

## Ponadnormatywny czas pracy w ramach *opt-out*

*Czy może być stosowany w odniesieniu do lekarzy i czy może być w Polsce stosowany w oparciu o kodeks pracy, bez dodatkowych regulacji ustawowych?*

Te podstawowe pytania rodzą się podczas dyskusji zainteresowanych problemem czasu pracy lekarza w ramach spełnienia przepisów dyrektywy UE.

Jednoznaczna odpowiedź Państwowej Inspekcji Pracy brzmi: **według kodeksu pracy – nie!**

Pytanie o oparcie pracy lekarza w godzinach nadliczbowych o k.p. wpływa w momencie, gdy dochodzi się do wniosku, że proponowane rozwiązania (głównie stawki za „dyżur medyczny”) w nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z listopada 2006 r. są o wiele mniej korzystne aniżeli te obliczone w oparciu o zapisy kodeksu pracy i dyskryminujące w porównaniu z pracującymi zmianowo w oparciu o ustawę o ZOZ-ach. Aby to było możliwe (w oparciu o k.p.), należałoby zrobić wyjątek w kodeksie pracy (a więc znowelizować go) specjalnie dla pracowników medycznych z wyższym wykształceniem, na co za darmo nie zgodzą się centrale dużych związków. Podobny problem dotyczy przecież strażaków, ale nie tylko. Skutki finansowe... Mnogość konsultacji... Burza społeczna... Ustępstwa polityczne...

Dlatego postanowiono uregulować to na drodze innej ustawy – odniesionej tylko do grupy docelowej. Stąd projekt nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W zamierzeniach ustawodawcy – ustawa musi działać od 1 czerwca 2007 r., aby pozwy skierowane przez polskich lekarzy do Trybunału Europejskiego przeciwko państwu polskiemu o uznanie dyżuru medycznego za pracę (pierwszy termin w połowie czerwca 2007 r.) stały się bezprzedmiotowe – co najwyżej o wydźwięku historycznym...

Ponieważ ustawa ma wejść w życie po trzech miesiącach od przyjęcia, stąd podejrzenie, że Sejm RP przyjmie ją bez

względu na wszystko do końca marca 2007 r. Uwzględniając poślizgi związane z odesłaniem do komisji, odrzuceniem poprawek Senatu – pierwsze czytanie musi się odbyć do końca lutego 2007 r. **Czasu jest niewiele, a ustawa musi być dobra!**

*Czy praca w wymiarze powyżej 48 godz. (wraz z nadgodzinami) tygodniowo jest zgodna z dyrektywą UE?*

Jak najbardziej tak. Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. w rozdz. 5 „ODSTĘPSTWA I WYJĄTKI”, artykuł 17 wskazuje:

1. Państwa Członkowskie mogą stosować **odstępstwa od art. 3–6, 8 oraz 16**, jeżeli, uwzględniając szczególną charakterystykę danych działań, **wymiar czasu pracy** nie jest mierzony i/lub nieokreślony z góry lub **MOŻE być określony przez samych pracowników**.
2. **Odstępstwa przewidziane w ust. 3, 4 oraz 5 mogą zostać przyjęte w drodze przepisów ustawowych, wykonawczych lub administracyjnych lub w drodze układów zbiorowych**, lub porozumień między partnerami społecznymi, **pod warunkiem, że zainteresowanym pracownikom zapewniono równoważne okresy wyrównawczego odpoczynku** lub że, w wyjątkowych przypadkach, w których nie jest możliwe z powodów obiektywnych przyznanie takich równoważnych okresów wyrównawczego odpoczynku, zainteresowanym pracownikom przyznano właściwą ochronę. (...)
5. **Zgodnie z ust. 2 niniejszego artykułu można stosować odstępstwa od art. 6 oraz art. 16 lit. b) w przypadku lekarzy stażystów** zgodnie z przepisami określonymi w akapitach od drugiego do siódmego niniejszego ustępu. [Dla wyjaśnienia: art. 3 = 11 godz. odpoczynku dobowego, art. 4 = przerwy w czasie pracy ponad 6 godz., art. 5 =

24 + 11 godz. wypoczynku tygodniowego, art. 6 = nie więcej niż 48 godz. pracy na tydzień – przyp. autora]. Z art. 17 ust. 1 należy zatem wnioskować, że lekarz może sam określić swój czas pracy ponadnormatywnie (*opt-out*), jak również lekarz stażysta (ust. 5), który jest o tyle specyficznym pracownikiem, że jest też zarazem uczniem. Z ust. 2 ww. art. wynika, że aby wprowadzić wyjątki od należącego czasu wolnego 6-godzinnego, dobowego i tygodniowego, trzeba zapisać je w prawie krajowym.

W Polsce zapis taki musi być przynajmniej rangi ustawy, ponieważ k.p. jest ustawą. W Niemczech nie ma kodeksu pracy, a prawa pracy są niesystematycznie pozapisywane w kodeksie cywilnym. Podstawą regulacji pracowniczych są układy ponadzakładowe – najczęściej ogólnokrajowe. Status pracowników medycznych ustalany jest przez Marburgerbund co roku, z publikacją zmian – głównie siatki płac w październiku – na rok następny.

*Reasumując: czy ponadnormatywny czas pracy jest możliwy w oparciu o kodeks pracy?*

NIE. Wymagany jest dodatkowy zapis rangi ustawy. Według dyrektywy unijnej – przynajmniej w odniesieniu do czasu przerw w pracy w celu zapewnienia **równoważnych okresów wyrównawczego odpoczynku** oraz umożliwienia pracy w godzinach nadliczbowych w ilości większej niż 150 godz. rocznie. Trwają prace nad nowelizacją ustawy o ZOZ-ach. Poprzez nią MZ realizuje swoje prawo oraz obowiązek narzucony przez UE, a aktualnie musi działać w pośpiechu, będąc pod pręgierzem terminów rozpraw w Trybunale Europejskim.

#### **Ministerstwo Zdrowia z pewnością przyjmie następujące założenia:**

- 1) musi zapewnić ciągłość świadczeń,
- 2) ma za mało lekarzy, aby zabezpieczyć opiekę lekarską pracą zmianową,
- 3) ma za mało pieniędzy, aby pozostałym lekarzom płacić za „dyżury medyczne” jak za pracę w godzinach nadliczbowych,
- 4) ma do czynienia ze środowiskiem o rosnącej, ale nadal niewielkiej świadomości swoich praw, zwykle dającym się poróżnić podstawowymi chwytami socjotechnicznymi,
- 5) konieczne zmiany dotyczą najistotniejszej fachowo, ale najmniej liczebnej grupy pracowników medycznych – możliwość generowania sporów między grupami pracowników wewnątrz ZOZ-u w celu wywarcia nacisku na lekarzy (np. „ulubione”: nie ma pieniędzy dla pielęgniarek, bo potrzebne są na podwyżki za dyżury medyczne, na których lekarze śpią),
- 6) będzie miało poparcie central dużych związków, które będą walczyły o interesy swoich członków (95% to pacjenci potencjalni lub faktyczni) przyzwyczajonych do pracy lekarzy w SPZOZ-ach za jałmużnę, w zamian za co oni mogą mieć finansowe przywileje branżowe.

#### **Spodziewana strategia to:**

- 1) zaskoczenie (sama nowelizacja ustawy bez wcześniejszych zapowiedzi jest zaskoczeniem),

- 2) pośpiech – wyartykułowanie jednolitego i przemyślanego stanowiska przez rozproszone i niejednolite środowisko będzie trudne. Przypomnieć należy, że organizacje działające w oparciu o ustawę muszą zaprezentować uchwałę przyjętą większością głosów przy spełnieniu *quorum*,
- 3) kolejna kampania medialna przeciw lekarzom – konowały i łapówkarze, szara strefa,
- 4) przymus propagandowy – tak czy owak ustawa wejdzie w życie,
- 5) przymus etyczny – czy lekarze porzucą swoich pacjentów...?

#### **Cele strategiczne Ministerstwa Zdrowia według priorytetów to:**

- 1) zachowanie ciągłości świadczeń – jedyny cel obligatoryjny, bo inaczej społeczeństwo zmiecie rząd...,
- 2) po raz kolejny wykorzystanie zasady „dobrowolnego przymusu” – lekarz zgadza się dobrowolnie, aby zobowiązać go... do pracy ponad normę,
- 3) *opt-out* na maksymalną możliwą liczbę godzin (wg MZ 78 godz./tydzień),
- 4) *opt-out* na zasadzie umowy na czas nieokreślony,
- 5) utrzymanie dotychczasowych nakładów finansowych – w istocie cel podrzędny, który zostanie przerzucony na dyrektorów SPZOZ-ów.

*Co my na to?*

#### **Cele według priorytetów to:**

- 1) podniesienie podstawy wynagrodzenia lekarzy do wartości określonej w uchwale NRL i OZZL (konieczne jednolite stanowisko) określonego co najmniej przez rozporządzenie MZ w odniesieniu do średniej krajowej w sektorze przedsiębiorstw.

#### **I na tym w zasadzie można by było skończyć wyliczankę.**

Myślę, że w zamian za to skłonni bylibyśmy do szeregu ustępstw w kwestii „dyżurów medycznych”, które przecież nie powinny być podstawowym źródłem zarobkowania lekarza w SPZOZ-ie. Np. w Niemczech godzina pracy na dyżurze jest gorzej płatna niż wynikająca z uposażenia podstawowego, nikt nie protestuje z tego powodu, ale podstawa dla specjalisty to obecnie 5500 euro. Ta idea jest warta każdego Zjazdu Nadzwyczajnego Lekarzy czy samorządowego, czy związkowego. Taka sytuacja polityczna jak obecnie nie powtórzy się przez najbliższe 15 lat – przymus dla polskiego rządu postawiony na forum międzynarodowym. To wszystko w zasadzie dzięki dr. Czesławowi Misiowi. Trzeba chociaż spróbować.

**A jeśli nie – to lekarze otrzymają dyrektywę, aby nie podpisywać ani jednej godziny *opt-out*... Bo jest to mniejszym złem dla pacjenta... Problem zorganizowania całodobowej opieki zdrowotnej w ramach środków jakiegokolwiek ubezpieczalni nie należy do lekarzy, ale do rządu i tej ubezpieczalni.**