravstvenih nalog. Razlikujejo pa se po tem, ali sta ti pristojnosti centralizirani znotraj enega ministrstva, porazdeljeni med več organov ali dopolnjeni s tripartitnimi strukturami in močnimi raziskovalnimi institucijami. V Sloveniji si sistem varnosti in zdravja pri delu delita Ministrstvo za delo in Ministrstvo za zdravje, pri čemer je nadzor zgoščen v Inšpektoratu za delo, zdravstveni del pa v sistemu medicine dela in javnega zdravja, vendar brez enotne nacionalne raziskovalne institucije ali tesno integriranega sodelovanja med resorjema.

Socialni dialog na področju varnosti in zdravja pri delu se med preučevanimi državami razlikuje, vendar povsod predstavlja pomemben element zagotavljanja učinkovite preventive. Danska in Nizozemska imata najmočnejši model vključevanja delavcev, saj sindikati in predstavniki zaposlenih sodelujejo pri pripravi sektorskih standardov, pregledih tveganj in določanju preventivnih ukrepov; na Danskem so predstavniki za VZD v podjetjih zakonsko obvezno usposobljeni, na Nizozemskem pa imajo delavci formalno pravico soodločati pri oceni tveganja in reintegraciji. Francija zagotavlja visoko stopnjo opolnomočenja delavskih predstavnikov prek obveznega usposabljanja, dostopa do neodvisnih strokovnjakov in formalne vloge v odborih za varnost in pogoje dela. Na Finskem delavci sodelujejo pri pripravi preventivnih programov v podjetjih, sindikati pa pomembno vplivajo na usposabljanja in prenos dobrih praks, pri čemer medicina dela aktivno podpira izobraževanje delavcev. Portugalska vključuje sindikate v preventivne kampanje in izobraževanja, delavskim predstavnikom pa zakon daje pravico do sodelovanja pri oceni tveganja. Na Češkem je vloga delavcev formalno prisotna prek svetov delavcev in sindikatov, čeprav je njihova realna moč skromnejša kot v severnoevropskih državah, podporo pa pogosto zagotavljajo higienske službe z izobraževalnimi programi.

Na področju **financiranja socialnih pravic** iz naslova poklicnih tveganj obstajajo med preučevanimi državami pomembne razlike. Večina držav uporablja diferencirane premije ali druge tržne mehanizme, pri katerih se višina prispevkov prilagaja tveganosti dejavnosti in škodni zgodovini delodajalca. Nizozemska prenaša največji del bremena neposredno na delodajalce, ki financirajo dolgotrajna nadomestila in so odgovorni za reintegracijo, zato sistem močno spodbuja preventivno ravnanje. Francija ima ločen specializiran zavarovalni sistem za poklicna tveganja, kjer se prispevki delodajalcev zvišajo ali znižajo glede na varnostno kulturo in rezultate podjetja. Finska in Danska uporabljata regulirano komercialno zavarovanje, kjer zavarovalnice določajo premije na podlagi tveganosti panoge, vendar delujejo v okviru državne regulacije, kar

omogoča kombinacijo tržnih spodbud in socialne zaščite. Portugalska in Češka temeljita na komercialnih odškodninskih modelih, v katerih zavarovalnice izplačujejo nadomestila in pravice, ki so pri poškodbah pri delu praviloma obsežnejše kot pri splošnih boleznih, vendar tudi pod regulacijo države. V teh državah premije neposredno odražajo tveganost podjetja, kar povezuje stroške delodajalcev s stopnjo varnosti na delovnem mestu. Skupno vsem preučevanim državam je, da financiranje poklicnih tveganj povezujejo z dejanskimi tveganji podjetij, kar pomeni, da bolj tvegana podjetja plačujejo višje premije, varna pa manj. Ti mehanizmi hkrati omogočajo hitrejši dostop delavcev do nadomestil, zdravljenja ali rehabilitacije, saj so sheme oblikovane posebej za poklicna tveganja. Slovenija se od teh ureditev razlikuje, saj uporablja centraliziran javni sistem financiranja, pri katerem je prispevek za poškodbe pri delu in poklicne bolezni enoten ne glede na tveganost panoge ali varnostno kulturo podjetja. Sistem tako zagotavlja enakost pravic, vendar ne ustvarja finančnih spodbud za preventivo, kakršne so značilne za večino drugih preučevanih držav.

Razlike so izrazite tudi v **obsegu socialnih pravic**. Socialne pravice, ki izhajajo iz poškodb pri delu in poklicnih bolezni, so v vseh preučevanih državah obravnavane ugodneje kot pravice pri splošni bolezni, vendar posamezne države pravice zagotavljajo na različne načine. Francija, Portugalska in Finska delavcu po priznanju poškodbe pri delu ali poklicne bolezni omogočajo hiter dostop do diagnostike, specialistične obravnave, rehabilitacije in nadomestil v okviru ločenih zavarovalnih shem, ki delujejo neodvisno od splošnega zdravstvenega sistema. Takšna ureditev zmanjšuje čakalne dobe, zagotavlja prioritetno obravnavo in omogoča hitrejšo vrnitev delavca v delovni proces. Danska in Nizozemska socialne pravice povežeta z obveznimi postopki reintegracije, saj je pravica do nadomestila del širšega sistema vračanja na delo. Delavec ne pridobi le finančnega nadomestila, temveč tudi strukturirano podporo pri prilagoditvah, ponovnem vključevanju in ocenjevanju delovne zmožnosti. Ti modeli dokazano zmanjšujejo dolgotrajne odsotnosti in preprečujejo prehode v invalidnost. Češka zagotavlja kombinacijo javnih in zavarovalniških pravic: prvotni del nadomestila krije delodajalec, nadaljnje pravice pa zagotavlja državni sistem, dodatne odškodnine pa izplačujejo zavarovalnice. Ta ureditev predstavlja srednjo pot med tržno naravnanimi in javnimi sistemi. Skupno vsem državam je, da poškodbe pri delu in poklicne bolezni obravnavajo ločen sistem pravic, pri čemer delavec praviloma prejme višja nadomestila, hitrejši dostop do zdravstvenih storitev ali specializirano obravnavo. Te pravice so pogosto povezane tudi z obveznostmi delodajalca pri financiranju odsotnosti ali izvajanju ukrepov za vrnitev delavca na delo. Slovenija uporablja enoten javni sistem, v katerem so socialne pravice sicer formalno zagotovljene, vendar niso ločene v tolikšni meri kot v nekaterih drugih državah. Pravice temeljijo na splošnih zdravstvenih in invalidskih shemah, brez posebnih postopkov, ki bi zagotavljali hitrejšo pot obravnave ali tesnejšo povezavo med pravicami in reintegracijo delavca.

Sistemi bolniškega staleža v preučevanih državah se razlikujejo glede na to, kako razdelijo odgovornosti med delodajalcem, delavcem in državo. Nizozemska in Danska delodajalcem

nalagata širok obseg odgovornosti: oba sistema zahtevata, da delodajalec financira daljše obdobje bolniške odsotnosti in hkrati izvaja obvezne postopke reintegracije, ki vključujejo zgodnjo oceno delovne zmožnosti, pripravo načrta vrnitve na delo ter tesno sodelovanje z medicino dela. Takšna ureditev neposredno povečuje pravice delavca do kontinuiranega nadomestila, hkrati pa krepi mehanizme za hitro vrnitev na delo. Finska uporablja dvotirni model pravic, kjer sta splošna bolezen in poškodba pri delu ločeni shemi: splošno bolezen krije sistem socialne varnosti, medtem ko je pri poškodbah pri delu delavec upravičen do višjih nadomestil v okviru posebne zavarovalne sheme. Finska posebnost je obvezna vloga medicine dela že v zgodnji fazi odsotnosti, saj zdravnik opravi oceno delovne zmožnosti, predlaga prilagoditve dela in podpira postopno vračanje. S tem finski sistem uravnoteži pravice delavca z zgodnjim upravljanjem bolniške odsotnosti. Francija uporablja strogo časovno normiran sistem, v katerem so pravice delavca do bolniškega nadomestila vezane na zakonsko določene meje trajanja odsotnosti. Zdravnik lahko odsotnost podaljša le ob jasnih medicinskih utemeljitvah, kar zmanjšuje verjetnost nenadzorovanega podaljševanja bolniškega staleža. Portugalska delodajalce razbremeni: nadomestila pri splošni bolezni krije javni sistem, pri poškodbah pri delu pa delavec prejme hitrejšo obravnavo in nadomestila prek komercialnega zavarovanja. Češka uporablja dvostopenjski model, po katerem delodajalec krije krajši začetni del odsotnosti, nato pa nadomestila prevzame državni sistem, kar predstavlja kompromis med obremenitvijo delodajalcev in javno blagajno. Države se razlikujejo tako, da nekatere – kot Francija, Portugalska in Češka – zakonsko omejujejo trajanje bolniškega staleža pri boleznih in poškodbah izven dela na določeno največje obdobje, medtem ko druge – Nizozemska, Danska in Finska – ne določajo enotnega časovnega maksimuma in trajanje pravice vežejo na obveznosti delodajalca ali na fazne postopke ocenjevanja delovne zmožnosti. Skupno vsem državam je, da poškodbe pri delu obravnavajo drugače kot splošne bolezni: bodisi z višjimi nadomestili, ločenimi zavarovalnimi shemami, hitrejšimi postopki ali dodatnimi pravicami, saj so te odsotnosti neposredno povezane z delovnim okoljem. Slovenija ima v primerjavi s temi državami enotno, javno financirano ureditev bolniškega staleža, v kateri večji del nadomestil zagotavlja sistem zdravstvenega zavarovanja. Pravice so enotno opredeljene in stabilne, vendar sistem ne vključuje časovno strukturirane reintegracije ali jasno določenih obveznosti delodajalca v času odsotnosti, kar razlikuje slovenski model od bolj aktivnih ureditev drugih držav.

Sistemi obravnave **poklicnih bolezni** se med državami izrazito razlikujejo. Portugalska, Finska, Danska in Francija uporabljajo centralizirane postopke, v katerih enoten državni organ vodi tako medicinsko presojo kot upravni postopek ter po potrebi izvede terenske preiskave. Ti modeli omogočajo hitrejše odločanje in večjo enotnost med primeri. Češka uporablja sistem, kjer diagnozo postavijo specializirani centri medicine dela, izpostavljenost pa preverjajo higienske službe, kar povečuje strokovno utemeljenost postopka. Nizozemska sledi drugačnemu pristopu: prijave poklicnih bolezni se uporabljajo predvsem za epidemiološko spremljanje in preventivno načrtovanje, ne pa za odločanje o individualnih socialnih pravicah. Skupno vsem državam je, da

uporabljajo uradni seznam poklicnih bolezni in nacionalne registre, ki omogočajo strukturirano spremljanje tveganj in razvoj preventivnih politik. Razlikujejo pa se v tem, ali so ti registri namenjeni predvsem odločanju o pravicah ali predvsem spremljanju pojavnosti in trendov. Slovenija ohranja razpršen in večstopenjski sistem, v katerem diagnozo, upravne postopke in pravice obravnava več institucij. To vodi v dolgotrajnejše postopke in malo priznanih primerov,

Strokovne službe za varnost in zdravje pri delu so obvezni sestavni del vseh preučevanih sistemov, vendar se njihova organizacija in strokovna usmeritev med državami izrazito razlikujeta. Portugalska in Češka uporabljata strogo licenčne, normirane in hierarhično urejene modele, v katerih je obseg dela strokovnjakov natančno določen glede na velikost podjetja in tveganost dejavnosti, kompetence pa so pod stalnim nadzorom regulatorjev. Francija in Danska temeljita na interdisciplinarnem pristopu, kjer strokovnjaki različnih profilov – ergonomi, psihologi dela, higieniki, toksikologi in zdravniki – delujejo v integriranih preventivnih službah, bodisi kot medpodjetniške neprofitne enote ali v okviru javnozdravstvenih institucij. Finska in Nizozemska uporabljata bolj fleksibilen, decentraliziran model, v katerem je v ospredju multidisciplinarnost, delodajalci pa lahko prosto kombinirajo notranje in zunanje strokovnjake brez strogega licenčnega okvirja, dokler zagotavljajo ustrezno strokovno podporo. Vsem državam je skupno zavedanje o pomenu široke strokovne baze in stalne podpore podjetjem, še posebej tam, kjer notranje kadrovske zmogljivosti niso zadostne. Slovenija je v tem pogledu bolj formalizirana in manj fleksibilna. Velik del nalog je zakonsko vezan na en sam strokovni profil, kar omejuje vključevanje drugih strok, kot so ergonomija, psihologija dela ali industrijska higiena, ki so v drugih državah sestavni del preventivnih služb. Zaradi takšne organizacije Slovenija težje dosega multidisciplinarno obravnavo tveganj, kar se še posebej kaže pri kompleksnih področjih, kot so psihosocialna tveganja, ergonomija in kemijske izpostavljenosti.

Medicina dela je obvezni element vseh sistemov, vendar se izvedba med državami pomembno razlikuje: Finska jo tesno povezuje z delodajalcem ter s kurativnim zdravstvenim varstvom in jo uporablja kot osrednje orodje za upravljanje delovne zmožnosti; Francija poudarja zakonsko neodvisnost medicine dela kot javne službe, ki deluje preventivno in ločeno od interesov delodajalcev; Nizozemska jo vključuje v postopke reintegracije in upravljanje bolniške odsotnosti, kar pomeni, da zdravniki medicine dela vodijo ključne faze vračanja na delo; Portugalska strogo normira obseg dela zdravnikov glede na število zaposlenih in tveganost dejavnosti ter določa maksimalne obremenitve, s čimer zagotavlja enotno preventivno pokritost; Danska medicino dela umešča v javnozdravstveni sistem, kjer se preventivne naloge izvajajo v okviru bolnišničnih struktur; medtem ko Češka uporablja model, v katerem medicina dela deluje skupaj s higienskimi službami in pooblaščenimi specializiranimi centri, kar omogoča neposredno povezavo med zdravstvenim nadzorom in terenskimi preiskavami delovnega okolja; Slovenija pa ohranja tržno organiziran in heterogen sistem brez enotnih standardov obremenitev ali obvezne multidisciplinarnosti, kar vodi v velike razlike v kakovosti izvajanja in preventivni učinkovitosti.

V preučevanih državah je **usposabljanje predstavnikov delavcev za varnost in zdravje pri delu** urejeno zelo različno, kar odraža različno razumevanje njihove vloge v sistemu VZD. Razlike med državami so izrazite: od strogo reguliranih večdnevnih programov do držav, kjer posebnega usposabljanja sploh ni. Francija ima najbolj strukturirano ureditev, saj morajo člani CSE oziroma CSSCT ob prvem mandatu opraviti petdnevno zakonsko obvezno usposabljanje, financirano s strani delodajalca, kar določa *Code du Travail*. Finska prav tako zagotavlja visoko raven profesionalizacije, saj ima predstavnik delavcev zakonsko pravico do obveznega izobraževanja, ki ga mora zagotoviti delodajalec brez stroškov za predstavnika. Ta obveznost je določena v finskem zakonu o nadzoru in sodelovanju na področju VZD. Danska zahteva obvezno usposabljanje vseh članov svoje organizacije za varnosti in zdravje pri delu (AMO), kar vključuje tudi predstavnike delavcev. Usposabljanje je pogoj za veljavno opravljanje funkcije in del danskih pravil o delovnem okolju. Na Nizozemskem mora *preventiemedewerker* — ki pogosto opravlja tudi predstavniško vlogo — imeti dokazljivo strokovno znanje. Če ga nima, mora delodajalec zagotoviti ustrezno usposabljanje, čeprav zakon ne določa točno predpisanega tečaja. Češka ločenega, posebnega usposabljanja za predstavnike nima, vendar so predstavniki vključeni v obvezna BOZP usposabljanja, ki jih morajo opraviti vsi delavci v skladu z Zakonom o delu. Portugalska izmed vseh držav najmanj ureja področje predstavnikov, saj nima posebnega instituta predstavnika VZD in zato tudi ne določa obveznih usposabljanj. Obvezno je le splošno izobraževanje delavcev o VZD ob začetku dela. V Sloveniji posebne ureditve ni. Predstavniki delavcev za VZD nimajo predpisanega minimalnega obsega usposabljanja, delodajalci pa niso dolžni zagotoviti strukturiranega ali strokovno definiranega izobraževanja. Zato predstavniki svojo vlogo pogosto opravljajo brez ustrezne strokovne podlage, kar zmanjšuje njihovo učinkovitost pri ocenjevanju tveganj in sodelovanju v preventivi.

Raziskovalna infrastruktura na področju varnosti in zdravja pri delu je v preučevanih državah močno institucionalizirana, stabilno financirana in neposredno povezana z delovanjem nacionalnega sistema VZD. Ključne raziskovalne ustanove: VIPSV na Češkem, INRS v Franciji, FIOH na Finskem, NFA na Danskem, RIVM na Nizozemskem in INSA na Portugalskem izvajajo nacionalne raziskave, razvijajo metodološke pristope, oblikujejo strokovne smernice, gradijo podatkovne zbirke ter nudijo analitično podporo nadzornim organom in oblikovalcem politik. S tem zagotavljajo, da so preventivni programi, regulativni ukrepi in nadzorni pristopi usmerjeni v dejanske potrebe gospodarstva in temeljijo na preverjenih podatkih o tveganjih, izpostavljenostih in trendih poklicnih tveganj. Slovenija primerljive centralne raziskovalne institucije na področju VZD nima. Raziskovalne naloge so razpršene med več organizacij in projektnih skupin, kar zmanjšuje sistemsko podporo, doslednost strokovnih standardov in strateško vpetost raziskav v oblikovanje politik. Slovenski sistem zato težje razvija podatkovno podprte preventivne programe ter analitične pristope, ki so značilni za države z močno, stabilno in institucionalno raziskovalno infrastrukturo.

Na področju **nadzora s**e preučevane države razlikujejo glede pristojnosti, pooblastil, organizacije dela in uporabe tehnologije. Portugalska izstopa z nadzori, ki jih praviloma izvajajo pari inšpektorjev, ter z uporabo dronov in IoT tehnologije, kar omogoča natančnejši vpogled v delovišča. Danska v nadzor sistematično vključuje socialne partnerje, ki sodelujejo pri pripravi smernic in nadzornih kampanj. Francija temelji na podatkovno usmerjenem pristopu, saj inšpektorat uporablja informacije iz DUERP-ov in nacionalnih evidenc za usmerjanje nadzorov v sektorje z največjimi tveganji. Nizozemska pri nadzorih uporablja panožne *arbocataloge*, ki delujejo kot sektorski standardi in merilo za presojo ustreznosti preventivnih ukrepov. Na Finskem je nadzor centraliziran in izrazito analitičen, saj se prednostne panoge določajo na podlagi epidemioloških podatkov, statističnih analiz in ocene izpostavljenosti. Češka uporablja dvotirni model, v katerem inšpektorat preverja pravno skladnost, higienske službe pa izvajajo terenske meritve in nadzor izpostavljenosti. Kljub razlikam imajo vse države vzpostavljeno kombinacijo proaktivnih in reaktivnih nadzorov ter se opirajo na podatke, trende in sektorsko usmerjen pristop. V primerjavi s tem Slovenija ostaja pretežno reaktivna; nadzori se pogosto začnejo na podlagi prijav in se osredotočajo na formalno skladnost, ne pa na dejansko upravljanje tveganj ali analitiko, ki je v bolj razvitih sistemih temelj strateškega načrtovanja nadzora.

Na področju **nacionalnih evidenc in digitalizacije** so razlike med preučevanimi državami predvsem v stopnji integriranosti podatkovnih sistemov in v tem, kako celovito povezujejo evidence nezgod, poklicnih bolezni in tveganj s preventivnimi ter nadzornimi funkcijami. Francija, Danska, Finska, Nizozemska in Portugalska imajo vzpostavljene enotne digitalne platforme, ki omogočajo elektronsko prijavo nezgod, registracijo poklicnih bolezni, spremljanje izpostavljenosti ter načrtovanje nadzora. V teh državah so podatki med institucijami povezani, kar omogoča hitrejšo identifikacijo trendov, učinkovitejše ukrepanje in razvoj preventivnih programov na podlagi dejanskih tveganj. Vsaka od teh držav uporablja digitalna orodja kot ključni del upravljanja sistema VZD: Francija povezuje oceno tveganja – DUERP s podatkovnimi zbirkami, Danska združuje informacije o nesrečah in bolniških odsotnostih, Finska povezuje zdravstvene, zavarovalniške in nadzorne evidence, Nizozemska podjetjem nudi digitalna orodja za oceno tveganja, Portugalska pa uporablja napredne platforme, ki vključujejo tudi terenske tehnologije. Češka ima dobro razvit informacijski sistem na področju poškodb pri delu in poklicnih bolezni, vendar celovita digitalna integracija ostalih področij VZD še ni dosežena. Skupno vsem državam pa je, da digitalizacijo razumejo kot temelj sodobne preventive in nadzora. Slovenija v primerjavi s tem uporablja razdrobljene evidence, ki niso medsebojno povezane, zato ni mogoč enoten vpogled v stanje VZD, kar omejuje analitično spremljanje tveganj in načrtovanje preventivnih ukrepov.

Sklep

Primerjava šestih držav jasno pokaže, da najučinkovitejši sistemi varnosti in zdravja pri delu temeljijo na treh med seboj povezanih stebrih: prvič, na močnih in strokovno podprtih

institucijah, ki vodijo razvoj politik in zagotavljajo stabilnost sistema; drugič, na nadzornih mehanizmih, ki so usmerjeni v preventivo, analitiko in upravljanje dejanskih tveganj; in tretjič, na dobro usklajenem delovanju medicine dela, strokovnih služb ter zavarovalnih mehanizmov, ki skupaj zagotavljajo pravočasno obravnavo in podporo delavcem.

Čeprav posamezne države razvijajo različne organizacijske modele, analiza kaže nekaj skupnih značilnosti najuspešnejših ureditev. Centralizirani pristopi, kakršne najdemo na Danskem, Finskem, v Franciji in na Portugalskem, se izkažejo kot učinkoviti predvsem tam, kjer so potrebni strokovno odločanje, uniformnost postopkov in hitro ukrepanje. Po drugi strani so decentralizirani elementi, kot jih uporabljata Danska in Nizozemska, učinkoviti pri zagotavljanju praktične podpore podjetjem, saj omogočajo, da se preventivne rešitve prilagajajo posameznim panogam in dejanskemu delovnemu okolju. Države, kot so Nizozemska, Francija in Portugalska, dodatno izstopajo z visoko stopnjo digitalne integracije, ki omogoča preglednejše evidence, hitrejše nadzorne odzive ter boljše strateško načrtovanje na ravni celotnega sistema.

Skupna slika tako kaže, da so sodobni sistemi varnosti in zdravja pri delu uspešnejši tam, kjer države zagotovijo jasno vlogo institucij, povezanost med preventivo in nadzorom ter digitalno podprto upravljanje tveganj — elementi, ki predstavljajo pomembno usmeritev tudi za prihodnji razvoj sistema v Sloveniji.

6.2 Prenosljivi ukrepi in dobre prakse iz šestih držav

Centralizirano upravljanje poklicnih bolezni in strokovnih funkcij

Na Danskem, Finskem, v Franciji in na Portugalskem je odločanje o poklicnih boleznih organizirano prek enotnega državnega organa, kar zagotavlja enotne diagnostične kriterije, jasne postopke in preglednost celotnega procesa. Tak sistem omogoča učinkovito povezovanje medicinske stroke, administrativnih služb in nadzornih funkcij. Češka ta pristop dopolnjuje s higienskimi službami, ki zagotavljajo objektivne ocene izpostavljenosti in podpirajo odločanje, podprto s terenskimi podatki. Centralizacija ni omejena le na področje poklicnih bolezni; v teh državah je jasno določena tudi vloga medicine dela, strokovnih služb VZD in nadzornih institucij, kar ustvarja usklajen sistem z enotnimi protokoli. V Sloveniji so postopki razpršeni in nepovezani, zato bi uvedba enotnega centra ali nacionalno usklajenega protokola odpravila neskladja ter omogočila hitrejše obravnave in večjo dostopnost pravic.

Standardizirane ocene tveganja in panožni standardi

Vse analizirane države uporabljajo standardizirane, praktično usmerjene ocene tveganja, ki vključujejo jasne metodologije, strukturirane dokumente in obvezne načrte ukrepov. Danski model APV, francoski DUERP, nizozemski RI&E, portugalske smernice ACT in češka

kategorizacija delovnih mest predstavljajo primere sistemov, kjer ocena tveganja ni formalni dokument, temveč osrednje orodje za načrtovanje preventive. V teh državah imajo ključno vlogo tudi panožni standardi, kot so panožni BFA na Danskem, INRS smernice v Franciji, *arbocatalogi* na Nizozemskem ter BOZPinfo na Češkem, ki zakonodajo prevajajo v konkretne rešitve za posamezne panoge. Ker Slovenija takih instrumentov nima, so ocene tveganja pogosto neenotne in premalo operativne. Uvedba panožnih smernic in obveznih akcijskih načrtov bi bistveno izboljšala kakovost preventivnega dela.

Digitalizacija in enotni informacijski sistemi

Danska, Finska, Francija, Nizozemska, Portugalska in delno Češka so razvile digitalne platforme, ki združujejo podatke o nezgodah, poklicnih boleznih, izpostavljenostih, zdravstvenih pregledih, usposabljanjih in nadzornih postopkih. Takšni sistemi omogočajo celovit pregled nad tveganji, učinkovito načrtovanje nadzora, hitrejše postopke ter boljšo podporo delodajalcem. Digitalizacija v teh državah ni tehnološki dodatek, temveč temeljna struktura, ki omogoča sodoben nadzor, analitiko in usklajeno preventivo. Slovenija ima razdrobljene evidence, zato bi uvedba enotnega informacijskega sistema predstavljala ključen razvojni korak, ki bi povezal preventivne, medicinske in nadzorne funkcije. Po zgledu Portugalske in Francije je treba uvesti tudi obvezno poročanje specialistov medicine dela v nacionalne evidence.

Multidisciplinarna strokovna podpora in profesionalizacija

V preučevanih državah je strokovna podpora podjetjem izrazito multidisciplinarna. Vključuje ergonomijo, psihologijo dela, industrijsko higieno, toksikologijo, organizacijo dela in medicino dela. Danska, Finska, Francija in Nizozemska te pristope izvajajo sistemsko, Portugalska in Češka pa zagotavljata kakovost dela prek licenc, akreditacij in normativov. Multidisciplinarnost omogoča realno obravnavo sodobnih tveganj, ki so v veliki meri psihosocialna in ergonomskega izvora. V Sloveniji se sistem VZD še vedno pretežno opira na tehnično-varnostni pristop, kar omejuje kakovost preventivnega dela. Uvedba licenčnega sistema in multidisciplinarnih timov bi zagotovila enotno strokovnost in višjo raven preventivnih storitev.

Reintegracija v delo in upravljanje delovne zmožnosti

Vračanje na delo je v najsodobnejših sistemih VZD neločljivo povezano z medicino dela, nadzornimi institucijami, delodajalci in zavarovalniškimi mehanizmi. Nizozemska ima enega najbolj strukturiranih sistemov, ki vključuje časovno določene obveznosti vseh akterjev, načrte vračanja na delo in jasno razdeljeno odgovornost delodajalca, kar dokazano zmanjšuje dolgotrajne odsotnosti. Danska v proces vključuje socialne partnerje, Finska povezuje medicino dela z javnozdravstvenimi funkcijami in rednim spremljanjem delovne zmožnosti, medtem ko Francija in Portugalska uporabljata zavarovalniške pristope za upravljanje tveganj in

reintegracijo. Slovenija takih postopkov nima, kar vodi v dolgotrajne odsotnosti, neučinkovito komunikacijo med institucijami in zamujene priložnosti za zgodnjo vrnitev. Reorganizacija sistema bi morala vključevati obvezne načrte vračanja, jasne časovne obveznosti, digitalno podporo koordinaciji in aktivno vlogo medicine dela.

Analitično usmerjen nadzor in preoblikovanje Inšpektorata za delo

V tujini je nadzor izrazito strokoven, razvojno usmerjen in temelji na analitiki. Portugalska uporablja digitalna terenska orodja, Finska se opira na epidemiološke in zavarovalniške podatke, Nizozemska uporablja *arbokataloge* kot sektorska merila dobre prakse, Danska pa v nadzorne procese vključuje socialne partnerje in strokovne institucije. Ti sistemi so proaktivni in usmerjeni v zmanjševanje tveganj, ne v formalno preverjanje dokumentacije. Slovenija še vedno uporablja formalističen model, zato je nujno, da se Inšpektorat za delo preoblikuje v organ, ki ima osrednjo preventivno in strokovno vlogo. Inšpektorat bi moral izvajati preventivne dejavnosti, zagotavljati strokovne smernice, razvijati metodologije za ocenjevanje tveganj, podpirati MSP in izvajati svetovalne obiske. Nadzor bi moral temeljiti na strokovni presoji, analitičnih podatkih, realnih izpostavljenostih in panožnih standardih, kar bi povečalo učinkovitost in verodostojnost sistema.

Finančne spodbude za preventivo

Države, kot so Češka, Danska, Finska in Francija, uporabljajo diferencirane premije in *bonus–malus* mehanizme, ki podjetja neposredno motivirajo k izboljšanju preventivnih praks. Nizozemska povezuje stroške odsotnosti z odgovornostjo delodajalca za plačilo nadomestila bolniške odsotnosti v trajanju dveh let, kar ustvarja zelo močno preventivno usmeritev sistema. Portugalska za primer poškodb pri delu uvaja obvezno zavarovanje delodajalca pri komercialnih zavarovalnicah. Slovenija takih spodbud nima; uvedba diferenciacije prispevkov bi omogočila, da varna podjetja plačujejo manj, tvegana pa več, kar bi okrepilo motivacijo za izboljšave.

Vloga delavcev in socialni dialog

Danska in Nizozemska dajeta predstavnikom delavcev dejansko soodločevalsko vlogo pri oceni tveganja; Francija zahteva sistematična usposabljanja predstavnikov, Finska vključuje delavce v oblikovanje preventivnih programov, Portugalska in Češka pa zagotavljata formalne mehanizme za njihov vpliv na preventivne procese. Aktivno sodelovanje delavcev je ključni element učinkovite preventive, saj zagotavlja realistične informacije o tveganjih in večjo sprejemljivost ukrepov. V Sloveniji je ta vloga precej oslabljena, zato je njena krepitev nujna za kakovostno izvajanje ocen tveganja in preventivnih ukrepov.

Obvezno usposabljanje predstavnikov delavcev za varnost in zdravje pri delu

Francija, Finska, Danska in Nizozemska imajo jasno določene obveznosti usposabljanja predstavnikov delavcev za varnost in zdravje pri delu: v Franciji morajo člani CSE/CSSCT opraviti petdnevno zakonsko usposabljanje, Finska predstavnikom zagotavlja zakonsko pravico do obveznega in brezplačnega izobraževanja, Danska pa zahteva obvezno usposabljanje vseh članov svoje organizacije za varnost in zdravje (AMO) kot pogoj za opravljanje funkcije; na Nizozemskem morajo imeti predstavniki dokazljivo strokovno znanje, ki ga mora delodajalec zagotoviti, kadar ga ni, medtem ko ima Češka predstavnike vključene v obvezna BOZP usposabljanja. V Sloveniji usposabljanje predstavnikov ni zakonsko urejeno, zato ti pogosto delujejo brez potrebnih kompetenc, kar zmanjšuje njihov prispevek k učinkoviti preventivi. Po zgledu držav z razvitejšimi sistemi VZD bi uvedba obveznega, strukturiranega usposabljanja v Sloveniji pomembno okrepila strokovno vlogo predstavnikov ter izboljšala upravljanje tveganj in kakovost preventive.

Nacionalna raziskovalna podpora

Nacionalne raziskovalne institucije imajo v vseh preučevanih državah ključno vlogo pri oblikovanju politik, razvoju metodologij, pripravi panožnih standardov, vodenju epidemioloških registrov in podpori nadzornim organom. VIPSV, NFA, FIOH, INRS, RIVM in INSA so temeljni gradniki strokovne infrastrukture. Slovenija takšne institucije nima, kar vodi v razpršenost podatkov, pomanjkanje analitike in odsotnost nacionalno usklajenega strokovnega razvoja. Ustanovitev takšnega centra je zato nujen pogoj za dolgoročni razvoj stroke varnosti in zdravja pri delu in sistema VZD v celoti.

Podpora MSP in preventivne kampanje

Danska, Portugalska in Francija izvajajo panožne preventivne programe, ki so posebej prilagojeni mikro, malim in srednjim podjetjem. Nizozemska podjetjem nudi digitalna orodja in panožne kataloge, ki bistveno olajšajo izpolnjevanje obveznosti. Podpora MSP v teh državah igra ključno vlogo pri zmanjševanju razlik med podjetji in pri dvigu splošne ravni varnosti. Slovenija podobnih sistemskih instrumentov nima; uvedba panožnih programov, digitalnih orodij in nacionalnih kampanj bi bistveno izboljšala dostopnost strokovne podpore.

6.3 Sklepna misel

Poročilo analizira sisteme varnosti in zdravja pri delu (VZD) v šestih evropskih državah, na Češkem, Danskem, Finskem, v Franciji, na Nizozemskem in Portugalskem, in sicer z namenom identificiranja rešitev, ki bi lahko prispevale k izboljšanju slovenskega sistema.

V prvi fazi poročila smo analizirali sisteme varnosti in zdravja pri delu v šestih državah – na Češkem, Danskem, Finskem, v Franciji, na Nizozemskem in Portugalskem – po štirih stebrih, ki celovito opredeljujejo delovanje nacionalnih sistemov VZD: (1) zakonodaja in institucionalna ureditev, (2) zavarovanje socialnih pravic zaposlenih, (3) infrastruktura sistema, ki omogoča uresničevanje politik VZD, ter (4) nacionalne zbirke podatkov in stopnja digitalizacije. Takšen okvir nam je omogočil konsistentno in primerljivo oceno vsake države ter identifikacijo ključnih značilnosti njihovega sistema.

V naslednjem koraku smo po istih štirih stebrih povzeli ključne razlike med temi državami v primerjavi s slovensko ureditvijo. Na podlagi teh razlik smo nato pripravili širok nabor ukrepov, vezanih na posamezne države in njihove specifične ureditve. V tej fazi nam ni bila pomembna presoja prenosljivosti posameznih rešitev v slovenski prostor; naš cilj je bil oblikovati čim obsežnejši nabor vseh potencialno uporabnih ukrepov, ki jih države uspešno uporabljajo v svojih sistemih.

V zaključnem delu poročila smo kot ključne izluščili tiste pomanjkljivosti slovenskega sistema VZD, ki jih več analiziranih držav naslavlja drugače in sistemsko urejeno; pri tem smo se osredotočili na to, kako posamezne države rešujejo enake izzive ter katere rešitve se pojavljajo kot stabilni, ponavljajoči se elementi uspešnih ureditev, kar nam je omogočilo oblikovati nabor področij, kjer Sloveniji danes manjkajo preizkušene in primerljive sistemske rešitve. Iz teh ugotovitev smo oblikovali končni predlog ukrepov, ki jih prepuščamo v presojo odločevalcem, pri čemer zaradi potrebnih finančnih, pravnih, organizacijskih in institucionalnih ocen nismo presojali njihove prenosljivosti, temveč smo jih pripravili kot strokovno podprto podlago za nadaljnje odločevalske procese.

6.4 Omejitve raziskave

Kljub doslednemu metodološkemu pristopu se raziskava sooča z nekaterimi omejitvami:

- različno podrobni in različno ažurni javni viri med državami,
- možne prevodne in interpretativne razlike pri tujejezičnih dokumentih,
- razkorak med formalno predpisanimi rešitvami in dejansko prakso,
- nepopolno zajetje razlik med sektorji in velikostnimi razredi podjetij.

Omejitve so pri interpretaciji rezultatov izrecno upoštevane.

7. Slovar

Direktiva 89/391/EGS – EU okvirna direktiva; v besedilu navedena kot okvir, prenesen v češki pravni red prek Zakonika dela.
EU-OSHA – *EuropeanAgencyforSafetyandHealth at Work:* Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu
EU-OSHA Focal Point – nacionalna kontaktna točka EU-OSHA
ESAW (European Statistics on Accidents at Work) – evropska metodologija za statistiko nezgod pri delu; SÚIP zbira podatke o vzrokih/okoliščinah nezgod po ESAW zaradi EU primerljivosti.
MSP (mikro, mala in srednja podjetja): mikro podjetje: manj kot 10 zaposlenih; malo podjetje: manj kot 50 zaposlenih, srednje veliko podjetje: manj kot 250 zaposlenih

Češka:

BOZP (***Bezpečnost a ochrana zdraví při práci***) – češki izraz za varnost in zdravje pri delu.
BOZPinfo.cz – strokovni informacijski portal (zakonodaja, metodike, praksa, novice) pod okriljem VIPSV; dopolnjuje informiranje nacionalne kontaktne točke EU-OSHA.
CZ-NACE (**Klasifikace ekonomických činností**) - češka klasifikacija ekonomskih dejavnosti
ČBÚ (**Český báňský úřad)** – Češki rudarski urad; zbira podatke za sektorje pod rudarskim/posebnim nadzorom (npr. rudarstvo) tudi v kontekstu nezgod.
ČSSZ (Česká správa sociálního zabezpečení) – Češka uprava za socialno varnost; v besedilu navedena kot ključni izplačevalec denarnih prejemkov po 15. dnevu bolniškega staleža.
ČSÚ (**Český statistický úřad)** – Češki statistični urad; letno zbira in objavlja statistike o poškodbah pri delu (uporabno za preventivo/inšpekcijo).
EODS (European Occupational Diseases Statistics) – evropski okvir/statistika, s katerim/katero je povezano poročanje iz nacionalnega registra poklicnih bolezni.
Generali – ena od dveh komercialnih zavarovalnic, ki izvajata zakonsko zavarovanje odgovornosti delodajalca (za delovne nezgode in poklicne bolezni).
Kooperativa – ena od dveh komercialnih zavarovalnic v zakonskem režimu zavarovanja odgovornosti delodajalca.
KHS (**Krajské hygienické stanice**) – regionalne javnozdravstvene postaje; v besedilu navedene kot del javnozdravstvenega nadzora in strokovnih metod za zdravje pri delu.
MPSV (Ministerstvo práce a sociálních věcí) – Ministrstvo za delo in socialne zadeve;
NHIS (National Health Information System) – okvir, znotraj katerega je umeščen nacionalni register poklicnih bolezni.
NRNP (National Registry of Occupational Disease) – nacionalni register poklicnih bolezni (v okviru NHIS), omogoča spremljanje incidence/strukture PB in poročanje.

OIP (Oblastní inspektorát prác) – območni/regionalni inšpektorat dela; prejme poročila delodajalcev (prek sistema SÚIP) in izvaja nadzor.
OZO (**Odborně způsobilá osoba v prevenci rizik**) – »strokovno usposobljena oseba za preprečevanje tveganj«; ključni profil za preventivo tveganj (interno ali zunanji izvajalec), vpisan v evidenco MPSV.
Portal SÚIP (Portál Státního úřadu inspekce práce) – portal, prek katerega delodajalci posredujejo zapisnik/poročilo o nezgodi pristojnemu OIP; na tem poročanju temelji nacionalna baza.
VIPSV (Výzkumný institut práce a sociálních věcí – Raziskovalni institut za delo in socialne zadeve
SÚIP (Státní úřad inspekce práce) – Državni urad za inšpekcijo dela
SZÚ (Státní zdravotní ústav) – Nacionalni inštitut za javno zdravje
VÚBP (Výzkumný ústav bezpečnosti práce)– Raziskovalni inštitut za varnost pri delu; v besedilu naveden kot ena od institucij, združenih v VUPSV.
Zakonsko zavarovanje odgovornosti delodajalca – obvezna shema za odškodnine pri delovni nezgodi ali poklicni bolezni; izvajata jo Kooperativa in Generali.

Danska:

AES (Arbejdsmarkedets Erhvervssikring) – samostojna institucija, ki jo upravlja ATP. AES vodi postopke in odloča o odškodninah po delovnopravnem/odškodninskem režimu za delovne poškodbe in poklicne bolezni.
AMO (Arbejdsmiljøorganisation; Odbor za varnost in zdravje pri delu) – formalna notranja struktura v podjetju za sistematično delo na področju varnosti in zdravja pri delu (predstavniki delodajalca in delavcev, vključno z delovodjo/linijskim vodjem ter predstavnikom za VZD).
APV (Arbejdspladsvurdering; ocena tveganja) – zakonsko zahtevana ocena razmer in tveganj na delovnem mestu (identifikacija problemov, ukrepi, plan in spremljanje).
Arbejdsmarkedsrådet (državni »Svet za trg dela«) – nacionalno posvetovalno telo v okviru zaposlitvene politike; v zadnjih reformah je povezano tudi s preurejanjem svetovalnih struktur na področju zaposlovanja in (posredno) dela/okolja.
Arbejdstilsynet (Danski inšpektorat za delovno okolje) – državni nadzorni organ za delovno okolje (nadzor, ukrepi, smernice).
Arbejdsmiljø (delovno okolje) – danski krovni koncept VZD, ki zajema fizične, kemične, ergonomske in psihosocialne dejavnike pri delu.
Arbejdsmiljøloven (Zakon o delovnem okolju) – temeljni zakon, ki ureja obveznosti delodajalca/delavcev, nadzor in ukrepe na področju VZD.

ATP = Arbejdsmarkedets Tillægspension (pogosto se uporablja tudi izraz ATP Group) je zakonsko ustanovljena dopolnilna pokojninska shema in hkrati velik javni upravljavec/administrator različnih shem.

BEK (bekendtgørelse; podzakonski akt/uredba) – uradna oznaka za »bekendtgørelse nr. ...« (izvršilni podzakonski akt), objavljen v državnem pravnem informacijskem sistemu.

Beskæftigelsesministeriet (Ministrstvo za zaposlovanje) – resor, v katerega okvir sodijo ključne politike in del zakonodajnega/strateškega okvira, ki se dotika področja dela in delovnega okolja.

BFA (Branchefællesskaberne for Arbejdsmiljø; Panožna (sektorska) partnerstva za delovno okolje) – panožna telesa, ki podjetjem v posameznih dejavnostih nudijo informacije, usmeritve in podporo za VZD.

DWEA (Danish Working Environment Authority) – angleško poimenovanje za Danski inšpektorat za delovno okolje.

EASY (Elektronisk AnmeldeSYstem) – elektronski prijavni sistem, skupni sistem AES in inšpektorata za prijavo delovnih nezgod. Prijava gre preko virk.dk in se samodejno posreduje ustreznim prejemnikom (zavarovalnici, AES, inšpektoratu, itn.).

ESS (erhvervssygdomme) – digitalni sistem za prijavo poklicnih bolezni. Skupni kanal AES/inšpektorata. Zdravniki in zobozdravniki imajo dolžnost prijave poklicnih bolezni prek ESS.

Folketinget (dans. parlament) – zakonodajni organ; v dokumentu nastopa kot vir zakonodajnih gradiv in parlamentarnih dokumentov.

Påtale (opomin/ugotovitev kršitve) – ena od uradnih reakcij inšpektorata ob ugotovljenih kršitvah (poleg npr. »påbud med frist«, »strakspåbud« ipd.).

Påbud med frist (odredba z rokom) – odločitev/reakcija inšpektorata, ki nalaga odpravo problema do določenega roka.

RUT (Registret for Udenlandske Tjenesteydere; register tujih ponudnikov storitev) – uradni državni register, v katerega morajo tuji ponudniki, ki začasno izvajajo delo na Danskem, priglasiti storitve; deluje prek Virk.

Smileyordningen (»smiley« shema) – prejšnji sistem javnega označevanja rezultatov inšpekcij; inšpektorat ga je ukinil 1. februarja 2024.

STAR (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering) – Danska agencija za trg dela in zaposlovanje, državna agencija pod Ministrstvom za zaposlovanje (Beskæftigelsesministeriet), pristojna za pripravo pravil, smernic in strokovnih usmeritev na področju trga dela, zaposlovanja in socialnih nadomestil, vključno z ureditvijo bolniškega nadomestila.

Strakspåbud (takojšnja odredba) – odločitev/reakcija inšpektorata, ki zahteva takojšnje ukrepanje.

Søfartsstyrelsen (Danish Maritime Authority; Danska pomorska uprava) – državni organ za pomorski sektor.

Sygedagpenge (bolniško nadomestilo) – denarno nadomestilo za čas začasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe.

Tilsynsindblik(ket) – novi digitalni sistem/portal s podatki o inšpekcijskih nadzorih. Prikazuje, katere danske in tuje družbe so imele inšpekcijski nadzor v zadnjih 6 mesecih ter ali so prejele odločitev in glede katerega problema.
TRIO – v praksi razširjen »trio« sodelovanja (npr. vodja + predstavnik delavcev + predstavnik VZD) za obravnavo delovnega okolja; ni nujno zakonsko definiran pojem, ampak organizacijski/praktični model (pogosto v javnem sektorju).
Virk (virk.dk) – državni digitalni portal za podjetja (samopostrežne storitve), prek katerega se izvajajo tudi ključne prijave (npr. EASY/ESS, RUT).

Finska:

Aluehallintovirasto (AVI) (Regional State Administrative Agencies): regionalne državne upravne enote na Finskem, ki so do leta 2026 izvajale inšpekcijski nadzor nad varnostjo in zdravjem pri delu.
Direktiva 89/391/EGS: temeljna evropska direktiva o uvedbi ukrepov za spodbujanje izboljšav varnosti in zdravja delavcev pri delu, ki določa osnovna načela preventive, odgovornosti delodajalcev in sodelovanja delavcev.
Kansaneläkelaitos (Kela): finska institucija socialnega zavarovanja, odgovorna za izvajanje in financiranje dela socialnih pravic, vključno s povračili stroškov medicine dela in nadomestili za bolniško odsotnost.
Työterveyshuoltolaki 1383/2001 (Occupational Health Care Act: 1383/2001): nacionalni zakon, ki ureja organizacijo, obveznosti in financiranje medicine dela na Finskem ter določa naloge izvajalcev medicine dela.
Työturvallisuuslaki 738/2002 (Occupational Safety and Health Act: 738/2002): temeljni finski zakon na področju varnosti in zdravja pri delu, ki določa obveznosti delodajalcev, pravice in dolžnosti delavcev ter osnovna načela preventive.
Sosiaali-ja terveysministeriö (STM) (Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve**):** pristojno za pripravo zakonodaje, razvoj politik in strateško usmerjanje sistema varnosti in zdravja pri delu.
Työterveyslaitos (TTL) (Finnish Institute of Occupational Health – FIOH): nacionalna strokovna in raziskovalna institucija, ki zagotavlja znanstveno podporo, razvija strokovne smernice ter izvaja raziskave na področju varnosti in zdravja pri delu.
Tapaturmavakuutuskeskus (TVK) (Finnish Workers' Compensation Center): centralna institucija za koordinacijo sistema zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki skrbi za enotno uporabo zakonodaje, statistiko in strokovno podporo.
Työsuojelu.fi: uradni spletni portal finske uprave za varnost in zdravje pri delu, namenjen obveščanju, nadzoru in podpori delodajalcem in delavcem.

Francija:

AM-RP (Assurance Maladie – Risques Professionnels)
AT/MP (Accidents du travail et maladies professionnelles): Posebna veja francoskega sistema socialne varnosti za poškodbe pri delu in poklicne bolezni, ki zagotavlja zdravstveno oskrbo, denarna nadomestila ter pravice v primeru trajnih posledic ali smrti ter ima tudi pomembno preventivno funkcijo.
CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie): Nacionalna zdravstvena zavarovalnica, pristojna za upravljanje sistema zdravstvenega zavarovanja ter zavarovanja za poškodbe pri delu in poklicne bolezni (AT/MP) na nacionalni ravni.
Code du travail: Francoski delovni zakonik, ki ureja delovna razmerja ter določa pravice in obveznosti delodajalcev in delavcev na področju varnosti in zdravja pri delu.
COCT (Conseil d'orientation des conditions de travail): Svetovalni odbor za delovne pogoje, nacionalno posvetovalno telo, v katerem sodelujejo država in socialni partnerji ter ki strateško usmerja politiko varnosti in zdravja pri delu.
CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie): Lokalna enota zdravstvenega zavarovanja, ki obravnava prijave poškodb pri delu in poklicnih bolezni, odloča o priznanju pravic iz sistema AT/MP ter izplačuje nadomestila.
DARES (Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques): Statistična in raziskovalna služba francoskega Ministrstva za delo, ki zbira in analizira podatke o zaposlovanju, delovnih pogojih ter varnosti in zdravju pri delu ter pripravlja nacionalne analize in poročila.
DGT (Direction Générale du Travail): Generalni direktorat za delo pri francoskem ministrstvu za delo, odgovoren za pripravo zakonodaje, izvajanje politike ter nadzor na področju varnosti in zdravja pri delu.
DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels): Obvezni pisni dokument delodajalca v Franciji, ki vsebuje oceno poklicnih tveganj, identifikacijo nevarnosti ter načrtovane preventivne ukrepe; predstavlja osrednje orodje sistema preventive in podlago za inšpekcijski nadzor.
INRS (Institut National de Recherche et de Sécurité): Nacionalni raziskovalni in strokovni inštitut za varnost in zdravje pri delu, ki izvaja aplikativne raziskave, razvija strokovne smernice, tehnična priporočila in preventivne programe ter podpira oblikovanje nacionalnih politik VZD.
Inspection du travail: Francoski inšpektorat za delo, pristojen za nadzor nad spoštovanjem delovnopravne in VZD zakonodaje, z možnostjo izrekanja upravnih in kazenskih ukrepov.
Médecine du travail: Sistem preventivne medicine dela v Franciji, usmerjen v preprečevanje poškodb pri delu in poklicnih bolezni, spremljanje zdravstvene zmožnosti za delo ter izboljševanje delovnih pogojev.

SPST (Services de prévention et de santé au travail): Zakonsko določene medpodjetniške ali interne službe za preprečevanje in zdravje pri delu, ki zagotavljajo izvajanje medicine dela za zaposlene.

Nizozemska:

Arbovisie 2040: Nacionalna dolgoročna strategija Nizozemske na področju varnosti in zdravja pri delu, ki določa cilje in usmeritve za ustvarjanje bolj varnih, zdravih in trajnostnih delovnih okolij do leta 2040, s poudarkom na preventivi, sodelovanju deležnikov in zmanjševanju resnih poškodb ter poklicnih bolezni.
Arbowet (Zakon o delovnih pogojih): Temeljni nizozemski zakon, ki ureja področje varnosti in zdravja pri delu. Določa obveznosti delodajalcev in delavcev, načela preventive, obveznost ocene tveganja (RI&E), sodelovanje zaposlenih ter okvir za nadzor in sankcioniranje.
Arbobesluit (Uredba o delovnih pogojih): Podzakonski akt k Arbowet, ki podrobneje ureja tehnične in organizacijske zahteve za varnost in zdravje pri delu, vključno s specifičnimi tveganji, delovnimi pogoji in zaščitnimi ukrepi.
Arboregeling (Pravilnik o delovnih pogojih): Izvedbeni predpis, ki določa podrobna pravila, standarde in postopke za izvajanje Arbowet in Arbobesluit, zlasti glede meritev, izpostavljenosti in dokumentiranja.
Arbocatalogus (Katalog varnosti in zdravja pri delu): Sektorsko pripravljen dokument, ki vsebuje smernice kot konkretne ukrepe, rešitve in primere dobre prakse za izpolnjevanje zakonskih zahtev na področju VZD. Potrjuje jih nizozemski Inšpektorat za delo, objavljeni pa so na straneh Ministrstva za socialne zadeve in zaposlovanje. Uporaba kataloga delodajalcu omogoča dokazovanje skladnosti z zakonodajo.
Arbodienst (Služba za varnost in zdravje pri delu): Zasebna ali interna multidisciplinarna služba, ki delodajalcem zagotavlja strokovno podporo na področju varnosti in zdravja pri delu. Sestavljajo jo pooblaščeni izvajalec medicine dela, varnostni inženir, higienik dela, strokovnjak za delo in organizacijo. Poleg njih je lahko ekipa razširjena še na podporno medicinsko osebje, delovnega terapevta, ergonoma in svetovalca za reintegracijo.
Bedrijfsarts (Zdravnik medicine dela): Zdravnik specialist medicine dela na Nizozemskem, ki ima ključno vlogo pri ocenjevanju delovne zmožnosti, obravnavi bolniških odsotnosti, reintegraciji zaposlenih in preventivnem delovanju.
Bonus–malus sistem: Finančni mehanizem v okviru sistema WIA, pri katerem višina prispevkov delodajalca deloma odraža število in trajanje primerov invalidnosti v podjetju, s ciljem spodbujanja preventive in učinkovite reintegracije.
IVA (Inkomensvoorziening Volledig Arbeidsongeschikten – Dohodkovna preskrba za popolnoma nezmožne za delo): Shema znotraj sistema WIA, namenjena osebam, ki so trajno in

v veliki meri (vsaj 80 %) nezmožne za delo, in zagotavlja dohodkovno nadomestilo brez poudarka na reintegraciji.

NCvB (Nederlands Centrum voor Beroepsziekten – Nizozemski center za poklicne bolezni): Nacionalni referenčni center za poklicne bolezni, ki vodi register poklicnih bolezni, analizira podatke, pripravlja letna poročila ter podpira preventivno in epidemiološko delo.

Preventiemedewerker (Preventivni strokovni delavec): Notranji strokovni delavec v podjetju, odgovoren za podporo delodajalcu pri izvajanju ukrepov VZD, sodelovanje pri oceni tveganja in povezovanje z zunanjimi strokovnjaki.

Reintegracija (vračanje na delo): Postopen, strukturiran proces vračanja zaposlenega na delo po bolezni ali poškodbi, ki vključuje prilagoditve delovnega mesta, delovnega časa ali nalog ter sodelovanje delodajalca, zaposlenega in strokovnjakov.

RI&E (Risico-Inventarisatie en -Evaluatie – Ocena tveganja): Zakonsko obvezna pisna ocena tveganja, ki vključuje identifikacijo tveganj, oceno njihove resnosti ter načrt ukrepov za njihovo obvladovanje.

Steunpunt RI&E: Nacionalna podporna platforma za digitalno pripravo in vzdrževanje ocene tveganja, namenjena predvsem podpori delodajalcem, zlasti malim in srednjim podjetjem.

UWV (Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen – Agencija za zavarovanje delavcev): Nacionalna institucija, pristojna za izvajanje zavarovanj zaposlenih, izplačevanje nadomestil v okviru bolezni, invalidnosti in brezposelnosti ter nadzor nad reintegracijskimi postopki.

Wet verbetering poortwachter (Zakon o izboljšanju nadzora nad reintegracijo/Zakon o zmanjševanju dolgotrajne bolniške odsotnosti): Zakon, ki določa obvezne postopke, časovne mejnike in odgovornosti delodajalca in zaposlenega v prvih 104 tednih bolniške odsotnosti, z namenom preprečevanja dolgotrajne nezmožnosti za delo.

WGA (Werkhervatting Gedeeltelijk Arbeidsgeschikten): Shema znotraj sistema WIA, namenjena osebam z delno ali začasno popolno nezmožnostjo za delo, s poudarkom na postopnem vračanju na delo.

WIA (Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen): Zakon o delu in dohodku glede na delovno sposobnost, ki ureja sistem invalidskega zavarovanja po izteku 104 tednov bolniške odsotnosti in vključuje shemi WGA in IVA.

Portugalska:

ACT – *Autoridade para as Condições do Trabalho:* Državni inšpekcijski in nadzorni organ za področje varnosti in zdravja pri delu

AMA – *Agência para a Modernização Administrativa:* Državna agencija za modernizacijo javne uprave

ASF – *Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões:* Nadzorni organ za zavarovalniški sektor in pokojninske sklade

CPCS – *ComissãoPermanente de Concertação Social:* Stalna komisija za socialni dialog
DGERT – *Direção-Geral do Emprego e dasRelações de Trabalho:* Generalni direktorat za zaposlovanje in delovna razmerja
DGS – *Direção-Geral da Saúde:* Generalni direktorat za zdravje
INE – *InstitutoNacional de Estatística:* Državni statistični urad
IPAC – *InstitutoPortuguês de Acreditação:* Portugalski inštitut za akreditacijo
ISS – *Instituto da Segurança Social:* Inštitut za socialno varnost
MTSSS – *Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social:* Ministrstvo za delo, solidarnost in socialno varnost
OiRA – *OnlineinteractiveRiskAssessment:* Spletna interaktivna orodja za ocenjevanje tveganj
SNS – *ServiçoNacional de Saúde:* Državna zdravstvena služba Portugalske
SPOT – *ServiçoPúblicoOnline:* Enotna digitalna vstopna točka

8. Viri

To skupno poročilo temelji na šestih nacionalnih analitičnih poročilih o sistemih varnosti in zdravja pri delu v izbranih državah članicah Evropske unije (Češka, Danska, Finska, Francija, Nizozemska in Portugalska), ki so bila pripravljena v okviru istega projekta.

Posamezna nacionalna poročila vključujejo podrobne sezname primarnih pravnih, institucionalnih, statističnih in strokovnih virov, uporabljenih pri analizi ureditve varnosti in zdravja pri delu v posamezni državi. Ker nacionalna poročila niso javno objavljena, so v tem skupnem poročilu v seznamu virov navedena zgolj nacionalna poročila kot neposredni analitični viri.

Nacionalna analitična poročila

Cergolj, J., Molan, M., & Margan, A. (2026). *Pregled sistema varnosti in zdravja pri delu na Nizozemskem: namizna raziskava* [Neobjavljeno projektno poročilo]. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Fratina, T., Kurent, M., & Margan, A. (2026). *Pregled sistema varnosti in zdravja pri delu na Finskem: namizna raziskava* [Neobjavljeno projektno poročilo]. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Metelko Janša, N., & Margan, A. (2026). *Pregled sistema varnosti in zdravja pri delu na Češkem: namizna raziskava* [Neobjavljeno projektno poročilo]. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Rant, A. M., Urdih Lazar, T., & Margan, A. (2026). *Pregled sistema varnosti in zdravja pri delu na Portugalskem: namizna raziskava* [Neobjavljeno projektno poročilo]. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Svalina Erman, T., & Margan, A. (2026). *Pregled sistema varnosti in zdravja pri delu na Danskem: namizna raziskava* [Neobjavljeno projektno poročilo]. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

Zupanc, C., Dodič Fikfak, M., & Margan, A. (2026). *Pregled sistema varnosti in zdravja pri delu v Franciji: namizna raziskava* [Neobjavljeno projektno poročilo]. Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa.

9. Priloga: Pregled tipov uporabljenih primarnih virov

Pri pripravi posameznih nacionalnih analiz so bili uporabljeni naslednji tipi primarnih virov:

1. Normativni viri

- nacionalni zakoni in delovni zakoniki,
- podzakonski akti, uredbe in pravilniki s področja varnosti in zdravja pri delu,
- prenos in izvajanje direktiv Evropske unije (zlasti Direktive 89/391/EGS).

2. Institucionalni in upravni viri

- dokumenti in publikacije ministrstev, pristojnih za delo, zdravje in socialno varnost,
- poročila in smernice inšpektoratov za delo,
- dokumentacija nosilcev socialnih zavarovanj in zavarovalnih institucij,
- gradiva nacionalnih javnozdravstvenih inštitutov ter institucij medicine dela.

3. Statistični in podatkovni viri

- nacionalne statistične baze,
- uradne evidence poškodb pri delu in poklicnih bolezni,
- podatki evropskih statističnih sistemov (npr. ESAW, metodologije Eurostata).

4. Strokovni in raziskovalni viri

- poročila nacionalnih raziskovalnih inštitutov s področja varnosti in zdravja pri delu,
- strokovne publikacije, tehnični priročniki in smernice,
- analitični dokumenti specializiranih strokovnih organizacij.

5. Digitalni in operativni viri

- nacionalne digitalne platforme za ocenjevanje tveganj,
- informacijski sistemi za prijavo poškodb in poklicnih bolezni,
- javno dostopni preventivni portali in podatkovne platforme.

Podrobni seznami konkretnih virov so navedeni v posameznih nacionalnih poročilih (Cergolj, Molan, & Margan, 2026; Fratina, Kurent, & Margan, 2026; Metelko Janša & Margan, 2026; Rant, Urdih Lazar, & Margan, 2026; Svalina Erman & Margan, 2026; Zupanc, Dodič Fikfak, & Margan, 2026).