

Η εφαρμογή της οδηγίας 2003/88/ΕΚ περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας στο τομέα της υγείας

Νομικό πλαίσιο και πρακτική εφαρμογή στα κράτη μέλη

Επιμέλεια κειμένου:

Μαστρογιάννης Ιωάννης

MSc Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Ιούλιος, 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
1. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ 2003/88/ΕΚ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ	5
1.1 Οι στόχοι και οι απαιτήσεις της Οδηγίας.....	5
1.2 Η εφαρμογή της Οδηγίας στα κράτη μέλη συνοπτικά	6
1.3 Χρόνος εφημερίας	7
1.4 Η δυνατότητα εθελούσιας εξαίρεσης από τον κανόνα (ρήτρα opt-out).....	8
2. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ	10
2.1 Αυστρία	10
2.2 Βέλγιο.....	11
2.3 Βουλγαρία.....	11
2.4 Γαλλία.....	12
2.5 Γερμανία	13
2.6 Δανία.....	14
2.7 Εσθονία	15
2.8 Ηνωμένο Βασίλειο	15
2.9 Ιρλανδία	17
2.10 Ισπανία.....	18
2.11 Ιταλία.....	19
2.12 Ολλανδία.....	20
2.13 Κύπρος	21
2.14 Λετονία.....	22
2.15 Λιθουανία	22
2.16 Λουξεμβούργο	22
2.17 Μάλτα	23
2.18 Ουγγαρία.....	23
2.19 Πολωνία	24
2.20 Πορτογαλία	25
2.21 Ρουμανία.....	26
2.22 Σλοβακία	26
2.23 Σλοβενία.....	27
2.24 Σουηδία	27
2.25 Τσεχική Δημοκρατία	28
2.26 Φινλανδία	29
3. ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ 2003/88/ΕΚ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	30
3.1 Πρακτική εφαρμογή της Οδηγίας στα δημόσια νοσοκομεία των κρατών μελών	30
3.2 Πρακτικές εναρμόνισης με τις διατάξεις της Οδηγίας των βρετανικών νοσοκομείων	34
4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	37
4.1 Θετική επίδραση της εφαρμογής της Οδηγίας.....	37
4.2 Αρνητική επίδραση της εφαρμογής της Οδηγίας	38

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	39
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	40
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	41

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ύστερα από την απόφαση που εξέδωσε το Δικαστήριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις 23 Δεκεμβρίου 2015 (υπόθεση C-180/14) σχετικά με παράβαση της Ελλάδας όσον αφορά την εφαρμογή της οδηγίας 2003/88/ΕΚ (εφεξής Οδηγία) για ορισμένα στοιχεία της οργάνωσης του χρόνου εργασίας των ιατρών στις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, η χώρα μας καλείται, μέσα στα στενά όρια της δημοσιονομικής προσαρμογής και της οικονομικής κρίσης, να συμμορφωθεί άμεσα με την απόφαση αυτή και να εφαρμόσει τις διατάξεις της Οδηγίας.

Ο στόχος της παρούσας έκθεσης είναι να σκιαγραφήσει τον τρόπο με τον οποίο τα υπόλοιπα κράτη μέλη έχουν εφαρμόσει την Οδηγία, τόσο σε νομικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Σε καμία περίπτωση δεν μπορεί να παράσχει εξαντλητικό απολογισμό όλων των εθνικών μέτρων εφαρμογής. Ως εκ τούτου, εξετάζονται κυρίως: (α) το εθνικό νομικό πλαίσιο των κρατών μελών όσον αφορά την ενσωμάτωση της Οδηγίας, τη ρύθμιση του χρόνου εργασίας των ιατρών (ημερήσιος και εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας, περίοδοι αναφοράς, κτλ.), και τη χρήση της ρήτρας opt-out στο τομέα της υγείας, (β) η πρακτική εφαρμογή των διατάξεων της Οδηγίας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας των κρατών μελών.

Η συλλογή στοιχείων από την εφαρμογή της Οδηγίας, κυρίως όσον αφορά το πρακτικό επίπεδο, είναι εξαιρετικά δύσκολη και τα κύρια επίσημα έγγραφα που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάπτυξη της παρούσας έκθεσης είναι:

1. European Commission (2010), Detailed report on the implementation by Member States of Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time ('The Working Time Directive').¹
2. Eurofound (2015), Opting out of the European Working Time Directive.²

¹ Διαθέσιμο από: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6426&langId=en%20%20>

² Διαθέσιμο από: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2015/working-conditions/opting-out-of-the-european-working-time-directive>

1. Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ 2003/88/ΕΚ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΝΟΠΤΙΚΑ

1.1 Οι στόχοι και οι απαιτήσεις της Οδηγίας

Η περίπτωση της 18χρονης Libby Zion, ο θάνατος της οποίας αποδόθηκε στη περίθαλψη από κουρασμένους εφημερεύοντες ιατρούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών νοσοκομείου της Νέας Υόρκης το 1984, και η ακόλουθη δημοσιότητα που περιέλαβε την υπόθεση, ανέδειξαν τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας των ιατρών και επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τη ρύθμιση οργάνωσής τους σε παγκόσμιο επίπεδο.³ Υπάρχει ένας αξιοσημείωτος αριθμός μελετών που δείχνουν ότι η πολύωρη εργασία, ιδίως επί παρατεταμένο διάστημα, μπορεί να έχει ολέθριες επιπτώσεις όπως αύξηση του ποσοστού ατυχημάτων και λαθών, μείωση της παραγωγικότητας, αυξημένο στρες και κούραση, βραχυπρόθεσμοι και μακροπρόθεσμοι κίνδυνοι για την υγεία.⁴

Η οδηγία 2003/88/ΕΚ εκδόθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο δυνάμει του άρθρου 137 παράγραφος 2 της συνθήκης ΕΚ (νυν άρθρο 153 παράγραφος 2 της ΣΛΕΕ). Κύριος στόχος της Οδηγίας είναι να καθορίσει τις ελάχιστες προδιαγραφές ασφάλειας και υγείας όσον αφορά την οργάνωση του χρόνου εργασίας, και συγκεκριμένα:

- τα όρια του χρόνου εργασίας (όχι άνω των 48 ωρών εβδομαδιαίως κατά μέσο όρο σε μια περίοδο αναφοράς που δεν υπερβαίνει τους 4 μήνες, συμπεριλαμβανομένων των τυχών υπερωριών)
- ελάχιστες περιόδους ημερήσιας και εβδομαδιαίας ανάπαυσης (τουλάχιστον 11 συναπτών ωρών ημερησίως και 35 ωρών συνεχούς εβδομαδιαίας ανάπαυσης)
- ετήσια άδεια μετ' αποδοχών (τουλάχιστον 4 εβδομάδων ετησίως)
- ειδική προστασία για τους εργαζόμενους τη νύχτα

Επιπλέον, το Δικαστήριο έκρινε ότι οι απαιτήσεις της οδηγίας περί μεγίστου χρόνου εργασίας, ετήσιας άδειας μετ' αποδοχών και κατώτατου χρόνου αναπαύσεως «αποτελούν ιδιαίτερης σπουδαιότητας κανόνες του κοινοτικού κοινωνικού δικαίου, οι οποίοι πρέπει να ισχύουν για κάθε εργαζόμενο».⁵

Η οδηγία προβλέπει επίσης σχετική ευελιξία για την οργάνωση του χρόνου εργασίας. Με τον τρόπο αυτόν, οι ελάχιστες περίοδοι ανάπαυσης είναι δυνατό να μετατεθούν, στο σύνολό τους ή εν μέρει, για ορισμένες δραστηριότητες. Κάθε εργαζόμενος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει, ατομικά, να υπερβεί το όριο των 48 ωρών εργασίας (γνωστή ως «εθελούσια επιλογή εξαίρεσης από τον κανόνα» ή «ρήτρα opt-out») (βλ. κεφ. 1.4). Οι συλλογικές συμβάσεις μπορούν να διασφαλίσουν σχετική ευελιξία όσον αφορά την

³ Temple, J. (2014). Resident duty hours around the globe: where are we now?. *BMC medical education*, 14(1), 1.

⁴ European Commission (2010a), "Detailed report on the implementation by Member States of Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time ("The Working Time Directive")", Commission staff working paper, COM(2010) 802 final, Brussels.

⁵ Dellas, υπόθεση C-14/04, Συλλογή 2005, I-10253, σκέψεις 40-41 και 49: FNV, υπόθεση C-124/05, σκέψη 28.

οργάνωση του χρόνου εργασίας, για παράδειγμα επιτρέποντας να υπολογιστεί ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας κατά μέσο όρο για περιόδους έως 12 μήνες.

1.2 Η εφαρμογή της Οδηγίας στα κράτη μέλη συνοπτικά

Επίσημες πληροφορίες για τη συμμόρφωση με την Οδηγία στο τομέα της υγείας (κυρίως όσον αφορά τη πρακτική εφαρμογή της) είναι εξαιρετικά δύσκολο να συλλεχθούν. Η τρέχουσα κατάσταση έχει ως εξής.

Η Δανία έχει συμμορφωθεί με τη Οδηγία εδώ και πολλά χρόνια με τις 37 ώρες την εβδομάδα να αποτελούν το συνηθισμένο χρόνο εργασίας, η Σουηδία αναφέρει καλό επίπεδο συμμόρφωσης, ενώ η Ολλανδία έχει συμμορφωθεί πλήρως από το 2011. Στη Γερμανία, το Υπουργείο Υγείας αναφέρει καλό συνολικό επίπεδο συμμόρφωσης με την Οδηγία, ωστόσο, πολλοί ιατροί έχουν εκφράσει ανησυχίες για το χρόνο που δαπανάται για εκπαίδευση και τη ποιότητα αυτής για τους ειδικευόμενους ιατρούς.⁶ Στη Νορβηγία, η οποία συνδέεται με την ΕΕ και δεν αποτελεί ένα πλήρες μέλος, οι εκπαιδευόμενοι ιατροί εργάζονται κατά μέσο όρο 45 ώρες την εβδομάδα. Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει συμμορφωθεί τα τελευταία χρόνια, ωστόσο πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι το 25% των ειδικευόμενων ιατρών συνεχίζουν να εργάζονται περισσότερο από 48 ώρες την εβδομάδα.⁷

Στοιχεία σχετικά με τη συμμόρφωση δεν είναι διαθέσιμα σε πολλές χώρες (Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Μάλτα, Σλοβακία, Σλοβενία, κ.α.). Υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι πολλοί ιατροί στην Ισπανία, την Ιρλανδία, την Ελλάδα εργάζονται περισσότερο από το όριο των 48 ωρών/εβδομάδα (η χώρας μας και η Ιρλανδία άλλωστε έχουν παραπεμφθεί στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο), πολλές φορές χωρίς πρόσθετες αμοιβές. Στη Γαλλία, ιατροί και χειρουργοί αναφέρουν ότι εργάζονται πολλές ώρες την εβδομάδα και εκφράζουν ανησυχίες για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων ιατρών.⁸ Κακές συνθήκες εργασίας και υπερβολικές ώρες απασχόλησης, χωρίς να υπάρχουν έγκυρα στοιχεία, αναφέρονται ανεπίσημα στην Εσθονία, τη Λετονία, τη Λιθουανία, τη Πολωνία, και τη Ρουμανία. Ωστόσο, πολλές από αυτές τις χώρες προσχώρησαν στην ΕΕ σχετικά πρόσφατα και επομένως δεν ήταν ανάγκη προηγουμένως να συμμορφωθούν με την Οδηγία.⁹ Στη Λιθουανία επίσης αναφέρεται χαμηλό επίπεδο συμμόρφωσης με την Οδηγία, εξαιτίας κυρίως της οικονομικής κρίσης, ενώ στην Ουγγαρία παρατηρείται πρόβλημα συμμόρφωσης λόγω του ανεπαρκούς αριθμού ιατρών και χειρουργών.¹⁰

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η πλήρης εφαρμογή του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας των 48 ωρών τον Αύγουστο του 2009 προκάλεσε έντονη ανησυχία σχετικά με την ικανότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) να συνεχίσει να παρέχει υψηλής ποιότητας εκπαίδευση στο προσωπικό αλλά και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας. Στο τομέα της υγείας, η Οδηγία είχε σημαντική επίδραση στους ιατρούς, και ιδιαίτερα στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

⁶ Royal College of Surgeons - England (2013), διαθέσιμο από: <https://www.rcseng.ac.uk/government-relations-and-consultation/documents/RCS%20EWTD%20briefing.pdf>

⁷ Temple, J. (2014), όπ.π.

⁸ Royal College of Surgeons - England (2013), όπ.π.

⁹ Temple, J. (2014), όπ.π.

¹⁰ Royal College of Surgeons - England (2013), όπ.π.

Σύμφωνα με έκθεση του 2010 με τίτλο *Time for Training*¹¹, αν και "μπορεί να παρέχεται υψηλής ποιότητας εκπαίδευση σε διάστημα 48 ωρών", "αυτό δεν είναι δυνατό όταν οι εκπαιδευόμενοι έχουν σημαντικό ρόλο σε υπηρεσίες εκτός ωραρίου εργασίας, εποπτεύονται σε μικρό βαθμό, και η πρόσβαση στη μάθηση είναι περιορισμένη".

Καθώς σε πολλές χώρες η επιτυχής εφαρμογή της Οδηγίας συνάντησε πολλά προβλήματα, ζητήθηκε η επαναδιαπραγμάτευση του περιορισμού των 48 ωρών καθώς και άλλων παραγόντων, ωστόσο θα χρειαστεί ένα πολύ μεγάλο διάστημα για να συμφωνηθεί οποιαδήποτε αναθεώρηση, πόσο μάλλον να τεθεί σε εφαρμογή.

1.3 Χρόνος εφημερίας

Ο «χρόνος εφημερίας» αναφέρεται σε περιόδους κατά τις οποίες ο εργαζόμενος καλείται να παραμείνει στον χώρο εργασίας του και είναι έτοιμος να εκτελέσει τα καθήκοντά του, εάν παραστεί ανάγκη. Σύμφωνα με την πάγια νομολογία του Δικαστηρίου¹² όλες οι περίοδοι εφημερίας στο χώρο εργασίας, δηλαδή οι περίοδοι κατά τις οποίες ο εργαζόμενος καλείται να παραμείνει στον χώρο εργασίας του και είναι έτοιμος να εκτελέσει τα καθήκοντά του, εάν παραστεί ανάγκη, πρέπει να προσμετρώνται πλήρως ως χρόνος εργασίας για τους σκοπούς της οδηγίας.

Η αρχή εφαρμόζεται τόσο για τις περιόδους κατά τις οποίες ο εργαζόμενος παρέχει εργασία σε απάντηση σε μια κλήση («ενεργός» χρόνος εφημερίας), όσο και για τις περιόδους κατά τις οποίες του επιτρέπεται να αναπαυθεί ενώ περιμένει κλήση («ανενεργός» χρόνος εφημερίας), εφόσον παραμένει στον χώρο εργασίας.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει το ποσοστό του χρόνου εφημερίας στο συνολικό χρόνο εργασίας των νοσοκομειακών ιατρών σε ορισμένα κράτη μέλη.

Πίνακας 1: Αναλογία χρόνου εφημερίας (on-call) στο συνολικό χρόνο εργασίας

Βέλγιο	Μόνο για ορισμένες ειδικότητες εφαρμόζονται συστήματα εφημεριών, κυρίως στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τις χειρουργικές κλινικές και τα αναισθησιολογικά τμήματα.
Γερμανία	Μόνο για ορισμένες ειδικότητες: στις περισσότερες περιπτώσεις επίσημα μεταξύ 0-33%
Δανία	<ul style="list-style-type: none"> Στις περισσότερες περιπτώσεις, εφημερίες μόνο στα τμήματα: χειρουργικής, αναισθησιολογίας και επειγόντων περιστατικών. Καθήκον εφημερίας δύο φορές την εβδομάδα.
Φινλανδία	Μόνο για ορισμένες ειδικότητες εφαρμόζονται συστήματα εφημεριών, κυρίως στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τις χειρουργικές κλινικές και τα αναισθησιολογικά τμήματα.
Γαλλία	Περιλαμβάνεται στο χρόνο εργασίας, συνήθως δύο περίοδοι εφημερίας την εβδομάδα.
Πολωνία	20%-50%
Πορτογαλία	Στις περισσότερες περιπτώσεις, εφημερίες μόνο στα τμήματα: χειρουργικής, αναισθησιολογίας και επειγόντων περιστατικών: 0-35%

¹¹ https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Time%20for%20training%20report_0.pdf

¹² SIMAP (C-303/98), Jaeger (C-151/02), Pfeiffer (C-398/01) και Dellas (C-14/04).

Μάλτα	20%-40%
Ρουμανία	15%-50%
Ηνωμένο Βασίλειο	Συνήθως δεν υπάρχει χρόνο εφημερίας (συστήματα με βάρδιες)

Πηγή: Deloitte, 2010¹³

1.4 Η δυνατότητα εθελούσιας εξαίρεσης από τον κανόνα (ρήτρα opt-out)

Το άρθρο 22 της Οδηγίας δίνει τη δυνατότητα παρέκκλισης από τη μέγιστη εβδομαδιαία διάρκεια εργασίας των 48 ωρών, τηρώντας όμως τις γενικές αρχές προστασίας ασφάλειας και υγείας των εργαζομένων και εφόσον ο εργαζόμενος συναινεί ρητά και ελεύθερα για τη παροχή της πρόσθετης εργασίας.

Τα κράτη μέλη μπορούν να χωριστούν σε τρεις ομάδες ανάλογα με τη χρήση της ρήτρας εξαίρεσης σύμφωνα με το άρθρο 22 (1) της ευρωπαϊκής οδηγίας (αναφέρεται ως ατομική ρήτρα εξαίρεσης ή απλά ρήτρα opt-out στο εξής). Υπάρχει μια ομάδα 5 χωρών όπου η ατομική ρήτρα opt-out μπορεί να χρησιμοποιηθεί ανεξάρτητα από το τομέα δραστηριότητας ή εργασίας και μια ομάδα 11 χωρών όπου η ρήτρα opt-out θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί μόνο σε συγκεκριμένους τομείς ή επαγγέλματα (και κυρίως στο τομέα της υγείας). Οι υπόλοιπες χώρες δεν επιτρέπουν τη χρήση της ρήτρας opt-out (Σχήμα 1).

Τα πέντε κράτη μέλη της ΕΕ που επιτρέπουν τη χρήση της ρήτρας opt-out, ανεξάρτητα από τον τομέα δραστηριότητας ή επαγγέλματος, είναι η Βουλγαρία, η Κύπρος, η Εσθονία, η Μάλτα και το Ηνωμένο Βασίλειο.

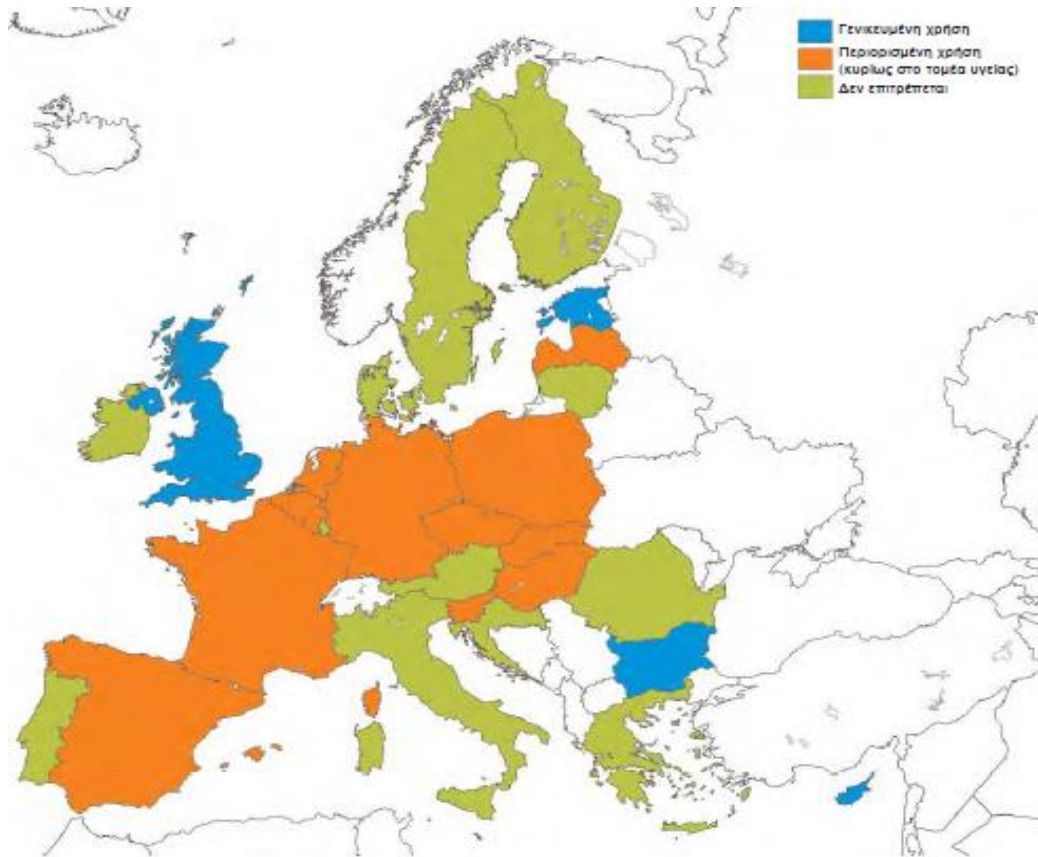
Στις χώρες όπου είναι δυνατή η χρήση της ρήτρας opt-out σε συγκεκριμένους τομείς (και ειδικότερα στο τομέα της υγείας) περιλαμβάνονται το Βέλγιο, η Τσέχικη Δημοκρατία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Λετονία, η Ολλανδία, η Πολωνία, η Σλοβακία, η Σλοβενία, η Ισπανία και μόλις πρόσφατα και η Αυστρία (από τον Ιανουάριο του 2015). Εδώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι στη Τσέχικη Δημοκρατία και την Ισπανία, οι σχετικές διατάξεις σχετικά με την παρέκκλιση από τον μέγιστο εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας στο τομέα της υγείας ήταν μόνο μεταβατικές και έληξαν το 2013. Ωστόσο, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι και στις δύο χώρες συνεχίζεται η πραγματοποίηση πολλών ωρών εργασίας στο τομέα και ότι οι εθνικές αρχές προσπαθούν με δυσκολία να διαχειριστούν τη κατάσταση προκειμένου να συμμορφωθούν με τους ευρωπαϊκούς κανόνες.¹⁴

Στις υπόλοιπες χώρες (Δανία, Φινλανδία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Ρουμανία, και Σουηδία) δεν είναι δυνατή η χρήση της ρήτρας opt-out για το εβδομαδιαίο όριο των 48 ωρών σε κανέναν τομέα δραστηριότητας.

¹³ European Commission (2010). Study to support an Impact Assessment on further action at European level regarding Directive 2003/88/EC and the evolution of working time organisation, Final Report, DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, σελ. 62.

¹⁴ Eurofound (2015), Opting out of the European Working Time Directive, Publications Office of the European Union, Luxembourg, σελ. 23.

Σχήμα 1: Χρήση της ρήτρας opt-out στα κράτη μέλη της ΕΕ σύμφωνα με το άρθρο 22 της οδηγίας



Πηγή: Eurofound's Network of European Correspondents, Ιανουάριος 2015

2. Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ Η ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΔΗΓΙΑ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ

2.1 Αυστρία

Στην Αυστρία, είναι απαραίτητο να διακρίνουμε τους κανόνες του τακτικού και του συνολικού εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας. Το τμήμα 3(1) του Νόμου περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας (Arbeitszeitgesetz, AZG) ορίζει ότι το τακτικό ημερήσιο ωράριο δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 8 ώρες, και ο τακτικός εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 40 ώρες. Με συλλογικές συμβάσεις μπορούν να παραταθούν οι ώρες εργασίας, με την προϋπόθεση ότι ο τακτικός εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας δεν ξεπερνά κατά μέσο όρο τις 40 ώρες σε μια περίοδο αναφοράς που δεν θα πρέπει να είναι πάνω από ένα έτος.

Το τμήμα 9 του AZG προβλέπει ότι ο συνολικός εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας (συμπεριλαμβανομένης της υπερωριακής απασχόλησης) δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 50 ώρες σε μια εβδομάδα, και τις 48 ώρες κατά μέσο όρο. Ο μέσος όρος υπολογίζεται για όχι περισσότερο από 17 εβδομάδες (τμήμα 9(4) AZG), αλλά η περίοδος αναφοράς μπορεί να παραταθεί στο μέγιστο των 12 μηνών με συλλογική σύμβαση.

Ειδικοί κανόνες για το τομέα της υγείας επιτρέπουν μέχρι 60 ώρες εργασίας κατά μέσο όρο ανά εβδομάδα για το ιατρικό προσωπικό. Αυτές οι διατάξεις δεν συμμορφώνονταν με οποιεσδήποτε από τις ισχύουσες παρεκκλίσεις (στην Αυστρία δεν εφαρμοζόταν μέχρι το 2015 η ρήτρα opt-out) και ο μέσος όρος των 60 ωρών την εβδομάδα για μια παρατεταμένη περίοδο δεν είναι συμβατός με το άρθρο 6 της Οδηγίας. Οι εθνικές αρχές ανέφεραν ότι το όριο των 60 ωρών περιλαμβάνει ορισμένες περιόδους «ανεργούς» εφημερίας, οι οποίες θεωρούνται σύμφωνες με τις πτυχές της ασφάλειας και της υγείας στην εργασία. Επιβεβαίωσαν ότι αυτές οι διατάξεις δεν συμμορφώνονται πλήρως με το άρθρο 6, στο πλαίσιο της αποφάσεως SIMAP.¹⁵

Μια αντιπροσωπευτική έρευνα που ανατέθηκε από το Αυστριακό Ιατρικό Επιμελητήριο και διενεργήθηκε από το Ινστιτούτο Εμπειρικών Κοινωνικών Ερευνών το 2013 μέσα από 2.000 τηλεφωνικές συνεντεύξεις με νοσοκομειακούς ιατρούς, έδειξε ότι ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας μειώθηκε από 59 ώρες το 2006 σε 54 ώρες το 2012. Ο νόμος για το χρόνο εργασίας στα νοσοκομεία (Krankenanstalten Arbeitszeit Gesetz, KA-AZG), που τέθηκε σε εφαρμογή την 1η Ιανουαρίου 2015, εισάγει προσωρινά τη ρήτρα opt-out για τους ιατρούς που εργάζονται στα νοσοκομεία της Αυστρίας. Προβλέπει μια ατομική ρήτρα opt-out σε συνδυασμό με σταδιακή μείωση του μέγιστου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας σε 48 ώρες μέχρι το 2021. Μέχρι το τέλος του 2017 η ρήτρα opt-out είναι περιορισμένη για μέγιστο χρόνο εργασίας 60 ώρες/εβδομάδα, και από το 2018 μέχρι τα μέσα του 2021 η ρήτρα θα μειωθεί στο μέγιστο των 55 ωρών/εβδομάδα. Στα μέσα του 2021 θα καταργηθεί η ρήτρα opt-out. Ακόμα και αν ο χρόνος εργασίας των νοσοκομειακών ιατρών μπορεί τότε να

¹⁵ European Commission (2010), Detailed report on the implementation by Member States of Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time ('The Working Time Directive'), Commission Staff Working Paper, σελ. 62-63.

εξακολουθεί να είναι 72 ώρες σε συγκεκριμένες εβδομάδες, ο μέσος όρος που υπολογίζεται σε περίοδο 4 μηνών θα πρέπει να είναι 48 ώρες. Η μέγιστη διάρκεια μιας περιόδου εργασίας θα μειωθεί επίσης σταδιακά από 32 ή 49 (τα σαββατοκύριακα συμπεριλαμβανομένων των εφημεριών ετοιμότητας) σε 25 ώρες.¹⁶

2.2 Βέλγιο

Το 2009, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επέκρινε το Βέλγιο για το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας εξαιρούνταν από τις διατάξεις του χρόνου εργασίας στην εργατική νομοθεσία. Ως απάντηση, ψηφίστηκε νόμος στις 12 Δεκεμβρίου 2010¹⁷ που ρυθμίζει μεταξύ άλλων το χρόνο εργασίας των ιατρών, των οδοντιάτρων και των υποψήφιων ειδικευόμενων ιατρών. Για αυτές τις ομάδες υπάρχει πλέον ένας μέγιστος χρόνος εργασίας 48 ωρών ανά εβδομάδα κατά μέσο όρο σε μια περίοδο 13 εβδομάδων. Οι ώρες εργασίας σε οποιαδήποτε δεδομένη εβδομάδα δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 60 ώρες. Εάν ένας εργαζόμενος έχει εργαστεί περισσότερες από 12 συνεχόμενες ώρες, θα πρέπει να ξεκουραστεί τουλάχιστον 12 ώρες πριν επιστρέψει στην εργασία.

Η πολύ συγκεκριμένη δυνατότητα ατομικής ρήτρας opt-out στο Βέλγιο, είναι ότι οι εργοδότες μπορούν να συνάπτουν ατομικές συμβάσεις με εργαζομένους ώστε να εκτελούν οικιοθελώς καθήκοντα εκτός του μέγιστου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας των 48 ωρών. Η γραπτή συμφωνία θα πρέπει να περιλαμβάνει το ύψος της αποζημίωσης για τις πρόσθετες υπηρεσίες, οι οποίες δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 12 ώρες ανά εβδομάδα. Οι εργοδότες υποχρεούνται να διατηρούν αρχεία αυτών των συμφωνιών για πέντε χρόνια στα γραφεία τους και αυτά να είναι διαθέσιμα στην επιθεώρηση εργασίας. Ο εργαζόμενος μπορεί να αρνηθεί οποιαδήποτε στιγμή να πραγματοποιήσει την υπερωριακή εργασία και δεν δύναται να τιμωρηθεί για αυτό. Στο δημόσιο τομέα, υπάρχει ανάλογη απόφαση για τους εργαζόμενους σε θέσεις έκτακτης ανάγκης (όπως το ιατρικό προσωπικό). Η ρήτρα opt-out είναι δυνατή για μέγιστο χρόνο εργασίας 10 ωρών πάνω από το ανώτατο όριο των 38 ωρών και σε πολύ ιδιαίτερες περιπτώσεις είναι δυνατή για μέγιστο 52 ωρών.¹⁸

2.3 Βουλγαρία

Η Βουλγαρία εναρμόνισε την εργατική της νομοθεσία πριν εισέλθει στην ΕΕ το 2007. Η μεταφορά της Οδηγίας αποτέλεσε μία από τις σημαντικότερες αλλαγές εκείνης της εποχής. Το άρθρο 136 του Εργατικού Κώδικα προβλέπει ότι η κανονική διάρκεια του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας είναι 40 ώρες. Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας είναι 6 μήνες για όλες τις δραστηριότητες (άρθρο 142), αν

¹⁶ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 11.

¹⁷ Loi du 12/12/2010 - Durée du travail des médecins, dentistes, vétérinaires, candidats médecins en formation, candidats dentistes en formation et étudiants stagiaires se préparant à ces professions

¹⁸ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 7-8.

και η Οδηγία το προβλέπει αυτό (κατά παρέκκλιση) μόνο για τις δραστηριότητες που αναφέρει το άρθρο 17(3).¹⁹

Στη Βουλγαρία επιτρέπεται η χρήση της ρήτρας opt-out σε όλους τους τομείς δραστηριοτήτων. Το βασικό κίνητρο σύμφωνα με τη κυβέρνηση της Βουλγαρίας είναι ότι η ρήτρα opt-out δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να εργάζονται περισσότερες ώρες σε περίπτωση που επιθυμούν να βελτιώσουν το εισόδημά τους. Το άρθρο 113 του Εργατικού Κώδικα ορίζει ότι ο μέγιστος χρόνος εργασίας με σύμβαση εργασίας για επιπλέον εργασία, μαζί με τη διάρκεια του χρόνου εργασίας στη κύρια εργασιακή σχέση δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 40 ώρες/εβδομάδα για εργαζομένους κάτω των 18 ετών και τις 48 ώρες/εβδομάδα για τους εργαζομένους άνω των 18. Όπου υπάρχει γραπτή συναίνεση, οι εργαζόμενοι μπορούν να εργαστούν περισσότερο από 48 ώρες (ή 40 ώρες για κάτω των 18 ετών).²⁰

2.4 Γαλλία

Πέντε διατάγματα του 2002 που εφαρμόζονται στο τομέα της υγείας επιτρέπουν σε ιατρούς και φαρμακοποιούς στο δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας να εργάζονται πρόσθετες ώρες σε εθελοντική βάση, που δεν θα πρέπει να υπερβαίνουν το μέγιστο όριο που προβλέπει το άρθρο 6 της Οδηγίας. Αυτό φαίνεται να πραγματοποιείται είτε σε μια προγραμματισμένη είτε σε μια μη δομημένη βάση. Το διάταγμα (Arrêté) της 30ης Απριλίου 2003 προβλέπει τη γραπτή συναίνεση του εργαζομένου για τη παροχή πρόσθετων ωρών απασχόλησης σε μια περίοδο ενός έτους. Προβλέπει επίσης για τους επαγγελματίες υγείας να πραγματοποιούν εθελοντική υπερωριακή απασχόληση σε μια μη δομημένη βάση, και χωρίς να απαιτείται επίσημη συναίνεση (οι εθνικές αρχές δηλώνουν ότι αυτό έχει τροποποιηθεί).

Με νομοθετικό διάταγμα της 14ης Μαΐου 2007 καθορίζονται τα ανώτατα όρια που διασφαλίζουν ότι κανένας εργαζόμενος στις νοσοκομειακές υπηρεσίες δεν μπορεί να πραγματοποιεί πάνω από 18 ώρες πρόσθετη εργασία ανά μήνα (με υπουργική απόφαση επιτρέπεται η προσωρινή και περιορισμένη εξαίρεση από αυτό τον κανόνα για απαραίτητο προσωπικό σε περίπτωση υγειονομικής κρίσης).²¹

Στο τομέα της υγείας ωστόσο παρατηρείται μια ασάφεια όσον αφορά τα όρια του χρόνου εργασίας. Οι νοσοκομειακοί ιατροί απαιτείται να πραγματοποιούν 10 "μισές ημέρες" εργασία ("half-days" work) ανά εβδομάδα, οι οποίες δεν μπορούν, συνολικά, να ξεπερνούν τις 48 ώρες την εβδομάδα κατά μέσο όρο σε μια περίοδο 4 μηνών. Οι εκπαιδευόμενοι ιατροί απαιτείται να πραγματοποιούν 11 "μισές ημέρες" εργασία ανά εβδομάδα, από τις οποίες δύο αφιερώνονται σε ακαδημαϊκή εκπαίδευση.²² Ωστόσο, δεν υπάρχει νομοθετικός ορισμός της "μισής ημέρας", και σύμφωνα με τον υπολογισμό που χρησιμοποιείται στη

¹⁹ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 64.

²⁰ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 6.

²¹ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 68.

²² Διάταγμα αριθ. 2002-1421, άρθρο 5.

πράξη στα δημόσια νοσοκομεία²³, η κανονική διάρκεια εργασίας ενός νοσοκομειακού ιατρού (10 "μισές ημέρες") θα ισοδυναμούσε με τουλάχιστον 50 ώρες ανά εβδομάδα και με μέγιστο όριο τις 70 ώρες ανά εβδομάδα, αλλά σε κάθε περίπτωση θα ξεπερνούσε πάντα το όριο των 48 ωρών ανά εβδομάδα, χωρίς τη προσθήκη των πρόσθετων εθελοντικών ωρών εργασίας.²⁴

Αυτή, η ασάφεια των διατάξεων σχετικά με τη διάρκεια εργασίας των ιατρών φαίνεται ότι έχει καθιερώσει πρακτική όπου τα προγράμματα εργασίας των ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία, κατά την κανονική τους υπηρεσία, υπερβαίνουν ήδη το όριο των 48 ωρών που προβλέπει η Οδηγία. Τον Σεπτέμβριο του 2013, η Επιτροπή ζήτησε από την Γαλλία να σεβαστεί τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ιατρών για μέσο εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας 48 ωρών και για ελάχιστες περιόδους ανάπαυσης ύστερα από πρόσθετη νυχτερινή εργασία. Οι ιατροί μπορούσαν να κληθούν να εργαστούν πάνω από το όριο των 48 ωρών σε διάφορες περιπτώσεις χωρίς τη συγκατάθεσή τους και δεν υπήρχαν εγγυήσεις για προστασία των ιατρών από κυρώσεις εάν αρνούνταν να εργαστούν παραπάνω ώρες. Οι κανόνες για μέτρηση του χρόνου εργασίας των νοσοκομειακών ιατρών δεν ήταν επίσης πολύ σαφείς, που σημαίνει ότι στη πράξη οι ιατροί ήταν υποχρεωμένοι να εργάζονται υπερβολικά πολλές ώρες. Εκείνη τη χρονική στιγμή, οι ιατροί των δημόσιων νοσοκομείων που καλούνταν τη νύχτα να αντιμετωπίσουν τα επείγοντα περιστατικά ύστερα από το κανονικό ωράριο εργασίας μερικές φορές δεν είχαν επαρκή χρόνο ανάπαυσης πριν επιστρέψουν στην εργασία.

2.5 Γερμανία

Στη Γερμανία, σύμφωνα με το νόμο περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας (Arbeitszeitgesetz, AZG), το ημερήσιο τακτικό ωράριο είναι 8ωρο. Ο νόμος, ωστόσο, επιτρέπει το ωράριο εργασίας να παρατείνεται προσωρινά στο μέγιστο των 10 ωρών την ημέρα, εάν μέσα σε ένα διάστημα 6 μηνών ή 24 εβδομάδων, ο μέσος όρος δεν υπερβαίνει τις 8 ώρες/ημέρα. Η δυνατότητα αυτή υπήρχε και πριν τεθεί σε εφαρμογή η Οδηγία, και από την άποψη αυτή δεν υπάρχει πρόσφατη αλλαγή στη νομοθεσία περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας. Η ρήτρας opt-out εφαρμόζεται ύστερα από συλλογική σύμβαση ή από έγκριση της επιθεώρησης εργασίας.²⁵

Στον τομέα της υγείας, οι τυπικοί όροι καθορίζονται από ένα σύνολο κλαδικών συλλογικών συμβάσεων που αποτελέσαν αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ Σεπτεμβρίου 2005 και Αυγούστου 2007, αν και πολλά νοσοκομεία δεν καλύπτονται από τέτοια σύμβαση, και μπορούν να καθορίζουν τους δικούς τους κανόνες μέσα στα όρια που προβλέπει ο AZG.

Στο πλαίσιο των βασικών συλλογικών συμβάσεων των ιατρών (TV-Ärzte/VKA και TVÄrzte/TdL), ο κανονικός χρόνος εργασίας περιορίζεται στο μέγιστο των 40 ωρών ανά εβδομάδα. Μια σύμβαση εργασίας μπορεί να ορίζει "διάδρομο χρόνου εργασίας"

²³ Η περίοδος 10 ωρών από 8:30 έως 18:30 υπολογίζεται ως δύο "μισές ημέρες", ενώ η 14ωρη περίοδος από 18:30 έως 8:30 υπολογίζεται επίσης ως δύο "μισές ημέρες". Έτσι, η εργασία μιας "μισής ημέρας" είναι 5 ώρες αν πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της ημέρας, και 7 ώρες αν πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της νύκτας.

²⁴ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 69.

²⁵ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 8.

("Arbeitszeitkorridor") 45 ωρών ανά εβδομάδα κατά μέσο όρο, όπου είναι πιθανό ο χρόνος εργασίας να υπερβαίνει αυτό το όριο, αλλά θα πρέπει να αντισταθμίζεται με επιπλέον χρόνο ανάπαυσης εντός 12 μηνών (επί της αρχής, αυτό φαίνεται να εναρμονίζεται με το άρθρο 6). Ωστόσο, οι ιατροί που συναινούν με τη χρήση της ρήτρας opt-out στο πλαίσιο αυτών των συλλογικών συμβάσεων μπορεί να εργάζονται κατά μέσο όρο 54 έως 58 ώρες ανά εβδομάδα, συμπεριλαμβανομένων των εφημεριών, ενώ δύο συλλογικές συμβάσεις επιτρέπουν στους ιατρούς να εργάζονται κατά μέσο όρο 66 ώρες ανά εβδομάδα σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Για τη κύρια συλλογική σύμβαση εργασίας των δημόσιων υπηρεσιών (TVoED) καθορίζονται παρόμοια όρια για τον κανονικό χρόνο εργασίας.²⁶

Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του τακτικού εβδομαδιαίου ωραρίου εργασίας στο πλαίσιο των κύριων συλλογικών συμβάσεων για το δημόσιο τομέα υγείας είναι ένα έτος (ή μέχρι ένα έτος στο πλαίσιο της συλλογικής σύμβασης TVoED).²⁷ Και οι τρεις αυτές συλλογικές συμβάσεις προβλέπουν επίσης ότι η περίοδος αναφοράς του ενός έτους (ή μέχρι ενός έτους σύμφωνα με την TVoED) πρέπει να εφαρμόζονται για τους ιατρούς που πραγματοποιούν τακτικές εφημερίες.²⁸

Σύμφωνα με μελέτες, οι νοσοκομειακοί ιατροί στο Βερολίνο εργάζονται 57,8 ώρες κατά μέσο όρο την εβδομάδα, 60 ώρες στο Έσσην, 59 ώρες στα νοσοκομεία του Μονάχου, και 68 ώρες κατά μέσο όρο την εβδομάδα σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα από νοσοκομεία της χώρας. Αυτά τα αποτελέσματα καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι Γερμανοί νοσοκομειακοί ιατροί πραγματοποιούν ένα σημαντικό μεγάλο αριθμό ωρών υπερωριακής απασχόλησης.²⁹

2.6 Δανία

Στην Δανία, η μέγιστη εβδομαδιαία διάρκεια εργασίας ρυθμίζεται με συλλογικές συμβάσεις, οι οποίες καλύπτουν σχεδόν το σύνολο των εργαζομένων του δημόσιου τομέα και περίπου το 70% του ιδιωτικού. Η Δανία έχει θεσπίσει εθνική νομοθεσία η οποία προβλέπει το ελάχιστο επίπεδο δικαιωμάτων στο πλαίσιο της Οδηγίας για εκείνους τους εργαζόμενους που δεν δικαιούνται το ίδιο (ή υψηλότερο) επίπεδο προστασίας βάσει συλλογικής σύμβασης.³⁰

Όσον αφορά του εργαζόμενους που δεν καλύπτονται από συλλογικές συμβάσεις, ή που καλύπτονται από συλλογικές συμβάσεις που δεν ενσωματώνουν τα ελάχιστα επίπεδα προστασίας που προβλέπει η Οδηγία, η νομοθεσία³¹ ορίζει από το 2002 τη μέγιστη εβδομαδιαία διάρκεια εργασίας σε 48 ώρες, υπολογιζόμενες σε μια περίοδο 4 μηνών. Ο δημόσιος τομέας ρυθμίζεται από τις 31 Ιουλίου 2003 με συλλογική σύμβαση, η οποία προβλέπει ότι ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας (συμπεριλαμβανομένων των

²⁶ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 70-71.

²⁷ TV-Aerzte/VKA άρθρο 7(2), TV-Aerzte/TDL άρθρο 6(2)), ή μέχρι ένα έτος (TVoED, άρθρο 6(2)).

²⁸ TV-Aerzte/VKA, άρθρο 10(6), TV-Aerzte/TDL, άρθρο 7(5), TVoED-BTK, άρθρο 45(5).

²⁹ Judith Rosta, Working Hours of Hospital Doctors in Germany, Preliminary Data from a Nationwide Survey in Autumn 2006.

³⁰ Νόμος αριθ. 896 για την εφαρμογή διατάξεων της ευρωπαϊκής οδηγίας, 24 Αυγούστου 2004.

³¹ Ενοποιημένος Νόμος αριθ. 896/2004 της 24ης Αυγούστου 2004, 4ο μέρος.

υπερωριών) δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 48 ώρες. Η περίοδος αναφοράς είναι συνήθως 4 μήνες αλλά μπορεί να φθάνει μέχρι και τους 12 μήνες εφόσον αυτό συμφωνηθεί.³²

2.7 Εσθονία

Στην Εσθονία, ο Νόμος περί Συμβάσεων Εργασίας του 2009 προβλέπει ότι ο κανονικός χρόνος εργασίας είναι 8 ώρες ανά ημέρα και 40 ώρες ανά εβδομάδα εκτός και αν έχει συμφωνηθεί διαφορετικά (άρθρο 43). Η υπερωριακή απασχόληση μπορεί να πραγματοποιηθεί έπειτα από συμφωνία, ή σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, να ζητηθεί από τον εργοδότη, αν και αυτό θεωρείται παράνομο σε επαγγέλματα με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας (άρθρο 44). Οι υπερωρίες θα πρέπει να αντισταθμίζονται με ισοδύναμο χρόνο ανάπαυσης, εκτός και αν έχει υπάρξει συμφωνία για αποζημίωση (1,5 φορές της κανονικής αποζημίωσης) (άρθρο 44).³³ Ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας περιορίζεται σε 48 ώρες κατά μέσο όρο τη βδομάδα (άρθρο 46). Ωστόσο, σύμφωνα με το άρθρο 46 (3), αυτός ο μέσος όρος μπορεί να αυξηθεί μέχρι τις 52 ώρες ανά εβδομάδα με συναίνεση του εργαζομένου, με την ρήτρα opt-out να χρησιμοποιείται σε όλους τους τομείς.³⁴ Δεν υπάρχει συγκεκριμένο όριο για το χρόνο εφημερίας (on-call time). Το άρθρο 48 ορίζει το χρόνο εφημερίας ή την εφημερία ετοιμότητας (stand-by time) όπου ο εργαζόμενος δεν απαιτείται να βρίσκεται στο χώρο εργασίας, ως "το χρόνο όπου ο εργαζόμενος είναι διαθέσιμος στον εργοδότη με συμφωνία για την εκτέλεση καθηκόντων πέρα του κανονικού χρόνου εργασίας", αν και προσθέτει ότι "το μέρος του χρόνου εφημερίας κατά τη διάρκεια του οποίου ο εργαζόμενος είναι στη διάθεση και εποπτεία του εργοδότη, θεωρείται χρόνος εργασίας".

Η περίοδος αναφοράς είναι 4 μήνες εκτός και αν ορίζεται διαφορετικά από τον νόμο. Στους επαγγελματίες υγείας, μεταξύ άλλων, μπορεί να παραταθεί έως το μέγιστο των 12 μηνών με συλλογική σύμβαση (άρθρο 46(2)).³⁵

2.8 Ηνωμένο Βασίλειο

Η Οδηγία μεταφέρθηκε στο βρετανικό δίκαιο στο πλαίσιο των Κανονισμών για το Χρόνο Εργασίας (Working Time Regulations) το 1998 σύμφωνα με τους οποίους οι περισσότεροι εργαζόμενοι δεν θα πρέπει να εργάζονται περισσότερο από 48 ώρες την εβδομάδα (κατά μέσο όρο που υπολογίζεται σε μια περίοδο αναφοράς 6 μηνών). Αυτές οι ρυθμίσεις εφαρμόστηκαν σταδιακά, μειώνοντας τελικά το μέγιστο εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας σε 48 ώρες τον Αύγουστο του 2009. Περαιτέρω ρυθμίσεις των Κανονισμών για το Χρόνο Εργασίας αποτελούν³⁶:

- 24ωρη ανάπαυση κάθε επτά ημέρες (ή ελάχιστη 48ωρη ανάπαυση κάθε 14 ημέρες)
- 11 ώρες συνεχόμενης ανάπαυσης σε μια 24ωρη περίοδο

³² European Commission (2010), όπ.π., σελ. 66.

³³ Employment Contracts Act 2009.

³⁴ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 6.

³⁵ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 67.

³⁶ Royal College of Surgeons (2013). Surgery and the European Working Time Directive - Background Briefing.

- Διάλλειμα 20 λεπτών όταν ο χρόνος εργασίας ξεπερνά τις 6 ώρες
- 4 εβδομάδες ετήσια άδεια
- Μέγιστο όριο 8 ωρών εργασίας σε διάστημα 24 ωρών για τους εργαζόμενους τη νύχτα

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι εργαζόμενοι ηλικίας άνω των 18 ετών μπορούν να επιλέξουν να εξαιρεθούν από την εβδομαδιαία εργασία των 48 ωρών, είτε επ' αόριστον είτε για περιορισμένη χρονική περίοδο. Η ρήτρα opt-out είναι εθελοντική και γραπτή. Δεν μπορεί να περιέχεται σε μια συμφωνία που καλύπτει το σύνολο του εργατικού δυναμικού. Οι εργοδότες μπορούν να ζητήσουν ξεχωριστά από τους εργαζόμενους για το εάν είναι πρόθυμοι να υπογράψουν τη ρήτρα opt-out. Οι εργαζόμενοι σε περίπτωση που αρνηθούν να την υπογράψουν δεν μπορούν να απολυθούν ή να έχουν άδικη μεταχείριση (π.χ. απόρριψη προαγωγής). Ένας εργαζόμενος μπορεί να ακυρώσει τη συμφωνία εξαίρεσης όποτε το επιθυμεί (προειδοποιώντας τον εργοδότη του τουλάχιστον 7 μέρες νωρίτερα), ακόμα και αν αυτή αποτελεί μέρος της σύμβασης εργασίας τους.

Καθώς οι ιατροί ξεχωριστά μπορούν να επιλέξουν να εξαιρεθούν από τις ρυθμίσεις του χρόνου εργασίας, τα NHS trusts δεν μπορούν να επιβάλλουν στο προσωπικό τη χρήση της ρήτρας opt-out, και επομένως οι βάρδιες θα πρέπει να σχεδιαστούν με τέτοιο τρόπο ώστε να συμμορφώνονται με τους κανονισμούς αυτούς. Η μείωση στις ώρες εργασίας των ιατρών και των χειρουργών σήμαινε ότι τα NHS trusts θα έπρεπε να πραγματοποιήσουν αλλαγές στο τρόπο στελέχωσης των νοσοκομείων. Κατά το παρελθόν, οι ιατροί μπορούσαν να εργάζονται σε καθημερινό πρωινό ωράριο και να πραγματοποιούν εφημερίες (on-call)³⁷ ώστε να παρέχουν κάλυψη τις νύκτες και τα σαββατοκύριακα. Αυτό θα μπορούσε να σημαίνει ότι μία μέρα και ένα σαββατοκύριακο στα έξι θα έπρεπε να ήταν σε ετοιμότητα εάν χρειαζόταν. Σύμφωνα με αυτό θα έπρεπε να υπάρχει πάντα ένα εύρος ατόμων διαθέσιμων με τις απαραίτητες δεξιότητες να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα και τις επείγουσες ανάγκες σε εκτός ωραρίου εργασία.

Ωστόσο, επειδή ο χρόνος των ιατρών κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο χώρο εργασίας τους σε καθεστώς ετοιμότητας εμπίπτει στις 48 ώρες/εβδομάδα, τα νοσοκομεία έπρεπε να αντικαταστήσουν αυτές τις εφημερίες με πλήρεις βάρδιες (full-shift rotas). Αυτό καλύπτει τις απαιτήσεις του χρόνου εργασίας αλλά αντικαθιστά τις εφημερίες on-call με συνεχή εργασία.

Ενώ οι περισσότεροι ειδικευμένοι γιατροί εξαιρούνται από τις διατάξεις, οι ειδικευόμενοι γιατροί συμμορφώνονται με την Οδηγία σε μεγάλη κλίμακα ως μέρος των συλλογικών τους συμβάσεων. Τα μεγαλύτερα προβλήματα που προκύπτουν με την εφαρμογή της Οδηγίας στα νοσοκομεία και γενικότερα το NHS είναι:

- **Λιγότερος χρόνος για εκπαίδευση.** Σύμφωνα με το Βασιλικό Κολλέγιο των Χειρουργών (Royal College of Surgeons - RCS) οι ώρες εκπαίδευσης στα χειρουργεία έχουν μειωθεί σημαντικά εξαιτίας της συμμόρφωσης με την Οδηγία, κάθε μήνα χάνονται περίπου 280.000 ώρες εκπαίδευσης σε χειρουργεία, και οι ιατροί που ξεκινούν σήμερα την εκπαίδευσή τους σε

³⁷ Σε πολλές περιπτώσεις με τον όρο on-call δεν διαχωρίζεται αν πρόκειται για ενεργό εφημερία (δηλαδή στο νοσοκομείο) ή για εφημερία ετοιμότητας (δεν απαιτείται η φυσική παρουσία στο νοσοκομείο).

χειρουργείο θα έχουν στη διάθεσή τους 3.000 λιγότερες ώρες εκπαίδευσης, που ισοδυναμεί με 128 ολόκληρες ημέρες.

- **Επιδείνωση στη συνέχεια της φροντίδας.** Οι παραδόσεις φροντίδας ασθενών (handovers) υπήρχαν πάντα, αλλά με την εργασία κατά βάρδιες πραγματοποιούνται συχνότερα και έτσι αυξάνεται ο κίνδυνος να παραληφθούν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη παροχή της περίθαλψης.
- **Έλλειψη προσωπικού για την κάλυψη των εφημεριών.** Ο περιορισμός του χρόνου εργασίας οδήγησε σε έλλειψη διαθέσιμων νοσοκομειακών ιατρών για την κάλυψη των εφημεριών.
- **Αύξηση του κόστους για θέσεις παροδικής εργασίας (locum) ιατρικού προσωπικού για την κάλυψη των κενών στις βάρδιες.** Έρευνα του RCS στα τέλη του 2010 έδειξε ότι το κόστος προσλήψεων με το σύστημα locum έχει αυξηθεί κατά περισσότερο από 750 εκατ. λίρες το χρόνο μετά τη καθιέρωση της Οδηγίας για το χρόνο εργασίας.

Το Βασιλικό Κολλέγιο των Χειρουργών της Αγγλίας (2013) κάλεσε όλους τους χειρουργούς του NHS να κάνουν χρήση της ρήτρας ort-out που θα τους παρέχει την ευελιξία να παρατείνουν το χρόνο εργασίας τους στο μέγιστο των 65 ωρών την εβδομάδα καθώς:³⁸

- ✓ Αυτό θα καθυστερήσει τους ασθενείς και το προσωπικό ότι τα νοσοκομεία είναι στελεχωμένα με ασφάλεια για τη παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.
- ✓ Θα διασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας, επιτρέποντας στους ασθενείς να εξεταστούν από τον ίδιο ειδικευμένο χειρουργό κατά τη διάρκεια της περιθαλψής τους.
- ✓ Θα οδηγήσει σε μείωση του αριθμού παραδόσεων φροντίδας των ασθενών (handovers), μειώνοντας έτσι τον ενδεχόμενο κίνδυνο να χαθούν πολύτιμες πληροφορίες κατά τη διαδικασία παράδοσης της φροντίδας.
- ✓ Αυτό επίσης θα σήμαινε για τους ειδικευόμενους χειρουργούς, που επιθυμούν να παρέχουν στους ασθενείς τη βέλτιστη ποιοτικά φροντίδα υγείας και ταυτόχρονα να μπορούν να αποκτήσουν νέες δεξιότητες, ότι θα έχουν αρκετό χρόνο για σωστή εκπαίδευση.

2.9 Ιρλανδία

Η ενότητα 15 του Νόμου περί Οργάνωσης του Χρόνου Εργασίας του 1997 ορίζει ότι ο εργοδότης δεν θα πρέπει να επιτρέπει σε έναν εργαζόμενο να εργάζεται περισσότερο από 48 ώρες κατά μέσο όρο, σε κάθε περίοδο επτά ημερών (δεν υπάρχει συγκεκριμένη αναφορά που να περιλαμβάνει το χρόνο εφημερίας). Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέσου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας δεν θα πρέπει να είναι γενικά πάνω από 4 μήνες, άνω των 6 μηνών για τις δραστηριότητες που προβλέπει το άρθρο 17(3) της Οδηγίας, ή άνω των 12 μηνών (επιτρέπεται μόνο με συλλογική σύμβαση).³⁹

³⁸ Royal College of Surgeons (2013). Surgery and the European Working Time Directive - Background Briefing.

³⁹ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 73

Στις 20 Νοεμβρίου 2013, η Επιτροπή παρέπεμψε την Ιρλανδία στο Δικαστήριο για παραβίαση της Οδηγίας στη μεταχείριση των ασκούμενων νοσοκομειακών ιατρών. Στη δήλωσή της, η Επιτροπή ανέφερε ότι υπάρχουν ακόμη πολλές περιπτώσεις όπου οι ειδικευόμενοι ιατροί απαιτείται τακτικά να εργάζονται συνεχόμενες βάρδιες 36 ωρών, να εργάζονται πάνω από 100 ώρες σε μία μόνο εβδομάδα και 70 - 75 ώρες την εβδομάδα κατά μέσο όρο, και να συνεχίζουν να εργάζονται χωρίς επαρκή διαλείμματα για ανάπαυση ή ύπνο. Ως απάντηση στη προσφυγή, η Ιατρική Οργάνωση της Ιρλανδίας (IMO), που αντιπροσωπεύει τους ειδικευόμενους γιατρούς των νοσοκομείων, ανέφερε ότι έχει συμφωνηθεί ένας οδικός χάρτης με την Αρχή Υπηρεσιών Υγείας (HSE) ώστε να περατωθεί αυτή η "αναχρονιστική πρακτική του υπερβολικού φόρτου εργασίας" αυτών των ιατρών, αλλά διατήρησε κάποια επιφυλακτικότητα σχετικά με τη βούληση της HSE να εφαρμόσει τη συμφωνία. Ως εκ τούτου, αυτή η κίνηση της ΕΕ θα βοηθήσει στη διατήρηση της πίεσης στις αρχές ώστε να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους. Η HSE υπογράμμισε ότι υπάρχει συνεχής πρόοδος για την επίτευξη συμμόρφωσης με τις διατάξεις της Οδηγίας σχετικά με τους ειδικευόμενους ιατρούς. Σύμφωνα με στοιχεία της HSE ο μέσος όρος του χρόνου εργασίας των ειδικευόμενων ιατρών μειώθηκε σημαντικά τα τελευταία 6 χρόνια. Το 2009, ο μέσος όρος ήταν 60 ώρες/εβδομάδα, ο οποίος μειώθηκε σε 54 ώρες/εβδομάδα το 2012 και σε 51,1 ώρες κατά το τέταρτο τρίμηνο του 2013. Επίσης, σύμφωνα με την HSE, μέχρι τον Δεκέμβριο του 2013, λιγότερο από 3% των ειδικευόμενων ιατρών στα νοσοκομεία εργάζονταν περισσότερο από 68 ώρες την εβδομάδα.⁴⁰

2.10 Ισπανία

Ο Νόμος 55/2003 της 16ης Δεκεμβρίου 2003 ρυθμίζει την οργάνωση του χρόνου εργασίας των ιατρών και νοσηλευτών στο δημόσιο σύστημα υγείας και προβλέπει ότι ο μέγιστος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 48 ώρες κατά μέσο όρο σε μια περίοδο 6 μηνών.⁴¹

Ο νόμος προβλέπει επίσης τη περιορισμένη χρήση της ρήτρας opt-out στην Ισπανία. Χρησιμοποιήθηκε μόνο για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές στις δημόσιες μονάδες υγείας, και μόνο όπου κρίθηκε απαραίτητο να διασφαλίζεται η πραγματοποίηση εφημεριών. Με αίτημα ενός νοσοκομείου ή κέντρου υγείας, ένας εργαζόμενος μπορούσε να συμφωνήσει να εργάζεται περισσότερο από το μέγιστο των 48 ωρών την εβδομάδα. Η συμφωνία θα έπρεπε να περιλαμβάνει την ελεύθερη ατομική γραπτή συναίνεση του εργαζομένου. Ένας εργαζόμενος που χρησιμοποίησε τη ρήτρα opt-out δε θα μπορούσε να εργάζεται πάνω από το κανονικό ωράριο των 48 ωρών για περισσότερο από 150 ώρες συνολικά το χρόνο (που ισοδυναμεί με συνολικό χρόνο εργασίας λίγο μεγαλύτερο από 51 ώρες/εβδομάδα, κατά μέσο όρο σε διάστημα 12 μηνών). Η διάταξη αυτή ήταν μεταβατική και έμελλε να λήξει 10 χρόνια αργότερα, το 2013.

Από το Δεκέμβριο του 2013, με τη λήξη της μεταβατικής διάταξης, η ρήτρα opt-out δεν ισχύει πλέον. Αυτή η σχετικά πρόσφατη αλλαγή αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα μεταξύ

⁴⁰ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 16-17.

⁴¹ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 80.

των επαγγελματιών υγείας. Το γεγονός ότι το δημόσιο σύστημα υγείας ρυθμίζεται από αυτόνομες κοινότητες (σε περιφερειακό επίπεδο) αλλά και η οργανωτική πολυπλοκότητα των κέντρων υγείας σχετικά με τις βάρδιες και τις εφημερίες, καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη της προσαρμογή σε αυτές τις νέες συνθήκες του χρόνου εργασίας. Τον Μάρτιο του 2013, οι ιατρικές συνδικαλιστικές οργανώσεις είχαν ήδη διαμαρτυρηθεί ότι το όριο του μέγιστου χρόνου εργασίας 48 ωρών/εβδομάδα δεν τηρείται μεταξύ των ιατρών οι οποίοι εργάζονται πολλές ώρες εν υπηρεσία (για παράδειγμα, οι ιατροί που εργάζονται 24 ώρες στο νοσοκομείο πραγματοποιώντας εφημερίες ευρισκόμενοι σε ορισμένο χώρο), και ότι δεν τηρούνται επίσης οι χρόνοι ανάπαυσης. Αυτό το ζήτημα είναι ιδιαίτερα αμφιλεγόμενο μεταξύ των εκπαιδευόμενων ιατρών. Τον Μάιο του 2014, το ιατρικό συνδικάτο της Σεβίλλης ισχυρίστηκε ότι υπάρχει ακόμη έλλειψη ρυθμιστικού ορισμού σχετικά με τις συνθήκες εργασίας των γιατρών που πραγματοποιούν ενεργείς εφημερίες.⁴²

2.11 Ιταλία

Στην Ιταλία, η μέγιστη διάρκεια του χρόνου εργασίας καθορίζεται με συλλογικές συμβάσεις. Το άρθρο 4 του Νομοθετικού Διατάγματος 66/2003 ορίζει ότι το τακτικό εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας περιορίζεται σε 40 ώρες την εβδομάδα, ενώ ο συνολικός εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας (συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών) δεν θα πρέπει να ξεπερνά κατά μέσο όρο τις 48 ώρες την εβδομάδα. Το Διάταγμα καθορίζει τους κανόνες σχετικά με την υπερωριακή απασχόληση, οι οποίοι εφαρμόζονται εκτός και αν η συλλογική σύμβαση περιλαμβάνει ειδικότερες διατάξεις. Η υπερωριακή απασχόληση θα πρέπει να συμφωνείται ανάμεσα στα ενδιαφερόμενα μέρη, και επιτρέπεται με ανώτατο όριο 250 ωρών ετησίως.

Το άρθρο 4 του Διατάγματος 66/2003 προβλέπει ότι η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέσου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας δεν υπερβαίνει τους 4 μήνες, αν και οι συλλογικές συμβάσεις μπορούν να καθορίζουν ως περίοδο αναφοράς τους 6 μήνες, ή ακόμη και τους 12 μήνες για λόγους που σχετίζονται με την οργάνωση του χρόνου εργασίας.⁴³

Σύμφωνα με νέους κανόνες που θεσπίστηκαν το 2008⁴⁴, διατάξεις της Οδηγίας που ενσωματώνονται στην εθνική νομοθεσία (το όριο του εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας και των ελάχιστων ημερήσιων περιόδων ανάπαυσης) δεν εφαρμόζονται για τα «διευθυντικά στελέχη» που εργάζονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αυτό φάνηκε να δημιουργεί προβλήματα σχετικά με τη συμμόρφωση με την Οδηγία, καθώς οι ιατροί που εργάζονται στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας της Ιταλίας κατατάσσονται επίσημα ως «διευθυντές» σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία και τις συλλογικές συμβάσεις, χωρίς απαραίτητα να απολαμβάνουν διευθυντικά προνόμια ή αυτονομία επί τους χρόνου εργασίας τους.⁴⁵

⁴² Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 15.

⁴³ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 74.

⁴⁴ Νόμος 133/2008, άρθρο 41(13)

⁴⁵ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 74.

Τον Φεβρουάριο του 2014, η Ιταλία παραπέμφθηκε στο Ευρωπαϊκό Δικαστήριο καθώς η νομοθεσία της στερεί από τους ιατρούς το δικαίωμα για όριο στον εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας καθώς και για ελάχιστες περιόδους ημερήσιας ανάπαυσης. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2014) η Ιταλία παραπέμφθηκε στο Δικαστήριο κυρίως γιατί «*αρκετά βασικά δικαιώματα που περιλαμβάνονται στην οδηγία για την οργάνωση του χρόνου εργασίας, όπως το όριο του μέσου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας των 48 ωρών και των ελάχιστων περιόδων ημερήσιας ανάπαυσης 11 συνεχόμενων ωρών, δεν εφαρμόζονται για τα "διευθυντικά στελέχη" που εργάζονται στο εθνικό σύστημα υγείας. Η Οδηγία επιτρέπει στα κράτη μέλη να εξαιρούν τα διευθυντικά στελέχη ή άλλα πρόσωπα εξουσιοδοτημένα να λαμβάνουν αποφάσεις αυτόνομα από αυτά τα δικαιώματα. Ωστόσο, οι ιατροί που εργάζονται στις δημόσιες μονάδες υγείας της Ιταλίας κατατάσσονται επισήμως ως "διευθυντές", χωρίς απαραίτητως να απολαμβάνουν διευθυντικά προνόμια ή αυτονομία στον δικό τους χρόνο εργασίας*».

Τον Οκτώβριο του 2014, το Ιταλικό Κοινοβούλιο υιοθέτησε το νόμο 161 της 30ης Οκτωβρίου 2014 (τον λεγόμενο "Legge europea 2013-bis"), ο οποίος καταργεί τις δύο νομοθετικές διατάξεις που ήταν ασυμβίβαστες με την Οδηγία. Με αυτό το μέτρο, ο μέγιστος μέσος όρος του χρόνου εργασίας των 48 ωρών, που προβλέπεται στο άρθρο 4 του Νομοθετικού Διατάγματος 66/2003, θα εφαρμόζεται σε όλο το προσωπικό του εθνικού συστήματος υγείας ώστε να εναρμονίζεται με την ευρωπαϊκή νομοθεσία. Οι διατάξεις μη συμμόρφωσης θα καταργούνταν μόλις τον Νοέμβριο του 2015 ώστε να μπορέσουν οι Ιταλικές περιφέρειες να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες υγείας τους και να διασφαλίζεται η παροχή του βασικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας. Στη βάση αυτού, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή απέσυρε τη προσφυγή στο Δικαστήριο και έκλεισε την υπόθεση.⁴⁶

2.12 Ολλανδία

Στην Ολλανδία, ο νόμος για τη ρύθμιση του χρόνου εργασίας, που τροποποιήθηκε το 2005, ορίζει ως ανώτατο όριο εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας τις 60 ώρες, και τις 48 ώρες κατά μέσο όρο ανά εβδομάδα, όπως υπολογίζεται σε μια περίοδο 16 εβδομάδων. Ο εργοδότης έχει επίσης το δικαίωμα να ζητήσει από τον εργαζόμενο να πραγματοποιήσει υπερωριακή απασχόληση σε περιστασιακή βάση. Ωστόσο, η υπερωριακή απασχόληση δεν θα πρέπει να έχει ως αποτέλεσμα ο χρόνος εργασίας να ξεπερνά τις 60 ώρες σε μια εβδομάδα ή κατά μέσο όρο τις 48 ώρες ανά εβδομάδα με περίοδο αναφοράς τις 16 εβδομάδες.⁴⁷

Σε αυτό το πλαίσιο, η οργάνωση του χρόνου εργασίας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό με συλλογικές συμβάσεις. Στην Ολλανδία επιτρέπεται η χρήση της ρήτρας opt-out σε τομείς όπου είναι σημαντικός ο χρόνος εφημερίας, όπως στο τομέα της υγείας, και για την οποία θα πρέπει να τηρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- εφαρμόζεται μόνο σε επαγγέλματα που περιλαμβάνουν εφημερίες,
- απαιτείται για τη συνέχεια και τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών,
- απαιτείται συλλογική σύμβαση και ατομική συγκατάθεση του εργαζομένου,

⁴⁶ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 10.

⁴⁷ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 77.

- εφαρμόζεται μόνο όπου παρέχεται άμεση αντισταθμιστική ανάπαυση για κάθε χαμένη ημερήσια ή εβδομαδιαία ανάπαυση,
- μέγιστο όριο 60 ωρών κατά μέσο όρο ανά εβδομάδα συμπεριλαμβανομένων των εφημεριών, με περίοδο αναφοράς τις 26 εβδομάδες.⁴⁸

2.13 Κύπρος

Στην Κύπρο, το άρθρο 7 του Νόμου περί Οργάνωσης του Χρόνου Εργασίας (63(I) του 2002) αναφέρει ότι "ο χρόνος εργασίας, ανά εβδομάδα, δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 48 ώρες κατά μέσον όρο, συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών". Η περίοδος αναφοράς είναι 4 μήνες και κατά τον υπολογισμό του μέσου όρου οι περίοδοι ετήσιας άδειας μετ' αποδοχών και οι περίοδοι αδείας ασθενείας δε συνεκτιμώνται ή είναι ουδέτερες.⁴⁹ Στην Κύπρο εφαρμόζεται η ρήτρα opt-out σε όλους του τομείς (τηρούμενων όμως των γενικών αρχών προστασίας της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων). Η περίοδος αναφοράς μπορεί να παραταθεί μέχρι τους 6 μήνες στις περιπτώσεις που προβλέπονται από το άρθρο 17 (3) της Οδηγίας, και μέχρι τους 12 μήνες με συλλογική σύμβαση όπως προβλέπει το άρθρο 19 της Οδηγίας. Όπως επισημαίνουν οι εθνικές αρχές, περίπου 75% των εργαζομένων καλύπτονται με συλλογικές συμβάσεις οι οποίες ρυθμίζουν σε γενικές γραμμές ότι ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας δεν υπερβαίνει τις 38-40 ώρες.⁵⁰

Αναφορικά με τη συναίνεση του εργαζομένου, ο νόμος δεν αναφέρει ρητά ότι θα πρέπει να υπάρχει γραπτή συναίνεση. Ωστόσο, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20d του ίδιου κανονισμού, οι επιθεωρητές μπορούν να έχουν πρόσβαση στα αρχεία που σχετίζονται με την οργάνωση του χρόνου εργασίας ανά πάσα στιγμή και να ζητούν οποιαδήποτε σχετική απόδειξη. Μπορεί να θεωρηθεί ότι "αρχεία" θεωρούνται όσα είναι σε γραπτή μορφή.⁵¹

Όσον αφορά τους ασκούμενους ιατρούς, οι παρεκκλίσεις για μεταβατική περίοδο που προβλέπει το άρθρο 17 (5) εφαρμόστηκαν πλήρως μέχρι τις 31 Ιουλίου 2009. Η εθνική νομοθεσία φαίνεται να προβλέπει ως μέγιστο τις 52 ώρες κατά μέσο όρο ανά εβδομάδα από αυτή την ημερομηνία. Αυτό υπερβαίνει τα όρια που θέτει το άρθρο 17(5), ωστόσο, οι εθνικές αρχές δηλώνουν ότι η νομοθεσία πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι προβλέπει ως όριο τις 48 ώρες από την 1η Ιουλίου 2009. Η Κύπρος παρεκκλίνει επίσης, όσον αφορά τους ειδικευόμενους ιατρούς, από το άρθρο 16 παρ. β, το οποίο προβλέπει ότι η ετήσια άδεια και η άδεια ασθενείας δεν συνεκτιμώνται κατά τον υπολογισμό του μέσου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας. Ωστόσο, οι εθνικές αρχές δηλώνουν ότι δεν εφαρμόζεται πραγματικά αυτή η δυνατότητα, δεδομένου ότι θα ήταν οπισθοδρομική σε σχέση με την υφιστάμενη κατάσταση.⁵²

⁴⁸ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 10.

⁴⁹ Περί της Οργάνωσης του Χρόνου Εργασίας Νόμος του 2002

⁵⁰ European Commission (2010), όπ. π., σελ. 65.

⁵¹ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 6.

⁵² European Commission (2010), όπ. π., σελ. 30.

2.14 Λετονία

Στην Λετονία, ο νόμος για την ιατρική περίθαλψη που ψηφίστηκε στις 12 Ιουνίου 1997, τροποποιήθηκε στις 18 Απριλίου 2009 προβλέποντας συγκεκριμένες διατάξεις σχετικά με την παράταση του χρόνου εργασίας των ιατρών. Η τελευταία τροποποίηση, στις 21 Ιουνίου 2012, ορίζει ότι αυτοί οι κανόνες ισχύουν επίσης και για το μη ιατρικό προσωπικό των επειγουσών υπηρεσιών. Η ρήτρα opt-out εφαρμόζεται ώστε να διασφαλίζεται η γενική πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα, με πρωτοβουλία του γιατρού ή του νοσηλευτικού ιδρύματος. Ο νόμος ορίζει ότι οι κανόνες των εργασιακών σχέσεων ισχύουν για τους γιατρούς στον βαθμό που δεν ορίζεται διαφορετικά στον νόμο για την ιατρική περίθαλψη. Αυτός ο νόμος επιτρέπει τη παράταση του κανονικού εργασιακού ωραρίου ενός ιατρού εφόσον αυτή δεν υπερβαίνει τις 60 ώρες ανά εβδομάδα και τις 240 ώρες ανά μήνα και καθώς τηρούνται οι γενικές αρχές της ασφάλειας εργασίας και της προστασίας υγείας. Οι εργαζόμενοι που δεν συμφωνούν με τη παράταση του κανονικού ωραρίου εργασίας δεν είναι δυνατό να τους επιβληθούν κυρώσεις ή να υφίστανται ζημιά. Ο ενδιαφερόμενος οργανισμός θα πρέπει να λαμβάνει γραπτή συναίνεση από τους εργαζομένους για τη παράταση των ωρών εργασίας, να τηρεί αρχεία αυτών των περιπτώσεων και να παρέχει όλες τις σχετικές πληροφορίες στην επιθεώρηση εργασίας.⁵³

2.15 Λιθουανία

Το άρθρο 148 του Εργατικού Κώδικα επιτρέπει στην Κυβέρνηση να καθορίζει συγκεκριμένους κανόνες για την οργάνωση του χρόνου εργασίας σε ορισμένους τομείς, μεταξύ των οποίων και της υγείας. Το ψήφισμα της Κυβερνήσεως υπ' αριθ. 411 της 29^{ης} Απριλίου 2009 ορίζει ότι ο κανονικός χρόνος εργασίας του ειδικευμένου ιατρικού προσωπικού και του λοιπού προσωπικού που εργάζεται με αυτούς ή διαχειρίζεται ασθενείς, είναι 38 ώρες ανά εβδομάδα.

Το ψήφισμα της Κυβερνήσεως αριθ. 587/2003 της 14^{ης} Μαΐου 2003 (όσον αφορά τις παρεκκλίσεις και τις εξαιρέσεις) προβλέπει ότι η περίοδος αναφοράς δεν θα πρέπει να ξεπερνά το ένα έτος για τους τομείς που αναφέρονται στο άρθρο 148 (μεταξύ των οποίων και ο τομέας της υγείας). Ωστόσο, στο βαθμό που αυτοί οι τομείς καλύπτονται από την ευρωπαϊκή οδηγία, η τελευταία δεν επιτρέπει να καθορίζεται με νομοθεσία περίοδος αναφοράς άνω των 4 μηνών, εκτός αν πληρούνται οι απαιτήσεις του άρθρου 17(3), ή περίοδος άνω των 6 μηνών, με νομοθεσία σε κάθε περίπτωση.⁵⁴

2.16 Λουξεμβούργο

Η εθνική νομοθεσία προβλέπει ότι το κανονικό ωράριο εργασίας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 8 ώρες εργασίας την ημέρα και τις 40 ώρες ανά εβδομάδα. Ο συνολικός χρόνος εργασίας δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 10 ώρες την ημέρα και τις 48 ώρες ανά

⁵³ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 9-10.

⁵⁴ European Commission (2010), όπ. π., σελ. 76.

εβδομάδα. Ως εκ τούτου, το τυπικό ανώτατο όριο είναι 40 ώρες, οι οποίες μπορούν να αυξηθούν κατ' εξαίρεση σε 44 ώρες και, σε ορισμένες περιπτώσεις, σε 48 ώρες την εβδομάδα. Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέσου όρου ανά εβδομάδα είναι 4 εβδομάδες.⁵⁵

2.17 Μάλτα

Στην Μάλτα, οι Ρυθμίσεις περί Οργάνωσης του Χρόνου Εργασίας του 2003 (κανόνας 7) προβλέπουν ότι ο μέσος χρόνος εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών, για κάθε περίοδο επτά ημερών δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 48 ώρες. Αποτελεί υποχρέωση του εργοδότη να διασφαλίζει ότι τηρείται αυτό το όριο, προς το συμφέρον της υγείας και ασφάλειας των εργαζομένων. Η περίοδος αναφοράς είναι συνήθως 17 εβδομάδες, αν και με συλλογικές συμβάσεις μπορεί να παρατείνεται στο μέγιστο των 52 εβδομάδων. Η ρήτρα ort-out εφαρμόζεται σε όλους τους τομείς για όλους τους εργαζομένους.⁵⁶ Οι εθνικές αρχές αναφέρουν ότι η ιδιαίτερη κατάσταση και το περιορισμένο μέγεθος της Μάλτας καθιστούν αναγκαία τη χρήση της ρήτρας ort-out στη παροχή υπηρεσιών υγείας.⁵⁷

2.18 Ουγγαρία

Στην Ουγγαρία, η λειτουργία του συστήματος υγείας αντιμετωπίζει από καιρό προβλήματα λόγω της έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού. Ως εκ τούτου, η κυβέρνηση και το κοινοβούλιο αποφάσισαν, ήδη από το 2003, τη παρέκκλιση από το μέγιστο εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας των 48 ωρών που προβλέπει η Οδηγία. Οι τροποποιήσεις επιβεβαίωσαν τη χρήση της ρήτρας ort-out ενώ προσάρμοσαν τη διατύπωση της νομοθεσίας ώστε να εναρμονιστεί πλήρως με την Οδηγία, τις σχετικές ευρωπαϊκές αποφάσεις και τον νέο Εργατικό Κώδικα (Νόμος 1 του 2012). Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να εργαστούν πάνω από τον κανονικό εβδομαδιαίο χρόνο των 40 ωρών ή το μέγιστο μέσο όρο των 48 ωρών. Αυτή η εθελοντική πρόσθετη εργασία μπορεί να λάβει τη μορφή εφημερίας ή "συνηθισμένης" υπερωριακής απασχόλησης ("ordinary" overtime). Κατά τη διάρκεια εφημερίας οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας εκτελούν καθήκοντα μόνο στη περίπτωση που είναι αναγκαία για την ομαλή λειτουργία των ιδρυμάτων υγειονομικής περίθαλψης ή που δεν μπορούν να καθυστερήσουν μέχρι να ξεκινήσει το κανονικό ωράριο της επόμενης ημέρας. Ο χρόνος εφημερίας θεωρείται ως χρόνος εργασίας - με άλλα λόγια, τόσο ο χρόνος των πραγματικών ιατρικών δραστηριοτήτων όσο και ο χρόνος που ο εργαζόμενος είναι έτοιμος και προετοιμασμένος να αναλάβει τέτοιες δραστηριότητες όποτε του ζητηθεί. Κατά τη διάρκεια της συνηθισμένης υπερωρίας, που χρησιμοποιείται λιγότερο στο τομέα της υγείας, οι εργαζόμενοι υγείας εκτελούν τις ίδιες ιατρικές δραστηριότητες με το κανονικό ωράριο εργασίας.

⁵⁵ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 76.

⁵⁶ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 6-7.

⁵⁷ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 31.

Η επιπλέον εργασία δεν θα πρέπει να ξεπερνά κατά μέσο όρο τις 12 ώρες/εβδομάδα, ή τις 24 ώρες/εβδομάδα, αν η επιπλέον εργασία αποτελεί αποκλειστικά χρόνος εφημερίας. Στη πράξη, αυτό σημαίνει ότι οι κανονικές ώρες εργασίας συν τις εφημερίες συν τη συνηθισμένη υπερωριακή απασχόληση δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 60 ώρες/εβδομάδα, ή τις 72 ώρες αν ο εργαζόμενος πραγματοποιεί αποκλειστικά ώρες εφημερίας. Οι ώρες εφημερίας σε συνδυασμό με τις συνηθισμένες υπερωρίες δεν θα πρέπει να ξεπερνούν από κοινού τις 416 ώρες το χρόνο (λαμβάνοντας υπόψη ως βάση 40 ώρες εργασία/εβδομάδα).

Οι απαιτήσεις για την εφαρμογή της ρήτρας opt-out στον τομέα υγείας της Ουγγαρίας ακολουθούν αυτές που διατυπώνονται στο άρθρο 22 της Οδηγίας, συμπεριλαμβανομένων:

- Οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας δεν μπορούν να υποχρεωθούν να αναλάβουν πρόσθετη εργασία,
- Ο εργαζόμενος και ο εργοδότης θα πρέπει να υπογράψουν γραπτή συμφωνία για την επιπλέον εργασία,
- Η συμφωνία θα πρέπει να είναι αορίστου χρόνου,
- Ο εργοδότης θα πρέπει να διατηρεί αρχεία για τη πρόσθετη εργασία που πραγματοποιείται,
- Η κρατική διοίκηση υγείας μπορεί να απαγορεύσει ή να περιορίσει την εργασία σε 48 ώρες/εβδομάδα για επαγγελματικούς λόγους.

2.19 Πολωνία

Η οργάνωση του χρόνου εργασίας των ιατρών που απασχολούνται στους δημόσιους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας στη Πολωνία καθορίζεται με ειδική νομοθεσία, τον Νόμο 91/1991 για τα Ιδρύματα Υγειονομικής Περίθαλψης ("ZOZ"). Μέχρι την 1η Ιανουαρίου 2008, η νομοθεσία δεν ήταν σύμφωνη με τις διατάξεις της ευρωπαϊκής οδηγίας. Τα κυριότερα ζητήματα αφορούσαν:

- ο χρόνος εφημερίας στο χώρο εργασίας δεν υπολογίζονταν ως χρόνος εργασίας (όπως προβλέπεται από τις αποφάσεις του Δικαστηρίου στις υποθέσεις SIMAP και Jaeger),
- δεν παρέχονταν στους ιατρούς αντισταθμιστική ανάπαυση για το χρόνο εφημερίας κατά τη διάρκεια ελάχιστων περιόδων ανάπαυση που προβλέπει η Οδηγία,
- ο χρόνος εργασίας των ιατρών (συμπεριλαμβανομένων των εφημεριών) ξεπερνούσε σε μεγάλο βαθμό τα όρια του μέσου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας που καθορίζει η Οδηγία (48 ώρες ανά εβδομάδα συμπεριλαμβανομένης της υπερωριακής απασχόλησης).

Με απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου αναγνωρίστηκε ότι η έννοια του χρόνου εργασίας πρέπει να ερμηνεύεται σύμφωνα με τις διατάξεις της ευρωπαϊκής νομοθεσίας. Ως εκ τούτου, οι εθνικές αρχές τροποποίησαν τη νομοθεσία για τις υπηρεσίες υγείας ("ZOZ") με τροποποιητικό νόμο της 27ης Αυγούστου 2007 ο οποίος τέθηκε σε ισχύ την 1η Ιανουαρίου 2008. Σύμφωνα με τη τροποποίηση αυτή, η νομοθεσία στη Πολωνία σε σχέση με τα προαναφερόμενα ζητήματα καθορίζει τα εξής⁵⁸:

⁵⁸ European Parliament (2008). CM\756211EN.doc.

- όλες οι περίοδοι εφημερίας στο χώρο εργασίας προσμετρώνται ως χρόνος εργασίας,
- ισοδύναμη αντισταθμιστική ανάπαυση παρέχεται όταν ο ιατρός απολέσει τις ελάχιστες περιόδους ημερήσιας ή εβδομαδιαίας ανάπαυσης που καθορίζει η Οδηγία,
- ο εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας (συμπεριλαμβανομένου του χρόνου εφημερίας και της υπερωριακής απασχόλησης) δεν θα πρέπει να υπερβαίνει κατά μέσο όρο τις 48 ώρες ανά εβδομάδα, εκτός και αν ο κάθε εργαζόμενος ξεχωριστά συναινεί σύμφωνα με τη ρήτρα opt-out που προβλέπει το άρθρο 22 της Οδηγίας.

Οι εθνικές αρχές δήλωσαν ότι η συμμόρφωση με τις αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου σε αυτόν τον τομέα θα επιβάλει σημαντικές προκλήσεις στη χρηματοδότηση και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, και για αυτό το λόγο επέτρεψαν τη χρήση της δυνατότητας opt-out στο τομέα της υγείας την ίδια στιγμή με τη τροποποίηση των διατάξεων σχετικά με το χρόνο εφημερίας.⁵⁹

Αυτό προβλέπεται και από το άρθρο 96 του νόμου για τις ιατρικές δραστηριότητες της 15ης Απριλίου 2011 (Ustawa o działalności leczniczej), όπου οι εργαζόμενοι των ιατρικών επαγγελματιών μπορούν να συναινέσουν, γραπτώς, να εργαστούν περισσότερο από 48 ώρες την εβδομάδα. Η νομοθεσία της Πολωνίας ακολουθεί τις διατάξεις του άρθρου 22 (1) της Οδηγίας καθώς οι εργοδότες δεν επιτρέπεται να κάνουν διακρίσεις εις βάρος των εργαζομένων που δεν συμφωνούν με τη ρήτρα opt-out (άρθρο 96 παρ. 4). Η εργασία που υπερβαίνει τις 48 ώρες/εβδομάδα θα πρέπει να αποζημιώνεται ως υπερωρία (άρθρο 96 παρ. 7 του νόμου για τις ιατρικές δραστηριότητες και άρθρο 151 (1) του εργατικού κώδικα). Το 2014 ένας Ιταλός γιατρός που εργάζεται στην Πολωνία, προσέφυγε στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή⁶⁰ ισχυριζόμενος ότι πολλά νοσοκομεία της χώρας παραβιάζουν τις διατάξεις της Οδηγίας, ιδιαίτερα προσλαμβάνοντας αυτοαπασχολούμενους γιατρούς (με συμβάσεις έργου). Η Επιτροπή αποφάνθηκε ότι οι διατάξεις της Οδηγίας δεν ισχύουν για τους αυτοαπασχολούμενους.⁶¹

2.20 Πορτογαλία

Ο Εργατικός Κώδικας ορίζει στο άρθρο 169 ότι ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών, δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τις 48 ώρες. Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέσου όρου χρόνου εργασίας είναι 4 μήνες, ή 6 μήνες σε διάφορες δραστηριότητες που προβλέπονται από τα άρθρα 17.1 και 17.3 της Οδηγίας. Η περίοδος αναφοράς που δεν θα ξεπερνά τους 12 μήνες καθορίζεται με συλλογική σύμβαση.

Μέχρι το 2009, παρουσιαζόταν πρόβλημα αναφορικά με το χρόνο εργασίας των ιατρών, που διέπεται με συγκεκριμένη κλαδική νομοθεσία και όχι από τον Εργατικό Κώδικα. Η νομοθεσία αυτή⁶² προέβλεπε τακτικό εβδομαδιαίο ωράριο εργασίας 42 ωρών, αλλά με την

⁵⁹ Ludwik, F. (2013). Problems of the implementation of EU labour law in Poland. *Anales Universitatis Apulensis Series Jurisprudentia*, (16).

⁶⁰ Αναφορά αριθ. 0442/2014 από Flavio Cardone.

⁶¹ http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2014_2019/documents/peti/cm/1063/1063589/1063589en.pdf

⁶² Νομοθετικό Διάταγμα 73/90 της 6^{ης} Μαρτίου 1990 (όπως τροποποιήθηκε με το Νομοθετικό Διάταγμα 412/99, της 15^{ης} Οκτωβρίου 1999).

υποχρεωτική υπερωριακή απασχόληση 12 ωρών την εβδομάδα, με αποτέλεσμα ο μέσος όρος του χρόνου εργασίας να φθάνει τις 54 ώρες ανά εβδομάδα. Η τροποποίηση αυτών των κανόνων το 2009⁶³ προβλέπει τακτικό χρόνο εργασίας 35 ωρών ανά εβδομάδα και μέχρι 12 ώρες υπερωριακή απασχόληση ανά εβδομάδα, αλλά με μέγιστη υπερωριακή απασχόληση τις 200 ώρες ετησίως, οδηγώντας σε συνολικό μέσο όρο τις 39 ώρες ανά εβδομάδα.⁶⁴

2.21 Ρουμανία

Το άρθρο 109 του Εργατικού Κώδικα ορίζει ότι ο κανονικός χρόνος εργασίας ανέρχεται σε 8 ώρες την ημέρα και 40 ώρες την εβδομάδα. Το άρθρο 111, όπως τροποποιήθηκε το 2005, ορίζει ότι ο μέγιστος νόμιμος χρόνος εργασίας, συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών, δεν θα πρέπει να ξεπερνά κατά μέσο όρο τις 48 ώρες την εβδομάδα.

Το άρθρο 111 προβλέπει επίσης ότι η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέσου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας είναι συνήθως 3 μήνες. Μεγαλύτεροι περίοδοι αναφοράς, που δεν υπερβαίνουν τους 12 μήνες, αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης με κλαδική συλλογική σύμβαση, σε δραστηριότητες ή τομείς που καθορίζονται στο πλαίσιο της ενιαίας συλλογικής σύμβασης εργασίας σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, η συλλογική σύμβαση που διέπει τον τομέα της υγείας θέτει όρια στον εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας που είναι ευνοϊκότερα για τους εργαζομένους από αυτά που αναφέρθηκαν ανωτέρω, και συγκεκριμένα: μέγιστος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας 48 ωρών συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών, κατά μέσο όρο σε μια περίοδο αναφοράς ενός μηνός.⁶⁵

Οι εθνικές αρχές αναφέρουν ότι ο Εργατικός Κώδικας δεν έχει κάνει χρήση οποιονδήποτε παρεκκλίσεων που προβλέπει το άρθρο 17(1), 17(3) ή 17(5) της Οδηγίας, και ότι δεν περιλαμβάνονται διατάξεις για χρήση της ρήτρας opt-out στην εθνική νομοθεσία.⁶⁶

2.22 Σλοβακία

Το άρθρο 85(9) του Εργατικού Κώδικα προβλέπει ότι ο μέγιστος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας (συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών) δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 48 ώρες. Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέγιστου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας είναι συνήθως τέσσερις μήνες, αλλά μπορεί να παραταθεί στο μέγιστο των δώδεκα μηνών με συμφωνία μεταξύ του εργοδότη και των εκπροσώπων των εργαζομένων (άρθρο 97). Οι εθνικές αρχές δήλωσαν ότι με τη καταμέτρηση του χρόνου εφημερίας ως χρόνου εργασίας παρουσιάζονται προκλήσεις για τη παροχή κατάλληλης συνεχιζόμενης ιατρικής φροντίδας, καθώς η υπερωριακή απασχόληση σε αυτό τον τομέα ήταν ήδη γενικά στο μέγιστο όριο.

⁶³ Τροποποιητικός νόμος 45/2009 της 13^{ης} Φεβρουαρίου: Άρθρο 13.3 (εφαρμογή των ορίων υπερωριακής απασχόλησης που περιέχονται στο άρθρο 161 (1)(a) του Regime Jurídico do Contrato de Trabalho em Funções Públicas, Σεπτέμβριος 2008, δημοσιευμένος ως Παράρτημα Ι του Νόμου 59/2008 του ενοποιημένου κειμένου).

⁶⁴ European Commission (2010), ό.π., σελ. 78.

⁶⁵ Συλλογική Σύμβαση Εργασίας του κλάδου της υγείας, 2005-2007, άρθρο 107(1).

⁶⁶ European Commission (2010), ό.π., σελ. 78.

Περισσότεροι ιατροί θα έπρεπε να προσληφθούν, αλλά αυτό παρουσιάζεται δύσκολο εξαιτίας της έλλειψης εξειδικευμένου προσωπικού.⁶⁷

Στη Σλοβακία εφαρμόζεται η ρήτρα opt-out για τους εργαζομένους στο τομέα της υγείας σύμφωνα με τον Εργατικό Κώδικα. Η υπερωριακή απασχόληση για εργαζόμενο της υγείας δεν θα πρέπει να ξεπερνά κατά μέσο όρο τις 16 ώρες/εβδομάδα σε μια περίοδο όχι μεγαλύτερη των τεσσάρων συνεχόμενων μηνών (αν ο εργοδότης δεν έχει συμφωνήσει μια μεγαλύτερη περίοδο με τους εκπροσώπους των εργαζομένων - σε κάθε περίπτωση, το πολύ 12 συνεχόμενους μήνες). Αυτό σημαίνει ότι ο μέγιστος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας αυτών των εργαζομένων μπορεί να είναι 56 ώρες. Εντούτοις, η συνολική υπερωριακή απασχόληση των εργαζομένων υγείας δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το επιτρεπόμενο μέγιστο όριο των 400 ωρών το χρόνο.⁶⁸

2.23 Σλοβενία

Στη Σλοβενία, ο Νόμος για τις Ιατρικές Υπηρεσίες του 2004 προβλέπει μέγιστο εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας 48 ωρών, αλλά το άρθρο 52 επιτρέπει τη χρήση της ρήτρας opt-out (εφαρμόζεται μόνο στο τομέα της υγείας). Οι διατάξεις προστασίας του άρθρου 22 (1) (α) έως (ε) της Οδηγίας φαίνεται να έχουν μεταφερθεί σωστά. Ο νόμος για τις ιατρικές υπηρεσίες ορίζει επίσης ότι η συμφωνία ρήτρας opt-out θα πρέπει να αναφέρει τον αριθμό των εβδομαδιαίων ωρών υπερωριακής απασχόλησης, και για τη περίοδο που εξακολουθεί να ισχύει η ρήτρα opt-out. Η ρήτρα opt-out χρησιμοποιείται σε μεγάλο βαθμό στο σύστημα υγείας της Σλοβενίας, αν και δεν είναι διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία. Δεν έχουν υπάρξει πρόσφατες νομοθετικές αλλαγές σχετικά με τη ρύθμιση της υπερωριακής απασχόλησης στο τομέα.⁶⁹

2.24 Σουηδία

Το κεφάλαιο 10α του Νόμου περί οργάνωσης ωρών εργασίας (όπως τροποποιήθηκε το 2005) προβλέπει ότι ο μέσος χρόνος εργασίας για κάθε περίοδο επτά ημερών, συμπεριλαμβανομένης της υπερωριακής απασχόλησης, δεν θα πρέπει να ξεπερνά τις 48 ώρες. Η περίοδος αναφοράς για τον υπολογισμό του μέσου όρου είναι 4 μήνες.⁷⁰

Στη Σουηδία, δεν παρατηρείται έλλειψη ιατρών και ο κάθε ένας εργάζεται κατά μέσο όρο 40 ώρες την εβδομάδα. Ο μέσος ετήσιος αριθμός επεμβάσεων ανά χειρουργό (150 - 200) είναι μικρότερος από το Ηνωμένο Βασίλειο και οι μεγαλύτερες μονάδες είναι ιδιαίτερα εξειδικευμένες. Τα σχήματα αποζημίωσης των εφημεριών είναι ιδιαίτερα γενναιόδωρα (2 ώρες για κάθε 1 ώρα) και κάθε χειρουργός μπορεί συνήθως να λάβει άδεια 8 με 10 εβδομάδες ετησίως. Έτσι η συμμόρφωση με την Οδηγία δεν αποτελεί πρόβλημα στη Σουηδία.

⁶⁷ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 79.

⁶⁸ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 10.

⁶⁹ Eurofound (2015), όπ.π., σελ. 10.

⁷⁰ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 81.

2.25 Τσεχική Δημοκρατία

Στην Τσεχία, η παρέκκλιση από τις διατάξεις της ευρωπαϊκής οδηγίας, όπως καθορίζονται στο άρθρο 22, εφαρμόστηκε προσωρινά για το ιατρικό προσωπικό, από τον Οκτώβριο του 2008 έως τον Δεκέμβριο του 2013. Παράταση του ορίου εβδομαδιαίου χρόνου εργασίας των 48 ωρών επιτρεπόταν με το άρθρο 93α του Εργατικού Κώδικα (Labour Code) (Νόμος 262/2006, όπως τροποποιήθηκε από τον Νόμο 294/2008), το οποίο προέβλεπε ότι οι εργαζόμενοι στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης με συνεχή λειτουργία θα μπορούσαν να συμφωνήσουν με τους εργοδότες για ένα μεγαλύτερο αριθμό ωρών υπερωρίας από αυτό που θα αντιστοιχούσε στο θεσμοθετημένο όριο. Αιτία της παρέκκλισης αποτέλεσε η έλλειψη ιατρικού προσωπικού. Εκτός από του όρους που απορρέουν από το άρθρο 22 της Οδηγίας, ο Εργατικός Κώδικας καθόριζε τον μέγιστο αριθμό ωρών υπερωριακής απασχόλησης πάνω από το θεσμοθετημένο εβδομαδιαίο όριο, ο οποίος είναι κατά μέσο όρο 8 ώρες ανά εβδομάδα (12 ώρες/εβδομάδα στη περίπτωση των επειγουσών ιατρικών υπηρεσιών) μέσα σε μια περίοδο 26 διαδοχικών εβδομάδων, εκτός και αν με συλλογική σύμβαση επεκτείνεται η περίοδος αυτή στο μέγιστο των 52 διαδοχικών εβδομάδων. Η συμφωνία μεταξύ ενός εργαζομένου και ενός εργοδότη για την παράταση των ωρών υπερωριακής απασχόλησης θα έπρεπε να συναφθεί γραπτώς, δεν θα μπορούσε να συναφθεί κατά τη διάρκεια των πρώτων 12 εβδομάδων από την ημερομηνία έναρξης της σχέσης εργασίας, δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί για περίοδο μεγαλύτερη των 52 διαδοχικών εβδομάδων, και θα μπορούσε να λυθεί με άμεση ισχύ, ακόμη και χωρίς την αιτιολόγηση, σε μια περίοδο 12 εβδομάδων από τη σύναψή της. Η προσωρινή παρέκκλιση δεν παρατάθηκε. Το Υπουργείο Υγείας επισήμως απαγόρευσε όλες τις παράνομες πρακτικές διασφαλίζοντας ότι το νομικό πλαίσιο εναρμονίζεται με την ευρωπαϊκή νομοθεσία.⁷¹

Στους πρώτους μήνες του 2014 φάνηκε ότι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας δεν ήταν προετοιμασμένοι για την αλλαγή στην οργάνωση του χρόνου εργασίας, ιδιαίτερα εξαιτίας της έλλειψης ιατρών και πόρων για προσλήψεις. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η παροχή μόνιμης περίθαλψης δεν ήταν δυνατή χωρίς τη χρήση των "συμβάσεων παροχής υπηρεσιών" (συμφωνίες για την ολοκλήρωση έργου ή διενέργεια εργασίας που δεν δημιουργούν εργασιακές σχέσεις). Τόσο το Τσέχικο Ιατρικό Επιμελητήριο (ČLK) όσο και οι συνδικαλιστικές οργανώσεις του τομέα της υγείας, και ιδιαίτερα αυτή των γιατρών (LOK-SČL) επέκριναν αυτή τη πρακτική, η οποία θεωρούν ότι αντιτίθεται τόσο στην τσεχική όσο και στην ευρωπαϊκή νομοθεσία, και ζήτησαν από τους εργοδότες να συμμορφωθούν με το νόμο. Μεταξύ άλλων ενστάσεων, προειδοποίησαν για τον υψηλό κίνδυνο λαθών που πραγματοποιούνται από καταπονημένους ιατρούς και έκαναν έκκληση για μεγαλύτερη υποστήριξη των ιατρών, βελτίωση της ιατρικής εκπαίδευσης και υψηλότερους μισθούς. Τόσο οι συνδικαλιστικές οργανώσεις όσο και οι εργοδότες του τομέα επέκριναν τη κυβέρνηση και κυρίως το Υπουργείο Υγείας για χαλαρή προσέγγιση και το κατέκριναν για το ότι δεν αναζήτησε λύσεις τη περίοδο που ίσχυε ακόμη η ρήτρα opt-out.⁷²

Το Υπουργείο Υγείας, το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Θεμάτων (MoLSA) και το υφιστάμενο σώμα του η Εθνική Επιθεώρηση Εργασίας (SÚIP) έδειξαν προσωρινά ανοχή

⁷¹ Eurofound (2015), όπ.π., σελ.14-15.

⁷² Eurofound (2015), όπ.π., σελ.14-15.

στην υφιστάμενη πρακτική ελλείπει άλλων λύσεων. Το ζήτημα της υπερωριακής απασχόλησης στην υγεία, αποτέλεσε ουσιαστικά αντικείμενο εντατικών διαβουλεύσεων το 2014. Ο νέος Υπουργός Υγείας Svatopluk Němeček (Σοσιαλδημοκρατικό Κόμμα Τσεχίας, ČSSD) υποσχέθηκε στους κοινωνικούς εταίρους ότι θα προετοίμαζε συστηματικά μέτρα για την επίλυση του ζητήματος σύμφωνα με τις απαιτήσεις των εργατικών συνδικάτων και του ιατρικού επιμελητηρίου. Όπως ανέφερε, η υπάρχουσα πρακτική δεν μπορεί να γίνει ανεκτή αρχής γενομένης από το 2015. Ύστερα από διαβούλευση με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, ο Υπουργός Υγείας παρουσίασε μια μεταρρύθμιση του εκπαιδευτικού συστήματος στην υγεία, η οποία έχει ως στόχο να συμβάλλει σε μια περισσότερο αποτελεσματική και ισόρροπη χρήση των ικανοτήτων του ιατρικού προσωπικού. Οι τροποποιήσεις της σχετικής νομοθεσίας θα εγκρίνονταν εντός του 2015. Η συνδικαλιστική οργάνωση των ιατρών της Τσεχίας (LOK-SCL) ανέφερε τον Σεπτέμβριο του 2015 ότι εξετάζει το ενδεχόμενο να υποβάλλει καταγγελία στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή για μη συμμόρφωση με την Οδηγία.⁷³

2.26 Φινλανδία

Ο Νόμος για το Χρόνο Εργασίας του 1996 εφαρμόζεται τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα και προβλέπει ότι το κανονικό ωράριο εργασίας περιορίζεται στο μέγιστο των 40 ωρών ανά εβδομάδα, ενώ οι ώρες υπερωριακής απασχόλησης δεν θα πρέπει να ξεπερνούν τις 138 ώρες ανά 4 μήνες, ή τις 250 ώρες σε ένα ημερολογιακό έτος. Με συλλογικές συμβάσεις, και συμβάσεις σε τοπικό επίπεδο μεταξύ του εργοδότη και των εκλεγμένων αντιπροσώπων των εργαζομένων, είναι δυνατή η παρέκκλιση από τα όρια που καθορίζει η νομοθεσία. Ωστόσο, τέτοιες παρεκκλίσεις μπορεί να μην προβλέπονται για εβδομαδιαίο χρόνο εργασίας άνω των 40 ωρών (κατά μέσο όρο όχι περισσότερο από 52 εβδομάδες), ή για υπερωριακή απασχόληση που υπερβαίνει τις 80 ώρες σε ένα ημερολογιακό έτος. Στη πράξη, οι συλλογικές συμβάσεις προβλέπουν συχνά ευνοϊκότερους όρους, με περίοδο αναφοράς συνήθως τους 12 μήνες. Συνεπώς, η εθνική νομοθεσία είναι ευνοϊκότερη για τους εργαζομένους, από ότι προβλέπουν οι διατάξεις της Οδηγίας.⁷⁴

⁷³ <http://www.fems.net/fr/page/national/Czech%20Republic.html>

⁷⁴ European Commission (2010), όπ.π., σελ. 67.

3. ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ 2003/88/ΕΚ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σε όλα τα κράτη μέλη, υπάρχει εθνική νομοθεσία για την οργάνωση του χρόνου εργασίας που ενσωματώνει τις απαιτήσεις της Οδηγίας. Ωστόσο, η εφαρμογή των διατάξεων της τίθεται στη διακριτική ευχέρεια του κάθε νοσοκομείου. Ορισμένα ιατρικά τμήματα, όπως το τμήμα επειγόντων περιστατικών, η μαιευτική και γυναικολογική κλινική, η χειρουργική κλινική και το αναισθησιολογικό τμήμα, δύναται να οργανώνουν το χρόνο εργασίας τους διαφορετικά από τα άλλα τμήματα και τις κλινικές καθώς έχουν καθήκον να παρέχουν συνεχή φροντίδα. Σε αυτές τις μονάδες, τόσο οι ιατροί, και σε μικρότερο βαθμό οι νοσηλευτές, μπορούσαν να εργάζονται "άτυπες" ώρες (π.χ. περισσότερες από 13 ώρες συνεχόμενη εργασία, αναβολή καθημερινής και αντισταθμιστικής ανάπαυσης, περισσότερες από 48 ώρες/εβδομάδα). Αυτές οι ιατρικές ειδικότητες επηρεάστηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αποφάσεις SIMAP/Jaeger.⁷⁵

3.1 Πρακτική εφαρμογή της Οδηγίας στα δημόσια νοσοκομεία των κρατών μελών

Προκειμένου να συμμορφωθούν με τις διατάξεις της ευρωπαϊκής οδηγίας, καθώς επίσης και με ακόμη πιο περιοριστικούς εθνικούς κανονισμούς, τα νοσοκομεία και οι εθνικές αρχές ανέπτυξαν διάφορες παρεμβάσεις και λύσεις⁷⁶:

1. Αύξηση του προϋπολογισμού για τη πρόσληψη πρόσθετου προσωπικού (π.χ. Γερμανία, Γαλλία, ΗΒ)

Οι εθνικές αρχές παρείχαν χρηματοδότηση στα δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να προσλάβουν επιπλέον προσωπικό στα ιατρικά τμήματα που επηρεάστηκαν με τη μείωση του χρόνου εργασίας. Αυτή η παρέμβαση δεν έλυσε πλήρως το πρόβλημα, καθώς πολλές ιατρικές ειδικότητες πάσχουν από έλλειψη δεξιοτήτων. Ως εκ τούτου, η αύξηση του προϋπολογισμού για το προσωπικό συχνά χρησιμοποιήθηκε για τη κάλυψη της υπερωριακής απασχόλησης και για άλλες εναλλακτικές λύσεις, όπως οι συμβάσεις ορισμένου χρόνου με "εξωτερικούς" ιατρούς.

2. Συστήματα βάρδιας και εφημερίες (π.χ. Γερμανία, Δανία, Ρουμανία, ΗΒ)

Ορισμένες χώρες αντί να συνεχίζουν να εφαρμόζουν χρόνους εφημερίας στα νοσοκομεία αποφάσισαν να στραφούν σε ένα σύστημα βάρδιας (shift system) στο οποίο οι ιατροί θα πρέπει να πραγματοποιούν πλήρεις βάρδιες. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, η εργασία σε βάρδιες υπολογίζονταν σε 10% του συνολικού χρόνου εργασίας των ιατρών το 1999, ενώ μέχρι το 2009 αντιπροσώπευε το 80%. Αυτή η απόφαση λήφθηκε προκειμένου να μειωθεί η αβεβαιότητα που συνδέεται με τη πραγματοποίηση εφημεριών και ως εκ τούτου με το

⁷⁵ European Commission (2010). Study to support an Impact Assessment on further action at European level regarding Directive 2003/88/EC and the evolution of working time organisation, Final Report, DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, σελ. 79.

⁷⁶ European Commission (2010), οπ.π., σελ 79-82.

κίνδυνο εργασίας πάνω από το ανώτατο όριο. Η εφαρμογή των συστημάτων βάρδιας διευκόλυνε το προγραμματισμό των ωρών εργασίας, αλλά θα μπορούσε είτε να προκαλέσει επιπλέον δαπάνες για τα νοσοκομεία είτε, όπως έχει υποστηριχθεί στη περίπτωση του Ηνωμένου Βασιλείου όπου το ζήτημα είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο, να οδηγήσει σε μεγαλύτερες λίστες αναμονής.

Στη Δανία, τα συστήματα βάρδιας με σταθερό προσωπικό υπεύθυνο για τις απογευματινές και νυχτερινές βάρδιες εφαρμόζονταν πριν τις αποφάσεις SIMAP/Jaeger. Υπάρχει μία τάση να μειωθεί η πραγματοποίηση (του σχετικά καλά αμειβόμενου) χρόνου εφημεριών καθώς θεωρείται δαπανηρός τρόπος για τη διασφάλιση της κάλυψης της περίθαλψης όλο το εικοσιτετράωρο.

Στη Γερμανία, μια συνηθισμένη μορφή οργάνωσης του χρόνου εργασίας στα νοσοκομεία έχει υπάρξει το σύστημα κυλιόμενων βαρδιών (rotational shift system) - στη προκειμένη περίπτωση, σε στενή συνεργασία με τους εργαζόμενους. Ορισμένα νοσοκομεία αναθεώρησαν τις βάρδιες τους και προσαρμόσαν μοντέλα οργάνωσης του χρόνου εργασίας στις απαιτήσεις της Οδηγίας και τις ανάγκες των εργαζομένων.

Στη Ρουμανία, από την άλλη πλευρά, αποφασίστηκε η εκτεταμένη πραγματοποίηση εφημεριών για την επίλυση των ζητημάτων που σχετίζονται με την έλλειψη ιατρών και ως εκ τούτου με την αύξηση του χρόνου εργασίας για το ιατρικό προσωπικό. Αυτή η λύση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα δαπανηρή για τα νοσοκομεία. Από την άποψη της οικονομικής επιβάρυνσης, οι εκτιμήσεις κυμαίνονται από 4% έως 30% του συνολικού προϋπολογισμού μισθών των ποσών που έχουν καταβληθεί για τις ώρες εφημερίας. Οι μεγάλες διαφορές που παρατηρούνται οφείλονται στις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχει το κάθε νοσοκομείο. Παρόλα αυτά, αν υποθεθεί ότι ένας ιατρός πραγματοποιεί συνήθως 1-2 εφημερίες την εβδομάδα (δηλαδή 19 έως περίπου 36 ώρες επιπλέον του τακτικού 35ωρου), οι ιατροί θα μπορούσαν να διπλασιάσουν το εισόδημά τους.

3. Σύναψη συμβάσεων με εξωτερικούς ιατρούς (π.χ. Βέλγιο, Γαλλία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία)

Στα νοσοκομεία που έχει παρατηρηθεί έλλειψη ιατρών λόγω της μείωσης του χρόνου εργασίας, τα ιατρικά τμήματα έπρεπε να προσλάβουν εξωτερικούς και αυτοαπασχολούμενους ιατρούς σε προσωρινή βάση και για συγκεκριμένες δραστηριότητες. Αυτή η λύση φαίνεται να είναι ιδιαίτερα δαπανηρή για τα νοσοκομεία. Στη Γαλλία, αυτή η πρακτική είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στα τμήματα ατυχημάτων και επειγόντων περιστατικών, αλλά εφαρμόζεται και σε μια ad hoc βάση και σε άλλα τμήματα.

Στη Πορτογαλία και τη Ρουμανία, παρατηρούνται νοσοκομεία που προσλαμβάνουν ιατρούς με προσωρινή απασχόληση από άλλα (μεγαλύτερα) νοσοκομεία ή χρησιμοποιούν ειδικευόμενους ιατρούς που δεν επιτρέπεται να αναλάβουν την ευθύνη για το σύνολο των ιατρικών δραστηριοτήτων.

Η περίπτωση της Πολωνίας παρουσιάζει έντονο ενδιαφέρον καθώς τα νοσοκομεία αναγκάστηκαν να αναπτύξουν νέες οργανωτικές στρατηγικές ώστε να πληρούν τις απαιτήσεις της Οδηγίας (ιδιαίτερα τις υποχρεωτικές περιόδους ανάπαυσης, τον

υπολογισμό του χρόνου εφημερίας ως χρόνου εργασίας, κτλ.). Μια πρακτική αποτέλεσε η πρόσληψη περισσότερων ιατρών με συμβάσεις ιδιωτικού δικαίου (ως αυτοαπασχολούμενοι), οι οποίοι δεν καλύπτονται από τις διατάξεις της Οδηγίας. Κατά συνέπεια είναι συνηθισμένο φαινόμενο οι ιατροί να εργάζονται σε περισσότερα από ένα νοσοκομεία (δηλαδή σε ένα μέρος με σύμβαση εργασίας και σε άλλο/α με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου). Αν και ο αριθμός των ιατρών με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου έχει αυξηθεί μετά τις αποφάσεις SIMAP-Jaeger, αυτή η πρακτική δεν είναι εντελώς νέα. Έχει ήδη εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση των ελλείψεων σε συγκεκριμένες ειδικότητες και ως μέσο για την αύξηση των αποδοχών των ιατρών.

4. Αναδιάταξη του ανθρώπινου δυναμικού (π.χ. Γαλλία, Ρουμανία, ΗΒ)

Σε ορισμένες χώρες, οι ελλείψεις δεξιοτήτων και η μείωση του χρόνου εργασίας έχουν αντιμετωπιστεί με την αναδιάταξη του ανθρώπινου δυναμικού, και κυρίως με:

- *υποκατάσταση ρόλων*: διεύρυνση του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού, π.χ. των μαιών και άλλων μη ιατρικών επαγγελματιών υγείας, για την απελευθέρωση του χρόνου εργασίας των ιατρών,
- *πολλαπλή κάλυψη (cross-cover)*: ένας ιατρός ή μια ομάδα ιατρών μιας ειδικότητας παρέχουν κάλυψη σε μία ή περισσότερες ειδικότητες, καθώς και για τη δική τους, συνήθως κατά τη διάρκεια περιόδων εκτός ωραρίου εργασίας. Σε αυτή τη περίπτωση συχνά αναφέρονται τα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

Σε έρευνα που πραγματοποίησαν στη Μεγάλη Βρετανία το Βασιλικό Κολέγιο των Χειρουργών και το Βασιλικό Κολέγιο των Αναισθησιολόγων⁷⁷ ανέφεραν ότι η χρησιμοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού σε ορισμένες χειρουργικές ειδικότητες, ιδιαίτερα των τραυμάτων και της ορθοπεδικής, έχει αποδειχθεί ωφέλιμη. Ωστόσο επισημαίνουν ότι ένας νοσηλευτής δεν μπορεί να αντικαταστήσει την ανάγκη παρουσίας ενός χειρουργού, και ως εκ τούτου αυτό δεν κρίνεται κατάλληλο για κάθε ειδικότητα.

5. Οργάνωση του χρόνου εργασίας με βάση αξιολογήσεις κινδύνου και φόρτου εργασίας (π.χ. Γερμανία)

Προκειμένου να συμμορφωθούν με τις διατάξεις της Οδηγίας και τις αποφάσεις SIMAP/Jaeger, τα νοσοκομεία έπρεπε να βελτιστοποιήσουν τη χρήση των περιορισμένων πόρων χωρίς να επηρεαστεί η ασφάλεια και υγεία των ασθενών. Στη Γερμανία (αλλά και σε άλλες χώρες), η εφαρμογή της Οδηγίας οδήγησε τα νοσοκομεία να λάβουν υπόψη για την οργάνωση του χρόνου εργασίας αξιολογήσεις κινδύνου και φόρτου εργασίας, διαχείριση περιπτώσεων και στατιστικά στοιχεία ασθενών. Αυτό επέφερε γενικά μια πιο αποδοτική χρήση και λειτουργία του προσωπικού. Για παράδειγμα, η έναρξη και η λήξη των βαρδιών προσαρμόστηκε στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, π.χ. έναρξη της βάρδιας το μεσημέρι όπου τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται ή/και εισέρχονται στα τμήματα επειγόντων περιστατικών.

⁷⁷ WTD - Implications and Practical Suggestions to Achieve Compliance. Joint Royal College of Anaesthetists and Royal College of Surgeons of England WTD 2009 Project

Η εκτεταμένη χρήση στατιστικών στοιχείων και διατμηματικών αξιολογήσεων εξουσιοδότησε το κεντρικό τμήμα προσωπικού των νοσοκομείων ως "συντονιστή της οργάνωσης του χρόνου εργασίας". Σε πολλά νοσοκομεία, κάθε τμήμα είναι υπεύθυνο για την εσωτερική οργάνωση του χρόνου εργασίας του και το τμήμα προσωπικού θεωρείται πολλές φορές ότι παρέχει υποστήριξη ή λειτουργεί ως "ελεγκτής" της εφαρμογής των νομικών και γενικών εσωτερικών κανόνων.

6. Χρήση της ρήτρας opt-out

Για τη χρήση της ρήτρας opt-out στο τομέα της υγείας σε κάθε κράτος μέλος έχει πραγματοποιηθεί διεξοδική ανάλυση στα προηγούμενα κεφάλαια.

7. Οργάνωση του χρόνου εργασίας με δημοκρατικές και συμμετοχικές διαδικασίες (π.χ. Γαλλία, Γερμανία)

Μια άλλη πρακτική για την αντιμετώπιση της μείωσης του χρόνου εργασίας και επομένως της οργανωτικής επίδρασης της είναι η ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων στην οργάνωση του χρόνου εργασίας. Παραδοσιακά, τα ιατρικά τμήματα οργανώνονται από μόνα τους σύμφωνα με τις συγκεκριμένες απαιτήσεις και ανάγκες τους. Σε διάφορες χώρες, αλλά κυρίως σε Γαλλία και Γερμανία, τα νοσοκομεία έχουν αναπτύξει νέες πρακτικές που ενθαρρύνουν τον άμεσο διάλογο των ενδιαφερόμενων ιατρών για την οργάνωση του χρόνου εργασίας. Στη Γερμανία, η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών οργάνωσης του χρόνου εργασίας σε πολλά νοσοκομεία πραγματοποιήθηκε μέσω συνεργατικών εργαστηρίων (co-operative workshops) με τον εργοδότη και τους εργαζομένους.

Η εξατομίκευση του χρόνου εργασίας οδηγεί συχνά σε θεωρητική συμμόρφωση με τη νομοθεσία για την οργάνωση του χρόνου εργασίας. Αυτό σημαίνει ότι η κύρια πρόκληση σήμερα που σχετίζεται με την Οδηγία δεν είναι τόσο η επίδρασή της στους οργανισμούς αλλά η πραγματική πρακτική εφαρμογή της καταγραφής του χρόνου εργασίας και της αποζημίωσης. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι εμπλεκόμενοι φορείς γενικά συμφωνούν ότι θα ήταν λάθος να θεωρήσουμε ότι έχει καθιερωθεί σωστά το όριο των 48 ωρών, καθώς πολλά άτομα συνεχίζουν να εργάζονται υπερβολικά πολλές ώρες χωρίς αυτές να υπολογίζονται στο χρόνο εργασίας. Έτσι, παρατηρείται ένα πραγματικό πρόβλημα καθώς ενώ υπάρχει θεωρητική συμμόρφωση, πρακτικά αυτό διαφέρει σημαντικά εξαιτίας παραγόντων όπως η έλλειψη προσωπικού ή το προσωπικό συμφέρον σε ευκαιρίες μάθησης ή εκπαίδευσης. Οι εμπλεκόμενοι φορείς ισχυρίζονται ότι η σημερινή οργάνωση του χρόνου εργασίας βασίζεται σε σιωπηρούς τοπικούς διακανονισμούς ώστε να μην αμφισβητούνται οι διατάξεις της Οδηγίας και να εξασφαλίζεται η θεωρητική συμμόρφωση.

3.2 Πρακτικές εναρμόνισης με τις διατάξεις της Οδηγίας των βρετανικών νοσοκομείων

Σύμφωνα με το Βασιλικό Κολλέγιο των Αναισθησιολόγων και το Βασιλικό Κολλέγιο των Χειρουργών της Αγγλίας, στις κύριες πρακτικές που εφαρμόζονται στα βρετανικά νοσοκομεία για τη συμμόρφωση με την Οδηγία, περιλαμβάνονται:⁷⁸

1. Αύξηση του εργατικού δυναμικού

- Προσλήψεις αναπληρωτών ειδικευμένων ιατρών (associate specialist - SAS), ιατρών στα trust και κλινικών συναδέλφων (clinical fellows).
- Χρησιμοποίηση των ερευνητικών συνεργατών (research fellows). Οι ερευνητικοί συνεργάτες μπορούν να συνεισφέρουν σε υπηρεσίες εκτός ωραρίου εργασίας σε περιορισμένο βαθμό π.χ. καλύπτοντας μια καθορισμένη νυχτερινή ή ημερήσια βάρδια.
- Προσλήψεις επιπλέον ειδικευμένων ιατρών (Consultants). Αποτελεί την κύρια λύση για τη διατήρηση της παροχής υπηρεσιών και της εκπαίδευσης. Ενώ αποτελεί δαπανηρή επιλογή που απαιτεί προσεκτική διαπραγμάτευση και σχεδιασμό θέσεων εργασίας, έχει το πλεονέκτημα ότι αποτελεί μια μακροπρόθεσμη λύση και ότι διασφαλίζεται η ασφάλεια των ασθενών.
- Θέσεις παροδικής απασχόλησης (Locums). Κάθε λύση που βασίζεται σε θέσεις προσωρινής απασχόλησης είναι πολύ πιεστική και δαπανηρή. Τόσο το Βασιλικό Κολλέγιο των Αναισθησιολόγων όσο και το Βασιλικό Κολλέγιο των Χειρουργών της Βρετανίας αποθαρρύνουν έντονα αυτή τη λύση για συμμόρφωση με την οδηγία.

2. Μείωση των βαθμίδων κάλυψης (reducing tiers of cover)

Μια κοινή λύση που προτάθηκε από νοσοκομεία που έχουν συμμορφωθεί με την οδηγία είναι η μείωση του αριθμού των βαθμίδων κάλυψης των εκτός ωραρίου υπηρεσιών. Διάφορα νοσοκομεία έχουν ελέγξει το φόρτο εργασίας της εκτός ωραρίου λειτουργίας και με την διεύρυνση της κάλυψης των ημερήσιων έκτακτων αναγκών έχουν μειώσει την απαίτηση για χειρουργική επέμβαση κατά τη διάρκεια της νύκτας και όπου χρειάζεται επείγουσα χειρουργική επέμβαση αυτή πραγματοποιείται από σύμβουλο αναισθησιολόγο και χειρουργό. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα χρήσιμο μοντέλο για τα μικρά νοσοκομεία. Έχει το επιπλέον πλεονέκτημα ότι οι πολύ βαριά ασθενείς που δεν μπορούν να περιμένουν για επέμβαση αναλαμβάνονται από συμβούλους (αναισθησιολόγους και χειρουργούς), όπως συνίσταται από την Εμπιστευτική Έρευνα για τους Περιεγχειρητικούς Θανάτους (NCEPOD). Στα παραδείγματα που εξετάστηκαν, ο χρόνος κάλυψης των συμβούλων ξεκινούσε μεταξύ 20.00 και 00.00.

3. Υποκατάσταση ρόλων

Αναφέρεται στη διεύρυνση του ρόλου των νοσηλευτών και άλλων παραϊατρικών επαγγελματιών υγείας ώστε να αποδεσμευτεί χρόνος των γιατρών. Η χρησιμοποίηση των νοσηλευτών σε ορισμένες χειρουργικές ειδικότητες, ιδιαίτερα στην ορθοπεδική και τους

⁷⁸ WTD - Implications and Practical Suggestions to Achieve Compliance. Joint Royal College of Anaesthetists and Royal College of Surgeons of England WTD 2009 Project.

τραυματισμούς, έχει αποδειχθεί ωφέλιμη. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι αν και οι νοσηλευτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της έντασης του φόρτου εργασίας ενός χειρουργού, δεν μπορούν να αντικαταστήσουν την ανάγκη της παρουσίας του χειρουργού. Η χρησιμοποίηση των νοσηλευτών με αυτό το τρόπο δεν είναι κατάλληλη για κάθε ειδικότητα, όπως αναφέρθηκε και ανωτέρω.

4. Πρόγραμμα "Hospital at Night"

Το πρόγραμμα αυτό καθιερώθηκε για να μειώσει την επιβάρυνση των ειδικευόμενων ιατρών για τη πραγματοποίηση νυκτερινής κάλυψης προκειμένου να μειωθούν οι ώρες εργασίας τους και η στέρηση ύπνου χωρίς να κινδυνεύει η εκπαίδευσή τους. Το μοντέλο αυτό προβλέπει τη παροχή νυκτερινής κάλυψης μέσω μιας διεπιστημονικής ομάδας η οποία έχει την ικανότητα να παρέχει ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών αλλά και τη δυνατότητα να καλέσει κάποιον ειδικό όταν χρειαστεί.

5. Σχεδιασμός των συστημάτων με βάρδια

Ο καλός σχεδιασμός των βαρδιών του προσωπικού είναι απαραίτητος για την εναρμόνιση με την Οδηγία. Υπάρχουν βάσιμες ενδείξεις ότι η συχνότητα των κλινικών λαθών αυξάνεται δραστικά σε συνάρτηση με τον αριθμό των ημερών εφημερίας (on-call). Στην ιδανική περίπτωση, οι βάρδιες θα πρέπει να σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην πραγματοποιούνται περισσότερες από τέσσερις συνεχόμενες ημέρες ή νύχτες συνεχούς εφημερίας.

6. Αναδιοργάνωση υπηρεσιών

- Διαχωρισμός έκτακτων περιστατικών και εκλεκτικής (προγραμματισμένης) φροντίδας. Ένας καλά οργανωμένος διαχωρισμός των έκτακτων περιστατικών και της φροντίδας προγραμματισμένων περιστατικών μπορεί να συμβάλει στη μείωση των ακυρώσεων, στην επίτευξη μιας πιο προβλέψιμης ροής εργασίας, στη παροχή εξαιρετικών ευκαιριών εκπαίδευσης, στην αύξηση της υψηλόβαθμης επίβλεψης των περίπλοκων ή επειγουσών περιστατικών, και ως εκ τούτου τη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.
- Μονάδες αξιολόγησης περιστατικών. Οι μονάδες αξιολόγησης μπορούν να παρέχουν μια αποκλειστική, σε κεντρικό επίπεδο περιοχή όπου τα βαριά περιστατικά μπορούν να αξιολογούνται και να ελέγχονται πριν την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο ή τη λήψη της κατάλληλης φροντίδας. Μπορούν να παρέχουν ταχεία πρόσβαση σε αξιολόγηση, διάγνωση και θεραπεία, και με αυτό τον τρόπο να αποφεύγονται οι περιττές εισαγωγές. Οι μονάδες αξιολόγησης παρέχουν επίσης ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ομαδικής εργασίας για τους εκπαιδευόμενους και τη δυνατότητα για αυτούς να αποκτήσουν εμπειρία για το σύνολο της διαδρομής φροντίδας του ασθενή.
- Εδραίωση υπηρεσιών δικτύωσης. Τα trust θα μπορούσαν να διερευνήσουν τη δυνατότητα δικτύωσης τόσο εντός όσο και εκτός των οργανωτικών τους ορίων προκειμένου να παρέχουν ασφαλή φροντίδα αλλά και να ανταποκρίνονται στις

διατάξεις της Οδηγίας. Για παράδειγμα, ένα trust μπορεί να μεταφέρει εσωτερικούς ασθενείς του σε γειτονικό νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου ώστε να διασφαλιστεί η συνέχεια της φροντίδας και να μεγιστοποιηθούν οι ικανότητες και η διαθεσιμότητα του προσωπικού. Τα trust θα μπορούσαν επίσης να εναλλάσσουν τις εφημερίες σε βαριά περιστατικά μεταξύ διάφορων νοσοκομείων, αλλά αυτό απαιτεί καλό προγραμματισμό.

- Λίστες της NCEPOD. Η Εμπιστευτική Έρευνα για τους Περιεγχειρητικούς Θανάτους (NCEPOD) συνιστά ότι μόνο οι επεμβάσεις ζωής και οι καταστάσεις απειλής της σωματικής ακεραιότητας να διεξάγονται μετά τα μεσάνυχτα, ελαχιστοποιώντας έτσι την απαίτηση για νυχτερινή λειτουργία.

4. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΟΔΗΓΙΑΣ ΣΤΟ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Κάθε ιατρική ειδικότητα αλλά και κάθε χώρα ξεχωριστά αντιμετωπίζει διαφορετικές προκλήσεις, με συνέπεια να παρατηρείται μια αξιοσημείωτη ετερογένεια στα ευρήματα της βιβλιογραφίας για την επίδραση της ευρωπαϊκής οδηγίας.

4.1 Θετική επίδραση της εφαρμογής της Οδηγίας

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία το 2013, σχεδόν τα δύο τρίτα των νοσοκομειακών ιατρών αξιολόγησαν τις τρέχουσες συνθήκες εργασίας τους ως μη βιώσιμες σε σχέση με την υγεία τους, με τη πολύωρη εργασία να αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες.⁷⁹ Στους στόχους από την εφαρμογή των διατάξεων της Οδηγίας συμπεριλαμβάνονται η βελτίωση της ασφάλειας τόσο των ιατρών όσο κυρίως των ασθενών, η ενίσχυση του επιπέδου ευεξίας των ειδικευόμενων ιατρών και η δυνατότητα για βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς. Σύμφωνα με έρευνα των Shaddel & Banerjee (2013)⁸⁰ που πραγματοποιήθηκε σε ιατρούς στο Ηνωμένο Βασίλειο, η μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν τη θετικότερη επίδραση της ευρωπαϊκής οδηγίας. Αυτό προκύπτει και από μελέτη των Lambert et al. (2016)⁸¹ σε απόφοιτους ιατρικών σχολών του 2002 στην ίδια χώρα, όπου η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (62%) ανέφερε θετική επίδραση στην ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, με τους γενικούς ιατρούς να έχουν περισσότερο θετική άποψη (90%) και τους χειρουργούς λιγότερο θετική (72%).

Σύμφωνα με την έκθεση "*Time for Training*" (2010)⁸², για την αξιολόγηση της επίδρασης της Οδηγίας στη ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών, όπου αυτή εφαρμόστηκε με αποτελεσματικό τρόπο, προέκυψαν οι ακόλουθες θετικές επιπτώσεις από τη μείωση του χρόνου εργασίας:

- Βελτίωση της ισορροπίας ανάμεσα στην επαγγελματική και τη προσωπική ζωή.
- Μείωση του επιπέδου στέρησης ύπνου.
- Μεγαλύτερη εμπλοκή έμπειρου προσωπικού σε σοβαρές περιπτώσεις περίθαλψης.
- Η αυξημένη επίβλεψη των ειδικευόμενων ιατρών εκτός ωραρίου οδηγεί σε ενίσχυση της ασφάλειας του ασθενή και σε μείωση του βαθμού απώλειας των ευκαιριών εκπαίδευσης.
- Αύξηση των ευκαιριών εκπαίδευσης.

⁷⁹ European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2015), "Opting out of the European Working Time Directive".

⁸⁰ Shaddel, F., & Banerjee, S. (2013). Impact of the European Working Time Directive on trainees and trainers 3 years post-implementation. *The Psychiatrist Online*, 37(9), 286-289.

⁸¹ Lambert, T. W., Smith, F., & Goldacre, M. J. (2016). The impact of the European Working Time Directive 10 years on: views of the UK medical graduates of 2002 surveyed in 2013–2014. *JRSM open*, 7(3), 2054270416632703.

⁸² https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Time%20for%20training%20report_0.pdf

4.2 Αρνητική επίδραση της εφαρμογής της Οδηγίας

Οι ανησυχίες σχετικά με το περιορισμό του χρόνου εργασίας που προκύπτει με την εφαρμογή των διατάξεων της Οδηγίας εστιάζουν κυρίως στην εκπαίδευση των ιατρών και τη περίθαλψη του ασθενή.⁸³ Η εκπαίδευση σε ορισμένες ειδικότητες, όπως η χειρουργική, είναι δύσκολο να πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά σε χρονικό διάστημα 48 ωρών ανά εβδομάδα. Σύμφωνα με ανάλυση του Βασιλικού Κολλεγίου των Χειρουργών της Αγγλίας, κάθε μήνα χάνονται 280.000 ώρες χειρουργικής εκπαίδευσης εξαιτίας της Οδηγίας, και οι ιατροί που ξεκινούν την εκπαίδευση σήμερα θα έχουν 3.000 λιγότερες ώρες στη συνολική εκπαίδευσή τους, που είναι ίσες με 128 ολόκληρες ημέρες. Στην έρευνα των Lambert et al. (2016), περισσότεροι από τα δύο τρίτα των ιατρών θεωρούν ότι η Οδηγία είχε αρνητική επίδραση στην εκπαίδευση των ασκούμενων ιατρών ενώ, η πλειοψηφία αυτών διαφωνεί ότι η Οδηγία ωφέλησε το NHS. Οι περισσότεροι ιατροί πιστεύουν επίσης ότι η Οδηγία είχε αρνητική επίπτωση στην αποτελεσματική διαχείριση της περίθαλψης των ασθενών. Πρόσφατη μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο έδειξε μάλιστα ότι υπήρξε αύξηση του αριθμού παράδοσης φροντίδας ασθενών (handovers) και των ακυρώσεων στη λίστα αναμονής για περίθαλψη.⁸⁴

Τα παραπάνω ευρήματα προκύπτουν και από έρευνα που πραγματοποίησε το Βασιλικό Κολλέγιο των Χειρουργών της Αγγλίας το 2010 σε 1000 μέλη του. Ύστερα από ένα χρόνο πλήρους εφαρμογής της Οδηγίας η έρευνα έδειξε ότι:⁸⁵

- Το 80% των ειδικευμένων χειρουργών και το 66% των ειδικευόμενων χειρουργών ανέφεραν ότι επιδεινώθηκε η φροντίδα του ασθενή στο πλαίσιο εφαρμογής των διατάξεων της Οδηγίας.
- Το 65% των ειδικευόμενων χειρουργών ανέφεραν ότι μειώθηκε ο χρόνος εκπαίδευσής τους.
- Το 41% των ειδικευμένων και το 37% των ειδικευόμενων χειρουργών ανέφεραν ότι επιδεινώθηκαν οι διαδικασίες παράδοσης φροντίδας του ασθενή (handovers).

⁸³ Maybury, C. (2014). The European Working Time Directive: a decade on. *The Lancet*, 384(9954), 1562-1563 & Temple, J. (2010). Time for training: a review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training. *Medical Education England*, 33.

⁸⁴ The Royal College of Surgeons of England (2014). "The implementation of the working time directive and its impact on the NHS and health professionals", Independent Working Time Regulations Taskforce, London.

⁸⁵ Royal College of Surgeons (2013). Surgery and the European Working Time Directive - Background Briefing.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δυνάμει της Οδηγίας, ο μέσος εβδομαδιαίος χρόνος εργασίας (συμπεριλαμβανομένων των υπερωριών) δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 48 ώρες εβδομαδιαίως. Σε γενικές γραμμές, η οδηγία έχει μεταφερθεί ικανοποιητικά ως προς το όριο αυτό, ενώ και η περίοδος αναφοράς έχει εφαρμοστεί γενικά με ικανοποιητικό τρόπο στα κράτη μέλη.

Στον τομέα της υγείας, υπήρξε μια σημαντική οργανωτική επίδραση της ευρωπαϊκής οδηγίας και των αποφάσεων SIMAP και Jaeger ιδιαίτερα στα κράτη μέλη όπου το ιατρικό προσωπικό, και κυρίως οι νοσοκομειακοί ιατροί, εργάζονταν προηγουμένως περισσότερο από 48 ώρες την εβδομάδα. Πολλές από αυτές τις χώρες αποφάσισαν να κάνουν χρήση της ρήτρας opt-out, είτε ευρύτερα (δηλαδή σε όλους τους τομείς) είτε μόνο για το τομέα της υγείας, ώστε να ανταπεξέλθουν στο όριο του χρόνου εργασίας.

Επίσης, σημειώνεται ότι σε πολλά κράτη μέλη, η εφαρμογή κανόνων σχετικά με τον χρόνο εφημερίας, καθώς και με τους ειδικευόμενους ιατρούς, και οι ελλείψεις σε προσωπικό και ειδικότητες, δημιουργούν προβλήματα ως προς τη συμμόρφωση με το όριο του χρόνου εργασίας. Οι προσλήψεις ιατρών, η σύναψη συμβάσεων με αυτοαπασχολούμενους ιατρούς για περιορισμένη περίοδο και για την ανάληψη συγκεκριμένων καθηκόντων, η εφαρμογή συστημάτων με βάρδιες, η υποκατάσταση ρόλων και η οργάνωση του χρόνου εργασίας με συμμετοχικές διαδικασίες, αποτελούν μεταξύ άλλων ορισμένες παρεμβάσεις για την εφαρμογή των διατάξεων της Οδηγίας στα νοσοκομεία των κρατών μελών.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, η μεγαλύτερη ισορροπία μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και η μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν τη θετικότερη επίδραση της εφαρμογής της Οδηγίας. Ανησυχίες έχουν εκφραστεί ωστόσο, σχετικά με το χρόνο και τη ποιότητα εκπαίδευσης των ειδικευόμενων ιατρών και την αύξηση του αριθμού παραδόσεων φροντίδας των ασθενών (handovers).

Ξεκάθαρος στόχος θα πρέπει να αποτελεί η μείωση της διάρκειας του χρόνου εργασίας των ιατρών σε όλα τα επίπεδα των νοσοκομείων με τρόπο βιώσιμο για μια πιο ισορροπημένη επαγγελματική και προσωπική ζωή για το προσωπικό, αλλά κυρίως για τη βελτίωση της ασφάλειας των ασθενών. Αυτός ο στόχος οφείλει να βρίσκεται στο επίκεντρο του σχεδιασμού των παρεμβάσεων για τη συμμόρφωση με την ευρωπαϊκή οδηγία σε συνδυασμό με την αντιμετώπιση των προκλήσεων που πηγάζουν από το περιορισμό του χρόνου εργασίας, κυρίως την εκπαίδευση των ασκούμενων ιατρών και τη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. European Commission (2010), Detailed report on the implementation by Member States of Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time ('The Working Time Directive'), από: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPagelId=205>
2. European Commission (2010). Study to support an Impact Assessment on further action at European level regarding Directive 2003/88/EC and the evolution of working time organisation, Final Report, DG for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, από <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPagelId=205>
3. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2015), "Opting out of the European Working Time Directive", από <http://www.eurofound.europa.eu/publications/customised-report/2015/working-conditions/opting-out-of-the-european-working-time-directive>
4. European Parliament (2008), CM\756211EN.doc, από www.europarl.europa.eu/meet/docs/F20092014/Fdocuments/Fpeti/Fcm/F756211/F756211en.pdf&usg=AFQjCNHZUplpd52GbFPXkHLGSUGd8KTe8w&cad=rja
5. Lambert, T. W., Smith, F., & Goldacre, M. J. (2016). The impact of the European Working Time Directive 10 years on: views of the UK medical graduates of 2002 surveyed in 2013–2014. *JRSM open*, 7(3), 2054270416632703.
6. Ludwik, F. (2013). Problems of the implementation of EU labour law in Poland. *Anales Universitatis Apulensis Series Jurisprudentia*, (16).
7. Maybury, C. (2014). The European Working Time Directive: a decade on. *The Lancet*, 384(9954), 1562-1563.
8. Royal College of Surgeons - England (2013), Surgery and the European Working Time Directive - Background Briefing, από: <https://www.rcseng.ac.uk/government-relations-and-consultation/documents/RCS%20EWD%20briefing.pdf>
9. Shaddel, F., & Banerjee, S. (2013). Impact of the European Working Time Directive on trainees and trainers 3 years post-implementation. *The Psychiatrist Online*, 37(9), 286-289.
10. Temple, J. (2010). Time for training: a review of the impact of the European Working Time Directive on the quality of training. *Medical Education England*, 33.
11. Temple, J. (2014). Resident duty hours around the globe: where are we now?. *BMC medical education*, 14(1), 1.
12. The Royal College of Surgeons of England (2014). "The implementation of the working time directive and its impact on the NHS and health professionals", Independent Working Time Regulations Taskforce, London.
13. WTD - Implications and Practical Suggestions to Achieve Compliance. Joint Royal College of Anaesthetists and Royal College of Surgeons of England WTD 2009 Project.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ενδεικτική νομοθεσία περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας (γενικά ή στο τομέα της υγείας ειδικότερα) σε ορισμένα κράτη μέλη.

Χώρα	Νομοθεσία	Πηγή εντοπισμού
Αυστρία	Νόμος για την οργάνωση του χρόνου εργασίας στα Νοσοκομεία (σε εφαρμογή από 1/1/2015)	https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009051
Βουλγαρία	Εργατικός Κώδικας 1986 (τροποποιήθηκε το 1996)	www.ecoi.net%2Ffile_upload%2F1226_1278314436_4c2dae732.pdf&usg=AFQjCNG7cf5qBPEIAd3Q5toVxMjMwobdIlg&cad=rja
Γαλλία	Διατάγματα: <ul style="list-style-type: none"> • Décret n°2002-1421 du 6 décembre 2002 modifiant le décret n° 84-131 du 24 février 1984 portant statut des praticiens hospitaliers • Décret n°2007-879 du 14 mai 2007 modifiant le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires • Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes 	<ul style="list-style-type: none"> • https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000234333 • https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000821183 • https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000602745
Γερμανία	Νόμος περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας (Arbeitszeitgesetz - ArbZG) 19/06/1994	www.mayr-arbeitsrecht.de/wp.../Working-Time-Act.pdf
Εσθονία	Νόμος περί συμβάσεων εργασίας, 17/12/2009	www.ilo.org/wcmsp5/.../wcms_127473.pdf
Ηνωμένο Βασίλειο	Ρυθμίσεις Οργάνωσης του Χρόνου Εργασίας (αριθ. 1833) του 1998 και τροποποίηση (αριθ. 1684 του 2003)	<ul style="list-style-type: none"> • http://www.legislation.gov.uk/uksi/1998/1833/contents/made • http://www.legislation.gov.uk/uksi/2003/1684/contents/made
Ιταλία	Νόμος 161 της 30ης Οκτωβρίου 2014 (LEGGE 30 ottobre 2014, n. 161)	http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/11/10/14G00174/sg
Κύπρος	Περί της Οργάνωσης του Χρόνου Εργασίας Νόμος του 2002 (Ν. 63(I)/2002) (βασικός και τροποποιητικοί)	http://www.cylaw.org/nomoi/indexes/2002_1_63.html
Λετονία	Νόμος για την Ιατρική Περίθαλψη του 1997 (τελευταία τροποποίηση 21 Ιουνίου 2012)	http://www.vvc.gov.lv/export/sites/default/docs/LRTA/Likumi/Medical_Treatment_Law.pdf
Μάλτα	Ρυθμίσεις για την οργάνωση του χρόνου εργασίας (βασικός και τροποποιήσεις)	http://www.justiceservices.gov.mt/DownloadDocument.aspx?app=lom&itemid=11221
Ουγγαρία	Εργατικός Κώδικας 2012	http://mta-pte.ajk.pte.hu/downloads/12-01.tv-en.pdf
Σλοβακία	Εργατικός Κώδικας 2011	http://www.ilo.org/dyn/eplex/docs/50/labour-code-full-wording-january-2012.pdf

Σουηδία	Νόμος περί οργάνωσης του χρόνου εργασίας (1982:673) και τροποποιήσεις	http://www.government.se/contentassets/1b29fd35b2544f13875137beab80911a/1982673-working-hours-act.pdf
Τσεχία	Εργατικός Κώδικας (No. 262/2006)	http://www.mpsv.cz/files/clanky/3221/Labour_Code_2012.pdf