

PL

PL

PL



KOMISJA WSPÓLNOT EUROPEJSKICH

Bruksela, dnia 26.10.2009
KOM(2009)577 wersja ostateczna

Wniosek

DYREKTYWA RADY

w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

UZASADNIENIE

1. KONTEKST WNIOSKU

1.1. Podstawa i cele wniosku

Celem wniosku jest nadanie mocy prawnej umowie ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, podpisanej dnia 17 lipca 2009 roku przez HOSPEEM (Europejskie Stowarzyszenie Szpitali i Pracodawców Ochrony Zdrowia) i EPSU (Europejską Federację Związków Zawodowych Służb Publicznych). Zgodnie z art. 138 Traktatu WE, w 2006 roku Komisja uznała oba te organy za europejskich partnerów społecznych w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.

Umowa ramowa (dalej zwana „umową”) ma na celu ochronę pracowników zagrożonych zranieniem wszelkimi ostrymi narzędziami medycznymi (w tym igłami) oraz zapobieganie takim zranieniom i zakażeniom, które te narzędzia mogą powodować. Przewiduje ona zintegrowane podejście do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększania świadomości oraz do monitorowania, zapewniając jednocześnie procedury w zakresie reagowania i działań następczych. Umowa oraz niniejszy wniosek przyczynią się do zapewnienia możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.

1.2. Kontekst ogólny

Zranienia igłami i innymi ostrymi narzędziami są jednymi z najpowszechniejszych i najpoważniejszych zagrożeń dla pracowników opieki zdrowotnej w Europie, skutkującymi wysokimi kosztami zarówno dla systemów opieki zdrowotnej, jak i ogólnie dla społeczeństwa.

Powszechnie wiadomo, że pracownicy szpitali i opieki zdrowotnej (pielęgniarki, lekarze, chirurdzy itd.), zwłaszcza ci, którzy pracują na niektórych oddziałach i wykonują określone czynności (oddziały ratunkowe, intensywnej opieki medycznej, zabiegów chirurgicznych itd.), często są zagrożeni zakażeniem wskutek ukłucia igłą czy zranienia innymi ostrymi narzędziami (skalpelem, narzędziami do zakładania szwów itd.). Konsekwencje mogą być bardzo poważne, skutkując zachorowaniem na tak poważne choroby, jak wirusowe zapalenie wątroby czy AIDS.

Według niektórych badań liczba zranień odnoszonych rocznie w Europie w wyniku ukłucia igłą wynosi w przybliżeniu 1 200 000.

We wspólnotowej strategii na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012¹ Komisja zapowiedziała, że zgodnie z postanowieniami art. 139 Traktatu WE zamierza kontynuować prace w ramach konsultacji z europejskimi partnerami społecznymi w celu znalezienia sposobów skutecznego zapobiegania ryzyku, między innymi w odniesieniu do zakażeń powstałych w wyniku ukłucia igłą.

¹ Komunikat Komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów – „Podniesienie wydajności i jakości w pracy: wspólnotowa strategia na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012” (COM(2007) 62 wersja ostateczna z dnia 21 lutego 2007 r.), pkt 4.3.

Parlament Europejski kilkakrotnie wyrażał zaniepokojenie zagrożeniem życia pracowników opieki zdrowotnej powodowanym zakażonymi igłami.

W rezolucji z dnia 24 lutego 2005 r. w sprawie promowania zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy² Parlament wezwał do zmiany dyrektywy 2000/54/WE w celu rozwiązania problemu ryzyka związanego ze stosowaniem igieł i ostrych narzędzi medycznych w pracy.

Dnia 6 lipca 2006 r. Parlament Europejski przyjął rezolucję³ w sprawie ochrony europejskich pracowników opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą. Parlament wezwał w niej Komisję, aby na podstawie art. 137 i 251 Traktatu WE przedłożyła wniosek legislacyjny dotyczący dyrektywy zmieniającej dyrektywę 2000/54/WE⁴ w sprawie czynników biologicznych w miejscu pracy.

Na mocy art. 138 ust. 1 Traktatu WE zadaniem Komisji jest popieranie konsultacji między partnerami społecznymi na poziomie wspólnotowym i podejmowanie wszelkich właściwych środków w celu ułatwienia ich dialogu, zapewniając stronom zrównoważone wsparcie. W tym celu, przed złożeniem wniosków z dziedziny polityki społecznej, Komisja musi skonsultować się z europejskimi partnerami społecznymi w kwestii możliwego kierunku działań UE oraz treści planowanego wniosku. Ponadto art. 138 ust. 4 Traktatu WE stanowi, że partnerzy społeczni mogą informować Komisję o swojej woli rozpoczęcia procesu przewidzianego w art. 139 Traktatu WE, czyli o zapoczątkowaniu przez nich dialogu na poziomie wspólnotowym, mogącego prowadzić do nawiązania stosunków umownych, w tym umów zbiorowych.

Dnia 21 grudnia 2006 r. Komisja zapoczątkowała pierwszy etap konsultacji z europejskimi partnerami społecznymi. Początek drugiego etapu przypadł na dzień 20 grudnia 2007 r.

W dokumentach konsultacyjnych wezwano europejskich partnerów społecznych do: (1) przedstawienia opinii na temat celów i treści planowanych inicjatyw legislacyjnych i pozalegisacyjnych; (2) powiadomienia Komisji o ewentualnym zamiarze przystąpienia do negocjacji na podstawie art. 138 ust. 4 oraz art. 139 Traktatu WE.

Wspólnym pismem z dnia 17 listopada 2008 r. EPSU i HOSPEEM poinformowały Komisję o zamiarze negocjowania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.

Z uwagi na fakt, że Komisja w pełni uznaje negocjacyjną autonomię europejskich partnerów społecznych w sprawach wchodzących w zakres ich kompetencji, prace mające na celu przygotowanie wniosku legislacyjnego dotyczącego dyrektywy zmieniającej dyrektywę 2000/54/WE w sprawie czynników biologicznych w miejscu pracy zawieszono w oczekiwaniu na wynik negocjacji między partnerami społecznymi.

² Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 24 lutego 2005 r. w sprawie promowania zdrowia i bezpieczeństwa w miejscu pracy (2004/2205(INI)), Dz.U. C 304 E z 1.12.2005, s. 400.

³ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 6 lipca 2006 r. z zaleceniem do Komisji w sprawie ochrony europejskich pracowników opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą (2006/2015(INI)), Dz.U. C 303 E z 13.12.2006, s. 754.

⁴ Dyrektywa 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy (siódma dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG), Dz.U. L 262 z 17.10.2000, s. 21.

Dnia 2 czerwca 2009 r. europejscy partnerzy społeczni doszli do porozumienia w sprawie umowy.

Dnia 17 lipca 2009 r. EPSU i HOSPEEM podpisały umowę i przekazały Komisji wniosek o przedłożenie jej Radzie w celu podjęcia decyzji na podstawie art. 139 ust. 2 Traktatu WE.

1.3. Obowiązujące przepisy w dziedzinie, której dotyczy wniosek

Dyrektywa Rady 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy⁵ ustanawia ogólne środki zapobiegawcze mające na celu ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pracowników. Określa ona minimalne wymagania dotyczące, między innymi, oceny zagrożeń i informowania, szkoleń oraz konsultacji z pracownikami. W szczególności artykuł 6 dyrektywy określa ogólne zasady zapobiegania, a mianowicie „zapobieganie zagrożeniom”, „zwalczanie źródeł zagrożeń” oraz „zastąpienie działań niebezpiecznych operacjami, które nie są niebezpieczne lub też są mniej niebezpieczne”. Oprócz przepisów dyrektywy 89/391/EWG do zapobiegania ryzyku zakażenia pracowników sektora opieki zdrowotnej mają zastosowanie także jej dyrektywy szczegółowe:

a) dyrektywa 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy (siódma dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)⁶ zawiera przepisy mające na celu zapobieganie takiemu ryzyku oraz ustanawia szczegółowe wymagania minimalne w tej dziedzinie. Ustanawia ona obowiązki pracodawców w obszarze zapobiegania ryzyku. W szczególności ustanawia obowiązek, w przypadku każdej czynności mogącej stwarzać ryzyko wystąpienia narażenia na działanie czynników biologicznych, ustalenia rodzaju, stopnia oraz czasu trwania narażenia pracowników w celu umożliwienia oceny stopnia wszelkiego zagrożenia dla zdrowia lub bezpieczeństwa pracowników oraz ustanowienia środków, które należy podjąć;

b) dyrektywa Rady 89/655/EWG z dnia 30 listopada 1989 r. dotycząca minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny użytkowania sprzętu roboczego przez pracowników podczas pracy (druga dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)⁷ (zmieniona dyrektywami 95/63/WE⁸ i 2001/45/WE⁹) ma na celu poprawę bezpieczeństwa pracowników używających takiego sprzętu roboczego, jak sprzęt medyczny stosowany w szpitalach. Pracodawcy zobowiązani są wybierać sprzęt roboczy zapewniający bezpieczne warunki pracy oraz eliminujący lub minimalizujący zagrożenia dla pracowników;

⁵ Dz.U. L 183 z 29.6.1989, s. 1.

⁶ Dz.U. L 262 z 17.10.2000, s. 21.

⁷ Dz.U. L 393 z 30.12.1989, s. 13.

⁸ Dyrektywa Rady 95/63/WE z dnia 5 grudnia 1995 r. zmieniająca dyrektywę 89/655/EWG dotyczącą minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny użytkowania sprzętu roboczego przez pracowników podczas pracy (druga dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG), Dz.U. L 335 z 30.12.1995, s. 28.

⁹ Dyrektywa 2001/45/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 czerwca 2001 r. zmieniająca dyrektywę Rady 89/655/EWG dotyczącą minimalnych wymagań w zakresie bezpieczeństwa i higieny użytkowania sprzętu roboczego przez pracowników podczas pracy (druga dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG), Dz.U. L 195 z 19.7.2001, s. 46.

c) dyrektywa Rady 89/656/EWG z dnia 30 listopada 1989 r. w sprawie minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia pracowników korzystających z wyposażenia ochronnego (trzecia dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG)¹⁰ stanowi, że indywidualne wyposażenie ochronne powinno być używane w sytuacjach, gdy nie można uniknąć zagrożeń lub nie można ich wystarczająco ograniczyć za pomocą technicznych środków ochrony zbiorowej lub za pomocą metod lub procedur organizacji pracy. Indywidualne wyposażenie ochronne musi być odpowiednie do istniejącego zagrożenia i nie może powodować samo w sobie zwiększenia ryzyka. Musi odpowiadać warunkom panującym na danym stanowisku pracy i musi być dopasowane do użytkownika.

Należy zwrócić uwagę, że w części II załącznika I do dyrektywy Rady 93/42/EWG z dnia 14 czerwca 1993 r. dotyczącej wyrobów medycznych¹¹ przewidziano, iż „wyrób oraz procesy jego produkcji muszą być projektowane tak, aby eliminować lub najbardziej ograniczyć zagrożenie infekcji pacjenta, użytkownika i osób trzecich. Konstrukcja musi być łatwa w obsłudze i, w miarę potrzeby, minimalizować skażenie wyrobu przez pacjenta i odwrotnie podczas używania.” (pkt 8.1). Każdy wyrób wprowadzany do obrotu musi nosić oznakowanie CE, potwierdzające jego zgodność z zasadniczymi wymaganiami tej dyrektywy.

1.4. Spójność z pozostałymi obszarami polityki i celami Unii

Cel tego wniosku jest spójny z obszarami polityki i celami UE.

Promowanie bezpiecznego i zdrowego środowiska pracy i tym samym ograniczanie gospodarczych kosztów problemów ze zdrowiem i bezpieczeństwem w pracy przyczynia się do realizacji ogólnych celów strategii lizbońskiej, czyli do wzrostu gospodarczego i zatrudnienia.

Ponadto odnowiona agenda społeczna: „Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku”¹² zawiera zapis mówiący o kluczowej roli pracowników sektora opieki zdrowotnej w świadczeniu wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Planowane działania są zgodne z polityką UE w obszarze zdrowia publicznego. W białej księdze „Razem na rzecz zdrowia: Strategiczne podejście dla UE na lata 2008–2013”¹³ podkreślono, że bezpieczeństwo pacjentów jest podstawowym obszarem troski. Wszelkie środki ukierunkowane na ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pracowników sektora opieki zdrowotnej służą podniesieniu jakości usług świadczonych na rzecz pacjentów oraz ograniczają możliwość doświadczenia przez pacjentów niekorzystnych skutków opieki zdrowotnej, z której korzystają.

¹⁰ Dz.U. L 393 z 30.12.1989, s. 18.

¹¹ Dz.U. L 169 z 12.7.1993, s. 1.

¹² Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów – „Odnowiona agenda społeczna: Możliwości, dostęp i solidarność w Europie XXI wieku” (COM(2008) 412 wersja ostateczna z dnia 2 lipca 2008 r.), s. 12.

¹³ COM(2007) 630 wersja ostateczna z dnia 23 października 2007 r., s. 8–9.

2. KONSULTACJE Z ZAINTERESOWANYMI STRONAMI ORAZ OCENA SKUTKÓW

2.1. Konsultacje

W następstwie rezolucji Parlamentu Europejskiego z dnia 6 lipca 2006 r., wzywającej Komisję do przedłożenia wniosku legislacyjnego na podstawie art. 137 i 251 Traktatu WE, dotyczącego dyrektywy zmieniającej dyrektywę 2000/54/WE z sprawie czynników biologicznych w miejscu pracy, Komisja zapoczątkowała dwuetapowe konsultacje z europejskimi partnerami społecznymi zgodnie z art. 138 Traktatu WE¹⁴.

Pierwszy etap konsultacji zapoczątkowano dnia 21 grudnia 2006 r. i dotyczyły one możliwego kierunku działań Wspólnoty na rzecz wzmocnienia ochrony pracowników europejskiego sektora opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą. Partnerów społecznych zapytano także, czy nie rozważyliby podjęcia wspólnej dobrowolnej inicjatywy na mocy art. 139 Traktatu WE.

Dnia 20 grudnia 2007 r. przystąpiono do drugiego etapu konsultacji, które dotyczyły istoty planowanych działań wspólnotowych.

W zasadzie organizacje pracowników uznały, że chociaż obowiązujące prawodawstwo uwzględnia zagrożenia w kategoriach ogólnych, to bardziej szczegółowe prawodawstwo wzmocniłoby ochronę pracowników, popierając tym samym wspólnotową inicjatywę w formie prawodawstwa.

Organizacje pracodawców uznały jednak, że obowiązujące prawodawstwo zapewnia właściwą ochronę i jednomyślnie sprzeciwiły się wspólnotowej inicjatywie w formie prawodawstwa.

Odnosnie do ewentualnych negocjacji w sprawie umowy między europejskimi partnerami społecznymi na mocy art. 139 Traktatu WE większość organizacji pracodawców i pracowników nie wykluczyła możliwości negocjowania umowy sektorowej (zwłaszcza w sektorze szpitali). W uzupełnieniu do konsultacji, EPSU i HOSPEEM, podstawowe organizacje zrzeszające organizacje pracodawców i pracowników, poinformowały Komisję o rozważaniu możliwości zapoczątkowania w danej sprawie negocjacji mogących prowadzić do zawarcia umowy.

2.2. Gromadzenie i wykorzystanie wiedzy specjalistycznej

Zewnętrzna wiedzę specjalistyczną dotyczącą problemu zranień odnoszonych w UE wskutek ukłucia igłą oraz prawdopodobnych skutków możliwych wariantów strategicznych zgromadzono w drodze badania, które Komisja powierzyła zewnętrznemu konsultantowi, wyłonionemu w wyniku otwartego zaproszenia do składania ofert. Celem badania było przeprowadzenie dogłębnej analizy skutków społeczno-gospodarczych oraz skutków dla zdrowia i środowiska, jakie miałyby ewentualna wspólnotowa inicjatywa ukierunkowana na ochronę pracowników sektora opieki zdrowotnej w UE przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą i innymi ostrymi przedmiotami czy narzędziami.

¹⁴ <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?type=50&policyArea=0&subCategory=0&country=0&year=2006&advSearchKey=&mode=advancedSubmit&langId=pl> oraz <http://ec.europa.eu/social/keyDocuments.jsp?pager.offset=10&langId=pl&mode=advancedSubmit&policyArea=0&subCategory=0&year=2007&country=0&type=50>

Dnia 7 lutego 2008 r. europejscy partnerzy społeczni zorganizowali seminarium techniczne z udziałem naukowców, pracowników sektora opieki zdrowotnej oraz pracodawców (profesorów, chirurgów, lekarzy i pielęgniarek), którzy przedstawili całe spektrum analiz przypadków i statystyk. Seminarium umożliwiło wymianę dobrych praktyk i danych dotyczących zranień w sektorze opieki zdrowotnej. Omówiono na nim różne rodzaje narażenia na ryzyko (przez skórę, błonę śluzową i skórę nieuszkodzoną) oraz związanych z nim zakażeń zawodowych (bakteryjnych, wirusowych, pierwotniakowych, grzybiczych i prowadzących do nowotworów). Dokonano również przeglądu wszystkich przyczyn zranień (strzykawki, wenflony, lancety i cewniki) i powszechności występowania każdej z nich. Potwierdziło to wyraźnie, że zakresem zagrożeń zawodowych, którym trzeba stawić czoła w sektorze szpitali, należy objąć wszystkie rodzaje zranień ostrymi narzędziami, w tym zranienia igłą. Europejscy partnerzy społeczni poinformowali w związku z tym Komisję o swoim zamiarze wszczęcia negocjacji.

2.3. Ocena skutków

Komisja nie przygotowała szczegółowej oceny skutków dla tego wniosku, gdyż nie ma takiego wymogu, jeżeli wniosek dotyczy propozycji nadania mocy prawnej umowie między partnerami społecznymi na podstawie art. 139 ust. 2 Traktatu WE.

3. ASPEKTY PRAWNE WNIOSKU

3.1. Podstawa prawna

Podstawę prawną dla wniosku stanowi art. 139 ust. 2 Traktatu WE.

Artykuł 139 ust. 2 Traktatu WE stanowi, że wykonywanie umów zawartych przez europejskich partnerów społecznych na poziomie wspólnotowym w dziedzinach objętych art. 137 Traktatu WE odbywa się „na wspólne żądanie stron-sygnatariuszy, w drodze decyzji Rady na wniosek Komisji”. Następnie zawiera zapis, że „Rada stanowi większością kwalifikowaną, z wyjątkiem przypadku gdy dana umowa zawiera jedno lub więcej postanowień dotyczących jednej z dziedzin, w których zgodnie z artykułem 137 ustęp 2 wymagana jest jednomyślność. W tym przypadku Rada stanowi jednomyślnie.”

Umowa zawarta między HOSPEEM a EPSU ma na celu zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy przez zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą) oraz ochronę pracowników narażonych. W ten sposób ukierunkowana jest ona „szczególnie na poprawę środowiska pracy w celu zapewnienia ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników”, a zatem dotyczy dziedziny podlegającej postanowieniom art. 137 Traktatu WE, w której Rada może stanowić większością kwalifikowaną. Artykuł 139 ust. 2 Traktatu WE stanowi w związku z tym właściwą podstawę prawną dla danego wniosku Komisji.

W art. 139 ust. 2 Traktatu WE nie przewidziano udziału Parlamentu w procedurze legislacyjnej. Stosownie do przyjętych uprzednio zobowiązań Komisja przekaze jednak swój wniosek do wiadomości Parlamentu, aby umożliwić mu przesłanie opinii do Komisji i Rady, jeżeli taka będzie jego wola. Tak samo postąpi wobec Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego.

3.2. Analiza Umowy

Zgodnie z komunikatem Komisji¹⁵ ustanawiającym reguły wykonywania umów na podstawie art. 139 Traktatu WE, „Komisja przygotowuje dla Rady wnioski dotyczące decyzji po rozpatrzeniu reprezentatywnego statusu umawiających się stron, ich mandatu i zgodności każdej klauzuli układu zbiorowego z prawem wspólnotowym oraz z postanowieniami dotyczącymi małych i średnich przedsiębiorstw, zawartymi w art. [137 ust. 2 lit. b) Traktatu WE].” Poniżej przedstawiono wyniki przedmiotowej oceny *ex ante*.

3.2.1. Reprezentatywny status stron będących sygnatariuszami i ich mandat

Możliwość prowadzenia konsultacji z europejskimi partnerami społecznymi oraz negocjowania przez nich umów zależy od ich reprezentatywnego statusu. Według jednego z kryteriów określających taką możliwość w decyzji Komisji 98/500/WE z dnia 20 maja 1998 r. w sprawie ustanowienia Komitetów Dialogu Sektorowego promujących dialog między partnerami społecznymi na szczeblu europejskim¹⁶, partnerzy społeczni „składają się z organizacji, które same są integralną i uznaną częścią struktur partnerów społecznych państw członkowskich, posiadają zdolność do negocjowania układów i reprezentują kilka państw członkowskich”.

3.2.1.1 Reprezentatywny status EPSU i HOSPEEM w publicznej i prywatnej sferze sektora szpitali i opieki zdrowotnej

W 2008 roku Komisja zapoczątkowała badanie (opublikowane dnia 29 maja 2009 r.) dotyczące reprezentatywnego statusu partnerów społecznych UE w sektorze szpitali¹⁷. W opracowaniu z badania stwierdzono, że „większość pracowników sektora pracuje w szpitalach publicznych”. HOSPEEM i EPSU reprezentują jednak obie sfery sektora szpitali i opieki zdrowotnej. Rzeczywiście, kiedy w 2006 r. utworzono Komitet Dialogu Społecznego w Sektorze Szpitalnym, Komisja zapewniła także reprezentację prywatnej sfery sektora ze strony pracodawców podpisując umowę o współpracy między HOSPEEM a HOPE (*Europejską Federacją Szpitali i Opieki Zdrowotnej*). HOPE reprezentuje krajowe stowarzyszenia szpitali publicznych i prywatnych oraz właścicieli szpitali, zrzeszając federacje władz lokalnych i regionalnych oraz krajowe zakłady opieki zdrowotnej w ramach 10 filii w siedmiu krajach. Na podstawie tej umowy o współpracy HOPE udzieliła HOSPEEM szczególnego mandatu do działań w ramach europejskiego dialogu społecznego.

Po stronie pracowników EPSU obejmuje wszystkie państwa członkowskie i przynależność do niej jest otwarta dla wszystkich związków zawodowych, zarówno ze sfery prywatnej, jak i publicznej, a także non-profit. Większość związków należących do EPSU zrzesza pracowników z całego sektora opieki zdrowotnej; mogą to być związki służb użyteczności publicznej (takie jak Unison, Ver.di i Abvakabo FNV) lub związki służb użyteczności publicznej w obszarze opieki zdrowotnej/usług socjalnych (takie jak CGT Santé-Sociaux i EDDSZ). Wśród członków EPSU znajduje się także wiele związków zawodowych (takich jak DNO, RCM i Marburger Bund). Wszystkie związki zrzeszają pracowników sektora opieki zdrowotnej zarówno ze sfery prywatnej, jak i publicznej. W krajach, w których pracownicy publicznej i prywatnej sfery sektora opieki zdrowotnej należą do różnych związków

¹⁵ Komunikat Komisji dotyczący stosowania Protokołu w sprawie polityki społecznej (COM(93) 600 wersja ostateczna z dnia 14 grudnia 1993 r.).

¹⁶ Dz.U. L 225 z 12.8.1998, s. 27.

¹⁷ <http://www.eurofound.europa.eu/docs/eiro/tn0802017s/tn0802017s.pdf>

zawodowych, EPSU z zasady reprezentuje zarówno związki ze sfery publicznej, jak i prywatnej (np. w Belgii i Austrii). EPSU zrzesza również organizacje działające wyłącznie w prywatnej sferze danego sektora.

3.2.1.2 Reprezentatywny status HOSPEEM i EPSU w sektorze szpitali oraz opieki zdrowotnej

Kiedy w 2006 r. utworzono Komitet Dialogu Społecznego w Sektorze Szpitalnym, Komisja dokonała oceny reprezentatywnego statusu EPSU i HOSPEEM, wyraźnie stwierdzając, że obie organizacje reprezentują publiczne, prywatne oraz non-profit szpitale i stowarzyszenia szpitali, nieodłącznie powiązane z sektorem opieki zdrowotnej i świadczące takie usługi, jak zakwaterowanie, żywienie, opieka pielęgniarska, opieka medyczna i rehabilitacja, przy zapewnieniu leczenia pod nadzorem lekarzy. Nazwy większości krajowych członków tych organizacji także dowodzą, że omawiani europejscy partnerzy społeczni reprezentują sektor opieki zdrowotnej. Na koniec należy wspomnieć, że w badaniu reprezentatywnego statusu uwytatniono wielosektorowy wymiar HOSPEEM i EPSU (HOSPEEM wywodzi się z CEEP – Europejskiego Centrum Przedsiębiorstw Publicznych, uznawanego za europejskiego międzysektorowego partnera społecznego reprezentującego pracodawców sfery publicznej).

Zarówno EPSU, jak i HOSPEEM działają w krajach spoza UE.

EPSU obejmuje zakresem działalności wszystkie 27 państw członkowskich. EPSU zrzesza największe krajowe związki zawodowe z danego sektora i reprezentuje większość należących do związków pracowników danego sektora. Wszystkie krajowe filie EPSU biorą udział w rokowaniach zbiorowych lub „quasi-zbiorowych”, czyli w rzeczywistości w negocjacjach lub konsultacjach.

HOSPEEM (w tym HOPE) obejmuje zakresem działalności łącznie 16 państw członkowskich (AT, BE, CZ, DE, DK, EE, FR, IE, IT, LU, LV, NL, PL, SE, SK oraz UK) (w sześciu z pozostałych 11 państw członkowskich nie ma stowarzyszeń pracodawców). Według badania HOSPEEM obejmuje zakresem swej działalności najwięcej krajów spośród wszystkich europejskich stowarzyszeń.

3.2.1.3 Zakres działalności europejskich partnerów społecznych

Według informacji uzyskanych od EPSU i HOSPEEM działalność tych europejskich partnerów społecznych obejmuje swym zakresem kody statystycznej klasyfikacji działalności gospodarczej we Wspólnocie Europejskiej od Q86 do Q88 (kody NACE), czyli prowadzą oni *działalność w zakresie ochrony zdrowia ludzkiego, szpitalnictwa, działalność w zakresie praktyki lekarskiej i stomatologicznej, działalność w zakresie praktyki lekarskiej ogólnej, praktyki lekarskiej specjalistycznej, pomocy społecznej z zakwaterowaniem, pomocy społecznej z zakwaterowaniem zapewniającej opiekę pielęgniarską, pomocy społecznej z zakwaterowaniem dla osób upośledzonych umysłowo, z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami, pomocy społecznej z zakwaterowaniem dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych, w zakresie pozostałej pomocy społecznej z zakwaterowaniem, pomocy społecznej bez zakwaterowania dla osób w podeszłym wieku i osób niepełnosprawnych, pozostałej pomocy społecznej bez zakwaterowania, opieki dziennej nad dziećmi, pozostałej pomocy społecznej bez zakwaterowania.*

3.2.1.4 Zdolność do prowadzenia negocjacji

Jednym z kryteriów warunkujących reprezentatywny status na poziomie europejskim jest zdolność europejskich partnerów społecznych do prowadzenia negocjacji w imieniu członków, których zrzeszają. Komisja dokonała oceny zdolności do prowadzenia negocjacji w 2006 r., kiedy zapoczątkowano dialog społeczny w sektorze szpitali. Wyniki badania reprezentatywnego statusu wskazują, że EPSU posiada mandat do prowadzenia negocjacji w sprawach dotyczących europejskiego dialogu społecznego zgodnie ze swoim statutem. HOSPEEM także posiada mandat do prowadzenia w imieniu swoich członków negocjacji w sprawach dotyczących europejskiego dialogu społecznego.

Podsumowując, strony będące sygnatariuszami umowy posiadają wystarczająco reprezentatywny status w odniesieniu do sektora szpitali i opieki zdrowotnej ogólnie oraz pracowników, których może dotyczyć dana umowa. W związku z tym spełnione zostały wszystkie warunki dotyczące reprezentatywnego statusu stron będących sygnatariuszami umowy.

3.2.2. Zgodność klauzul umowy z prawem

Komisja dokładnie przeanalizowała wszystkie klauzule umowy i uznała, że żadna z nich nie narusza przepisów prawa wspólnotowego.

Przedmiot umowy wchodzi w zakres art. 137 ust. 1 lit. a) Traktatu WE (polepszanie środowiska pracy w celu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników).

Umowa zawiera klauzulę dotyczącą „minimalnych standardów”, zawierającą zapis mówiący, że umowa nie narusza obowiązujących lub przyszłych przepisów krajowych i wspólnotowych, które mogą być korzystniejsze dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi (klauzula 11).

W związku z tym Komisja uważa, że umowa spełnia warunek zgodności z prawem.

3.2.3. Postanowienia dotyczące małych i średnich przedsiębiorstw

Stosownie do postanowień art. 137 ust. 2 Traktatu WE, prawodawstwo dotyczące spraw społecznych musi unikać „nakładania administracyjnych, finansowych i prawnych ograniczeń, które utrudniałyby tworzenie i rozwijanie małych i średnich przedsiębiorstw”.

Chociaż umowa nie zawiera szczegółowych klauzul z uzgodnieniami dotyczącymi MŚP, to żadna klauzula nie skutkuje niewłaściwymi obciążeniami dla MŚP.

3.3. Zasady pomocniczości i proporcjonalności

Wniosek ma na celu zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy przez zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą) oraz ochronę pracowników narażonych z sektora szpitali i opieki zdrowotnej na poziomie europejskim. Działania podejmowane samodzielnie przez państwa członkowskie nie mogą zatem wystarczyć do zapewnienia minimalnego poziomu ochrony przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi na skalę całej UE, natomiast ochronę taką można skuteczniej zapewnić, podejmując działania na poziomie wspólnotowym. Zarówno europejscy partnerzy społeczni, jak i Komisja są przekonani o konieczności podjęcia działań w danym obszarze na poziomie Wspólnoty.

Kolejną gwarancją przestrzegania zasady pomocniczości jest fakt, że istotne postanowienia umowy zawarte we wniosku zostały opracowane przez uprawnionych przedstawicieli pracowników i pracodawców, działających na poziomie UE (tj. tych, których najbardziej dotyczą różne środki w danym obszarze).

Odnosnie do proporcjonalności wniosek zapewnia realizację celów nie wykraczając poza to, co konieczne. Państwom członkowskim oraz Wspólnocie przysługuje określona swoboda w utrzymaniu lub przyjmowaniu przepisów korzystniejszych dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi (klauzula 11). Należy również zwrócić uwagę na fakt opatrzenia umowy określeniem „ramowa”.

W związku z powyższym, przedstawiony na właściwym poziomie wniosek, który nie wykracza poza to, co jest niezbędnie konieczne do realizacji celów na poziomie UE, jest zgodny z zasadami pomocniczości i proporcjonalności.

3.4. Wybór instrumentów

Wyrażenie „decyzja Rady” w art. 139 ust. 2 Traktatu WE należy rozumieć w jego ogólnym znaczeniu jako odnoszące się do prawnie wiążących instrumentów przewidzianych w art. 249 Traktatu WE. To Komisja podejmuje decyzję i proponuje najodpowiedniejszy z trzech wiążących instrumentów (dyrektywę, rozporządzenie lub decyzję). Umowa ma na celu ustanowienie minimalnych wymagań mających najlepsze zastosowanie pośrednie w formie przepisów, które mają być transponowane do prawa krajowego przez państwa członkowskie lub partnerów społecznych, jeżeli mieć na uwadze rodzaj i przedmiot umowy. W związku z tym właściwym instrumentem jest dyrektywa Rady, do której załączono umowę.

3.5. Tabela korelacji

Państwa członkowskie są zobowiązane przesłać Komisji tekst przepisów krajowych transponujących dyrektywę oraz tabelę korelacji tych przepisów z przepisami dyrektywy.

3.6. Europejski Obszar Gospodarczy

Mając na uwadze, że umowa ma znaczenie dla Europejskiego Obszaru Gospodarczego, dyrektywa będzie miała zastosowanie do państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego nienależących do UE, w następstwie decyzji podjętej przez Wspólny Komitet EOG.

4. WPLYW NA BUDŻET

Wniosek nie ma wpływu finansowego na budżet Wspólnoty.

5. DOKŁADNE WYJAŚNIENIE PRZEPISÓW SZCZEGÓŁOWYCH

5.1. Tekst dyrektywy

Artykuł 1

Na mocy tego artykułu umowa między partnerami społecznymi załączona do dyrektywy będzie prawnie wiążąca w całej Unii Europejskiej, co pokrywa się z celem decyzji Rady przyjętej na podstawie art. 139 ust. 2 Traktatu WE.

Artykuł 2

Proponowany artykuł to standardowy artykuł dotyczący kar. Ma on w znacznym stopniu przyczynić się do skutecznego wykonania umowy.

Artykuły 3, 4 i 5

W artykułach tych zawarto zwyczajowe postanowienia w sprawie transpozycji do prawa państw członkowskich oraz szczegółowe postanowienia dotyczące możliwości transponowania w drodze rokowań zbiorowych.

5.2. Tekst umowy w załączniku do dyrektywy

Klauzula 1: Cel

Klauzula ta określa ogólny cel umowy (zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy przez zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych, w tym zranieniom igłą, oraz ochronę pracowników narażonych). W tym celu przewidziano w niej zintegrowane podejście w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększania świadomości oraz do monitorowania, jak również procedury w zakresie reagowania i działań następnych.

Klauzula 2: Zakres

Klauzula ta zawiera wyjaśnienie, że umowa ma zastosowanie do wszystkich pracowników sektora szpitali i opieki zdrowotnej oraz do wszystkich osób pracujących pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców.

Klauzula 3: Definicje

W umowie stosuje się różne wyrażenia: pracownicy, miejsca pracy, pracodawcy, ostre narzędzia, hierarchia środków, szczególne środki zapobiegawcze, przedstawiciele pracowników, przedstawiciele pracowników o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo oraz podwykonawcy. W klauzuli 3 wyjaśniono znaczenie tych wyrażeń do celów umowy.

Klauzula 4: Zasady

Klauzula ta ustanawia zasady, których należy przestrzegać, podejmując działania na mocy umowy.

W ustępie 1 uwydatniono zasadniczą rolę dobrze wyszkolonej, wyposażonej w odpowiednie środki oraz bezpiecznej siły roboczej sektora usług opieki zdrowotnej w kategoriach zapobiegania zagrożeniom. Zawiera on także stwierdzenie, że zapobieganie narażeniu to kluczowa strategia eliminowania i zmniejszania ryzyka wystąpienia zranień i zakażeń.

Ustęp 2 dotyczy roli przedstawicieli o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo w zapobieganiu ryzyku oraz ochronie pracowników.

Ustęp 3 zobowiązuje pracodawcę do zapewnienia zdrowia i bezpieczeństwa pracowników we wszystkich aspektach związanych z pracą.

Ustęp 4 nakłada na każdego pracownika obowiązek dbania o bezpieczeństwo własne oraz innych osób, na które mają wpływ wykonywane przez niego czynności w miejscu pracy.

Ustęp 5 dotyczy uczestnictwa pracowników i ich przedstawicieli w formułowaniu polityki oraz praktyk w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa.

Ustęp 6 wyjaśnia, że zasada szczególnych środków zabezpieczających nigdy nie zakłada braku ryzyka. Zwraca się w niej również uwagę na mającą zastosowanie hierarchię środków dotyczących ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników określoną w odpowiedniej dyrektywie wspólnotowej, tj. na unikanie zagrożeń, ocenę pozostałych zagrożeń, których nie można uniknąć, zwalczanie zagrożeń u źródła oraz ograniczenie zagrożeń do minimum.

Ustęp 7 dotyczy współpracy przedstawicieli pracodawców i pracowników mającej na celu wyeliminowanie zagrożeń i zapobieganie im, ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz tworzenie bezpiecznego środowiska pracy.

W ustępie 8 uznaje się konieczność podejmowania działań w ramach procesów udzielania informacji i konsultacji zgodnie z prawem krajowym lub układami zbiorowymi.

Ustęp 9 dotyczy skuteczności środków ukierunkowanych na zwiększanie świadomości.

W ustępie 10 podkreśla się znaczenie łączenia kilku środków w celu zapewnienia możliwie najbezpieczniejszego środowiska w miejscu pracy.

Ustęp 11 stanowi, że procedury zgłaszania wypadków powinny koncentrować się raczej na ogólnych czynnikach, a nie na poszczególnych błędach, natomiast systematyczną sprawozdawczość należy traktować jak przyjętą procedurę.

Klauzula 5: Ocena ryzyka

Ustęp 1 stanowi, że procedury oceny ryzyka mają przebiegać zgodnie z odpowiednimi przepisami dyrektyw 2000/54/WE oraz 89/391/EWG.

Paragraf 2 określa, co należy uwzględnić w ocenach ryzyka, wyszczególniając także potencjalnie niebezpieczne sytuacje, które należy objąć takimi ocenami.

Ustęp 3 zawiera wykaz czynników, które należy uwzględnić w ocenach ryzyka w celu ustalenia możliwego sposobu wyeliminowania narażenia oraz rozważenia możliwych systemów alternatywnych.

Klauzula 6: Eliminowanie, zapobieganie i ochrona

Ustępy 1 i 2 zawierają wykaz kilku działań, które należy podjąć w celu wyeliminowania ryzyka zranień ostrymi narzędziami lub zakażeń oraz w celu zmniejszenia ryzyka narażenia.

Ustępy 3 i 4 dotyczą sytuacji, w których ma miejsce zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników wynikające z narażenia na działanie czynników biologicznych, dla których istnieją skuteczne szczepionki. W takich sytuacjach pracownikom należy zaproponować szczepienia, które należy przeprowadzić zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką. Ponadto pracowników należy informować o korzyściach i ujemnych stronach szczepienia oraz niepoddania się takiemu szczepieniu. Szczepienia muszą być bezpłatne.

Klauzula 7: Informowanie i zwiększanie świadomości

Z uwagi na fakt, że ostre narzędzia medyczne uważa się za sprzęt roboczy na podstawie dyrektywy 89/655/EWG, klauzula ta ustanawia kilka działań w zakresie informowania i zwiększania świadomości, które ma podejmować pracodawca w uzupełnieniu do udzielania informacji i pisemnych instrukcji zgodnie z art. 6 tej dyrektywy.

Klauzula 8: Szkolenia

Klauzula ta przewiduje obowiązek poddawania pracowników szkoleniom poświęconym niektórym obszarom polityki i procedurom związanym ze zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi, w tym szkoleniom wymienionym w tej klauzuli. Szkolenia te prowadzi się w uzupełnieniu do środków ustanowionych w artykule 9 („Informacja oraz szkolenie pracowników”) dyrektywy 2000/54/WE w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy.

W klauzuli tej nakłada się także na pracodawców różne obowiązki w odniesieniu do szkoleń oraz przewiduje się obowiązkowe szkolenia dla pracowników.

Klauzula 9: Sprawozdawczość

Ustęp 1 ustanawia obowiązek przyjęcia istniejących procedur zgłaszania wypadków skutkujących zranieniami oraz obowiązek weryfikacji tych procedur we współpracy z przedstawicielami o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo lub właściwymi przedstawicielami pracodawców i pracowników. W procedurach dotyczących sprawozdawczości należy uwzględnić informacje techniczne w celu udoskonalenia procesu gromadzenia danych o tego rodzaju zagrożeniach (które często się lekceważy) na poziomie lokalnym, krajowym i europejskim.

W ustępie 2 nakłada się na pracowników obowiązek niezwłocznego zgłaszania wszelkich wypadków i zdarzeń mających związek z ostrymi narzędziami medycznymi.

Klauzula 10: Reagowanie i działania następne

Ta klauzula dotyczy polityki oraz procedur obowiązujących w przypadku zranienia ostrym narzędziem. W szczególności wymienia się w niej kilka obowiązkowych działań następnych, takich jak profilaktyka po narażeniu oraz konieczne badania medyczne, właściwa kontrola zdrowotna, badanie przyczyn i okoliczności wypadku, odnotowanie wypadku w rejestrze oraz poradnictwo dla pracowników.

Zawiera ona zapis zobowiązujący do zachowania poufności informacji na temat zranienia, diagnozy i leczenia.

Klauzula 11: Wykonanie

Ta klauzula zawiera kilka postanowień dotyczących wykonania umowy.

Zawiera ona klauzulę dotyczącą „minimalnych standardów”, w tym zapis mówiący, że umowa nie narusza obowiązujących lub przyszłych przepisów krajowych i wspólnotowych, które mogą być korzystniejsze dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi.

Stanowi ona, że Komisja może skierować kwestię wykładni umowy do stron będących jej sygnatariuszami w celu wyrażenia przez nie opinii, bez uszczerbku dla roli Komisji, sądów krajowych oraz Trybunału Sprawiedliwości Wspólnot Europejskich.

Wniosek

DYREKTYWA RADY

w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU

(Tekst mający znaczenie dla EOG)

RADA UNII EUROPEJSKIEJ,

uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 139 ust. 2,

uwzględniając wniosek Komisji¹⁸,

a także mając na uwadze, co następuje:

- (1) Zgodnie z art. 139 ust. 2 Traktatu, partnerzy społeczni mogą wspólnie zażądać, aby wykonywanie zawartych między nimi na poziomie wspólnotowym umów w sprawach podlegających art. 137 Traktatu odbyło się w drodze decyzji Rady na wniosek Komisji.
- (2) Pismem z dnia 17 listopada 2008 r. europejskie organizacje partnerów społecznych HOSPEEM (Europejskie Stowarzyszenie Szpitali i Pracodawców Ochrony Zdrowia, sektorowa organizacja reprezentująca pracodawców) i EPSU (Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych, europejska organizacja związków zawodowych) poinformowały Komisję o zamiarze przystąpienia do negocjacji na podstawie art. 138 ust. 4 i art. 139 Traktatu, mających na celu zawarcie umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.
- (3) Dnia 17 lipca 2009 r. europejscy partnerzy społeczni podpisali tekst umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej.
- (4) Zważywszy że cele proponowanych działań, a mianowicie zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy przez zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą) oraz ochronę pracowników narażonych, nie mogą być osiągnięte w sposób wystarczający przez państwa członkowskie, natomiast możliwe jest lepsze ich osiągnięcie na poziomie Wspólnoty, Wspólnota może przyjąć środki zgodnie z zasadą pomocniczości określoną w art. 5 Traktatu. Zgodnie z zasadą proporcjonalności

¹⁸ Dz.U. C, s.

określoną w tym artykule, dyrektywa nie wykracza poza to, co jest konieczne do osiągnięcia wymienionych celów.

- (5) Sporządzając wniosek dotyczący dyrektywy, Komisja uwzględniła reprezentatywny status stron będących sygnatariuszami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, mając na uwadze zakres umowy, mandat tych stron oraz zgodność klauzul umowy ramowej z przepisami i z odpowiednimi przepisami dotyczącymi małych i średnich przedsiębiorstw.
- (6) Komisja przekazała swój wniosek do wiadomości Parlamentu Europejskiego i Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego.
- (7) Celem umowy ramowej, określonym w jej klauzuli 1, jest dalsza realizacja jednego z celów polityki społecznej, mianowicie poprawa warunków pracy.
- (8) Klauzula 11 umożliwia państwom członkowskim i Wspólnocie utrzymanie i wprowadzanie przepisów korzystniejszych dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi.
- (9) Państwa członkowskie powinny ustanowić skuteczne, proporcjonalne i odstraszające kary na wypadek naruszenia zobowiązań wynikających z niniejszej dyrektywy.
- (10) Państwa członkowskie mogą powierzyć partnerom społecznym, na ich wspólny wniosek, wdrażanie przepisów niniejszej dyrektywy, o ile podejmą oni wszelkie niezbędne działania na rzecz nieustannej realizacji celów niniejszej dyrektywy,

PRZYJMUJE NINIEJSZĄ DYREKTYWĘ:

Artykuł 1

Niniejsza dyrektywa wdraża umowę ramową dotyczącą zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, podpisaną dnia 17 lipca 2009 r. przez europejskich partnerów społecznych – HOSPEEM i EPSU, stanowiącą załącznik do niniejszej dyrektywy.

Artykuł 2

Państwa członkowskie ustanawiają przepisy w sprawie nakładania kar mających zastosowanie w przypadku naruszenia krajowych przepisów przyjętych na podstawie niniejszej dyrektywy, podejmując również wszelkie środki konieczne do wdrożenia tych przepisów. Przewidziane kary muszą być skuteczne, proporcjonalne i odstraszające. Państwa członkowskie zobowiązane są przekazać te przepisy do wiadomości Komisji najpóźniej w terminie określonym w artykule 3 oraz niezwłocznie informować ją o wszelkich późniejszych zmianach tych przepisów.

Artykuł 3

1. Państwa członkowskie wprowadzają w życie przepisy ustawowe, wykonawcze i administracyjne konieczne do wykonania niniejszej dyrektywy lub zapewniają wprowadzenie

koniecznych środków na podstawie umowy przez partnerów społecznych, najpóźniej do dnia [two years after adoption] r. Niezwłocznie przekazują Komisji teksty tych przepisów oraz tabelę korelacji pomiędzy tymi przepisami a niniejszą dyrektywą.

Przepisy przyjęte przez państwa członkowskie zawierają odniesienie do niniejszej dyrektywy lub odniesienie takie towarzyszy ich urzędowej publikacji. Metody dokonywania takiego odniesienia określone są przez państwa członkowskie.

2. Państwa członkowskie mogą skorzystać z dodatkowego maksymalnego rocznego okresu w celu wykonania przepisów niniejszej dyrektywy, jeżeli jest to niezbędne dla uwzględnienia szczególnych trudności lub wykonania układu zbiorowego. Najpóźniej do dnia [deadline for implementation] r. zobowiązane są poinformować o tym Komisję, uzasadniając konieczność skorzystania z dodatkowego okresu.

3. Państwa członkowskie przekazują Komisji teksty podstawowych przepisów prawa krajowego, przyjętych w dziedzinie objętej niniejszą dyrektywą.

Artykuł 4

Niniejsza dyrektywa wchodzi w życie dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w *Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej*.

Artykuł 5

Niniejsza dyrektywa skierowana jest do państw członkowskich.

Sporządzono w Brukseli dnia [...] r.

*W imieniu Rady
Przewodniczący
[...]*

ZAŁĄCZNIK

UMOWA RAMOWA

DOTYCZĄCA ZAPOBIEGANIA ZRANIENIOM OSTRYMI NARZĘDZIAMI W SEKTORZE SZPITALI I OPIEKI ZDROWOTNEJ

Preambuła:

1. Zdrowie i bezpieczeństwo w pracy to zagadnienie, które powinno mieć znaczenie dla każdego, kto jest związany z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej. Podejmowanie działań ukierunkowanych na zapobieganie niepotrzebnym zranieniom i ochronę przed nimi będzie miało pozytywny wpływ na zasoby, z zastrzeżeniem prawidłowej realizacji tych działań;
2. Zdrowie i bezpieczeństwo pracowników to sprawa pierwszorzędnej wagi, ściśle powiązana ze zdrowiem pacjentów. Warunkuje ona jakość opieki;
3. Proces formułowania i wdrażania polityki w odniesieniu do ostrych narzędzi medycznych powinien być wynikiem dialogu społecznego;
4. HOSPEEM (*Europejskie Stowarzyszenie Szpitali i Pracodawców Ochrony Zdrowia*) i EPSU (*Europejska Federacja Związków Zawodowych Służb Publicznych*), uznani europejscy partnerzy społeczni z sektora szpitali i opieki zdrowotnej, postanawiają, co następuje:

Uwagi ogólne:

1. uwzględniając Traktat ustanawiający Wspólnotę Europejską, w szczególności jego art. 138 i art. 139 ust. 2;
2. uwzględniając dyrektywę Rady 89/391/EWG z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy¹⁹;
3. uwzględniając dyrektywę Rady 89/655/EWG z dnia 30 listopada 1989 r. dotyczącą minimalnych wymagań w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny użytkowania sprzętu roboczego przez pracowników podczas pracy²⁰;
4. uwzględniając dyrektywę 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy²¹;
5. uwzględniając wspólnotową strategię na rzecz bezpieczeństwa i higieny pracy na lata 2007–2012²²;
6. uwzględniając dyrektywę 2002/14/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 marca 2002 r. ustanawiającą ogólne ramowe warunki informowania i przeprowadzania konsultacji z pracownikami we Wspólnocie Europejskiej²³;

¹⁹ Dz.U. L 183 z 29.6.1989, s. 1.

²⁰ Dz.U. L 393 z 30.12.1990, s. 13.

²¹ Dz.U. L 262 z 17.10.2000, s. 21.

²² COM(2007) 62 wersja ostateczna z 21.2.2007.

7. uwzględniając rezolucję Parlamentu Europejskiego z dnia 6 lipca 2006 r. w sprawie ochrony europejskich pracowników opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą (2006/2015(INI));
8. uwzględniając pierwszy i drugi etap konsultacji Komisji Europejskiej w sprawie ochrony pracowników europejskiego sektora opieki zdrowotnej przed zakażeniami krwiopochodnymi wynikającymi ze zranień igłą;
9. uwzględniając wyniki seminarium technicznego EPSU i HOSPEEM poświęconego zranieniom igłą z dnia 7 lutego 2008 r.;
10. uwzględniając hierarchię ogólnych zasad dotyczących zapobiegania ustanowionych w art. 6 dyrektywy Rady 89/391/EWG oraz środki zapobiegawcze określone w art. 3, 5 i 6 dyrektywy 2000/54/WE;
11. uwzględniając wspólne wytyczne MOP/WHO na temat usług zdrowotnych i HIV/AIDS oraz wspólne wytyczne MOP/WHO na temat profilaktyki po narażeniu mającej na celu zapobieganie zakażeniu HIV;
12. zachowując pełne poszanowanie dla obowiązującego prawodawstwa krajowego i układów zbiorowych;
13. mając na uwadze, że należy podjąć działania w celu dokonania oceny zakresu występowania zranień ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej, należy uwzględnić fakt, że dowody naukowe wskazują na możliwość znacznego ograniczenia wypadków i zakażeń przy użyciu środków zapobiegawczych i ochronnych;
14. mając na uwadze, że pełny proces oceny ryzyka jest warunkiem wstępnym podjęcia właściwych działań w celu zapobiegania zranieniom i zakażeniom;
15. mając na uwadze konieczność współpracy przedstawicieli pracodawców i pracowników o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo w celu zapobiegania zranieniom i zakażeniom wynikającym ze stosowania ostrych narzędzi medycznych oraz ochrony pracowników przed takimi zranieniami i zakażeniami;
16. mając na uwadze, że zranień ostrymi narzędziami doświadczają przede wszystkim, chociaż nie wyłącznie, pracownicy sektora opieki zdrowotnej;
17. mając na uwadze, że studentów, którzy w ramach kształcenia biorą udział w szkoleniach klinicznych nie uważa się za pracowników na mocy niniejszej umowy, należy ich objąć środkami zapobiegawczymi i ochronnymi przewidzianymi w tej umowie, regulując odpowiedzialność w tym zakresie zgodnie z krajowym prawodawstwem i krajową praktyką;

Klauzula 1: Cel

Cele niniejszej umowy ramowej są następujące:

- zapewnienie możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy;

- zapobieganie zranieniom pracowników wskutek stosowania wszelkich ostrych narzędzi medycznych (w tym zranieniom igłą);
- ochrona pracowników narażonych;
- przyjęcie zintegrowanego podejścia w formułowaniu polityki w odniesieniu do oceny ryzyka, zapobiegania ryzyku, szkoleń, informacji, zwiększania świadomości oraz do monitorowania;
- wprowadzenie procedur w zakresie reagowania i działań następnych;

Klauzula 2: Zakres

Niniejsza umowa ma zastosowanie do wszystkich pracowników sektora szpitali i opieki zdrowotnej oraz do wszystkich osób pracujących pod kierownictwem lub nadzorem pracodawców. Pracodawcy powinni dążyć do zapewnienia przestrzegania postanowień niniejszej umowy przez wszystkich podwykonawców.

Klauzula 3: Definicje

W rozumieniu niniejszej umowy:

1. Pracownicy: wszystkie osoby zatrudnione przez pracodawcę, w tym stażyści i praktykanci zaangażowani w świadczenie usług i działalność mające bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej. Niniejsza umowa obejmuje swym zakresem pracowników zatrudnionych przez agencje pracy czasowej w rozumieniu dyrektywy Rady 91/383/WE uzupełniającej środki mające wspierać poprawę bezpieczeństwa i zdrowia w pracy pracowników pozostających w stosunku pracy na czas określony lub w czasowym stosunku pracy²⁴.
2. Miejsca pracy, do których odnosi się niniejsza umowa: organizacje/służby świadczące usługi opieki zdrowotnej z sektorów publicznego i prywatnego oraz wszystkie inne miejsca, w których podejmuje się działalność związaną z opieką zdrowotną lub świadczy się usługi zdrowotne pod kierownictwem lub nadzorem pracodawcy.
3. Pracodawcy: osoby/organizacje fizyczne/prawne, które nawiązały stosunek pracy z pracownikami. Odpowiadają za zarządzanie opieką zdrowotną i usługami/działalnością mającymi bezpośredni związek z tą opieką, za organizację i świadczenie takich usług oraz za realizację działań przez pracowników.
4. Ostre narzędzia: przedmioty lub narzędzia konieczne do wykonywania określonych czynności w ramach opieki zdrowotnej, służące do cięcia, klucia i mogące spowodować zranienie lub zakażenie. Ostre narzędzia uważa się za sprzęt roboczy w rozumieniu dyrektywy 89/655/EWG w sprawie sprzętu roboczego.
5. Hierarchia środków: jest uporządkowana pod względem skuteczności w kategoriach unikania, eliminowania i zmniejszania ryzyka, jak określono w art. 6 dyrektywy 89/391/EWG oraz w art. 3, 5 i 6 dyrektywy 2000/54/WE.

²⁴

Dz.U. L 183 z 29.6.1989, s. 1.

6. Szczególne środki zapobiegawcze: środki podejmowane w celu zapobiegania zranieniom lub zakażeniom podczas świadczenia usług i realizacji działań mających bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej, w tym stosowanie możliwie najbezpieczniejszego sprzętu, na podstawie oceny ryzyka oraz z wykorzystaniem bezpiecznych metod obchodzenia się z ostrymi narzędziami i usuwania takich narzędzi.

7. Przedstawiciele pracowników: każda osoba wybrana lub wyznaczona zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką do reprezentowania pracowników.

8. Przedstawiciele pracowników o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo określa się zgodnie z art. 3 lit. c) dyrektywy 89/391/EWG jako osoby wybrane lub wyznaczone zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką do reprezentowania pracowników w razie pojawienia się problemów związanych z ochroną bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy.

9. Podwykonawca: każda osoba podejmująca działania w ramach świadczenia usług i działalności mających bezpośredni związek z sektorem szpitali i opieki zdrowotnej na podstawie umownego stosunku pracy z pracodawcą.

Klauzula 4: Zasady

1. Dobrze wyszkolona, wyposażona w odpowiednie środki oraz bezpieczna siła robocza sektora usług opieki zdrowotnej ma zasadnicze znaczenie dla zapobiegania ryzyku zranienia i zakażenia wskutek stosowania ostrych narzędzi medycznych. Zapobieganie narażeniu to kluczowa strategia eliminowania i zmniejszania ryzyka zranień i zakażeń.

2. Przedstawiciele o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo odgrywają kluczową rolę w zapobieganiu ryzyku i ochronie.

3. Pracodawca zobowiązany jest zapewnić zdrowie i bezpieczeństwo pracowników we wszystkich aspektach związanych z pracą, uwzględniając przy tym również czynniki psychospołeczne i organizację pracy.

4. Każdy pracownik ma obowiązek w możliwie największym stopniu dbać o własne bezpieczeństwo i zdrowie oraz bezpieczeństwo i zdrowie innych osób, na które mają wpływ wykonywane przez niego czynności w miejscu pracy, stosownie do wytycznych otrzymanych w trakcie szkolenia oraz instrukcji dostarczonych przez pracodawcę.

5. Pracodawca zobowiązany jest stworzyć środowisko, w którym pracownicy i ich przedstawiciele będą uczestniczyli w formułowaniu polityki oraz praktyk w obszarze zdrowia i bezpieczeństwa.

6. Zasada szczególnych środków zapobiegawczych, wskazanych w klauzulach 5–10 niniejszej Umowy, oznacza, że nigdy nie zakłada się braku ryzyka. Stosuje się hierarchię ogólnych zasad zapobiegania ryzyku zgodnie z art. 6 dyrektywy 89/391/EWG oraz art. 3, 5 i 6 dyrektywy 2000/54/WE.

7. Przedstawiciele pracodawców i pracowników zobowiązani są współpracować na odpowiednim poziomie w celu eliminowania ryzyka i zapobiegania mu, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy, konsultując się również w kwestii doboru i stosowania bezpiecznego sprzętu, określania najlepszych metod

prowadzenia szkoleń oraz procesów związanych z przekazywaniem informacji i zwiększaniem świadomości.

8. W ramach procesów związanych z udzielaniem informacji i konsultacjami należy podejmować działania zgodnie z prawem krajowym lub układami zbiorowymi.

9. Skuteczność środków ukierunkowanych na zwiększanie świadomości wymaga wspólnej odpowiedzialności pracodawców, pracowników oraz ich przedstawicieli.

10. W zapewnieniu możliwie najbezpieczniejszego środowiska pracy zasadnicze znaczenie ma łączenie środków ukierunkowanych na planowanie, zwiększanie świadomości, informowanie, szkolenie, zapobieganie i monitorowanie.

11. Promowanie kultury polegającej na unikaniu obwiniania. Procedura zgłaszania wypadków powinna koncentrować się raczej na czynnikach systemowych, a nie na poszczególnych błędach. Systematyczną sprawozdawczość należy traktować jak przyjętą procedurę.

Klauzula 5: Ocena ryzyka

1. Procedury oceny ryzyka przebiegają zgodnie z art. 3 i 6 dyrektywy 2000/54/WE oraz art. 6 i 9 dyrektywy /89/391/EWG.

2. Ocena ryzyka powinna obejmować określenie narażenia, zrozumienie wagi dobrze wyposażonego i zorganizowanego środowiska pracy oraz wszystkie sytuacje, w których stosuje się materiały mogące powodować zranienia, zakażenia krwiopochodne lub inne zakażenia.

3. W ocenie ryzyka uwzględnia się technologię, organizację pracy, warunki pracy, poziom kwalifikacji, czynniki psychospołeczne związane z pracą oraz wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy. Umożliwi to:

- określenie sposobów wyeliminowania narażenia;
- rozważenie możliwych systemów alternatywnych;

Klauzula 6: Eliminowanie, zapobieganie i ochrona

1. W przypadku gdy wyniki oceny ryzyka wskazują na możliwość wystąpienia zranień ostrymi narzędziami lub zakażeń, konieczne należy wyeliminować narażenie pracowników, podejmując we wskazanej kolejności następujące środki:

- określenie i wdrożenie bezpiecznych procedur stosowania oraz usuwania ostrych narzędzi medycznych i skażonych odpadów. Procedury te należy regularnie poddawać ocenie, jak również powinny one stanowić nieodłączną część środków ukierunkowanych na informowanie i szkolenie pracowników, określonych w klauzuli 8;
- wyeliminowanie przypadków zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz na podstawie wyników oceny ryzyka, jak również zapewnienie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem;
- należy niezwłocznie zakazać ponownego zakładania zatyczek.

2. Uwzględniając działalność i ocenę ryzyka, należy zmniejszyć do koniecznego minimum ryzyko narażenia w celu zapewnienia odpowiedniej ochrony bezpieczeństwa i zdrowia pracowników zaangażowanych w daną działalność. W świetle wyników oceny ryzyka należy zastosować następujące środki:

- wprowadzić skuteczne procedury usuwania zużytego sprzętu i odpadów oraz wyraźnie oznakowane i technicznie bezpieczne pojemniki na jednorazowe ostre narzędzia i narzędzia do robienia zastrzyków, możliwie najbliżej miejsc poddanych ocenie, w których używa się ostrych narzędzi lub w których można na takie narzędzia natrafić;
- zapobiegać ryzyku wystąpienia zakażeń, wdrażając bezpieczne systemy pracy przez:
 - a. opracowanie spójnej ogólnej polityki profilaktyki, obejmującej technologię, organizację pracy, warunki pracy, psychospołeczne czynniki związane z pracą oraz wpływ czynników związanych ze środowiskiem pracy;
 - b. szkolenia;
 - c. stosowanie procedur kontroli zdrowotnej zgodnie z art. 14 dyrektywy 2000/54/WE;
- stosować osobiste wyposażenie ochronne;

3. Jeżeli w wyniku oceny określonej w klauzuli 5 stwierdzone zostanie zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia pracowników z powodu narażenia ich na działanie czynników biologicznych, dla których istnieją skuteczne szczepionki, pracownikom należy zaproponować szczepienia.

4. Szczepienie oraz, w razie konieczności, szczepienie powtórne, wykonuje się zgodnie z prawem krajowym lub krajową praktyką, włącznie z określeniem rodzaju szczepionek.

- Pracowników należy informować o korzyściach i ujemnych stronach szczepienia oraz niepoddania się takiemu szczepieniu;
- szczepienia proponuje się nieodpłatnie wszystkim pracownikom i studentom zapewniającym opiekę zdrowotną i wykonującym związane z nią czynności w danym miejscu pracy;

Klauzula 7: Informacja i zwiększanie świadomości

Mając na uwadze, że ostre narzędzia uważa się za sprzęt roboczy w rozumieniu dyrektywy 89/655/WE, oprócz informacji i pisemnych instrukcji, które pracownicy mają otrzymać, określonych w art. 6 dyrektywy 89/655/WE, pracodawca zobowiązany jest podjąć następujące właściwe środki:

- uwydatnić różne rodzaje ryzyka;
- przekazać informacje dotyczące obowiązującego prawodawstwa;
- promować dobre praktyki w obszarze zapobiegania oraz prowadzić rejestr zdarzeń/wypadków;

- zwiększać świadomość przez opracowywanie działań i materiałów promocyjnych we współpracy ze związkami zawodowymi reprezentującymi pracowników lub z przedstawicielami pracowników;
- udzielać informacji o dostępnych programach wsparcia;

Klauzula 8: Szkolenia

W uzupełnieniu do środków ustanowionych na podstawie art. 9 dyrektywy 2000/54/WE należy udostępnić odpowiednie szkolenia poświęcone politykom i procedurom związanym ze zranieniami ostrymi narzędziami, obejmujące:

- prawidłowe stosowanie wyrobów medycznych zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem;
- wprowadzenie dla nowych pracowników i pracowników zatrudnionych na czas określony;
- ryzyko związane z narażeniem na kontakt z krwią i płynami ustrojowymi;
- środki zapobiegawcze obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania zużytych narzędzi i odpadów, znaczenie immunizacji, zgodnie z procedurami stosowanymi w danym miejscu pracy;
- procedury w zakresie sprawozdawczości, reagowania i monitorowania oraz ich znaczenie;
- środki podejmowane na wypadek zranienia.

Pracodawcy zobowiązani są organizować i prowadzić obowiązkowe szkolenia dla pracowników. Pracodawcy muszą zwolnić pracowników, którzy muszą wziąć udział w szkoleniu, z ich obowiązków. Szkolenia udostępnia się regularnie, uwzględniając przy tym wyniki monitorowania, modernizację i postęp.

Klauzula 9: Sprawozdawczość

1. Sprawozdawczość obejmuje weryfikację stosowanych na jej potrzeby procedur we współpracy z przedstawicielami o określonej odpowiedzialności za zdrowie i bezpieczeństwo lub właściwymi przedstawicielami pracodawców/pracowników. Mechanizmy sprawozdawczości powinny obejmować systemy mające zastosowanie na poziomie lokalnym, krajowym i europejskim.

2. Pracownicy zobowiązani są niezwłocznie zgłaszać każdy wypadek lub zdarzenie mające związek z ostrymi narzędziami pracodawcom lub odpowiedzialnej osobie, lub osobie odpowiedzialnej za bezpieczeństwo i zdrowie w miejscu pracy.

Klauzula 10: Reagowanie i działania następne

W miejscach, w których występują zranienia ostrymi narzędziami, należy obowiązkowo stosować określoną politykę i procedury. Wszyscy pracownicy muszą znać zarówno tę politykę, jak i procedury. Obowiązek ten należy wykonywać zgodnie z prawodawstwem europejskim, krajowym/regionalnym oraz zbiorowymi układami, stosownie do okoliczności.

W szczególności należy podjąć następujące działania:

- pracodawca zobowiązany jest podjąć natychmiastowe działania, aby zapewnić opiekę zranionemu pracownikowi, włącznie z działaniami profilaktycznymi po narażeniu oraz koniecznymi badaniami medycznymi, jeżeli są one wskazane z przyczyn medycznych, jak również z właściwą kontrolą zdrowotną zgodnie z klauzulą 6 ust. 2 lit. c);
- pracodawca bada przyczyny i okoliczności zdarzenia oraz odnotowuje wypadek/zdarzenie w rejestrze, podejmując konieczne działania, zależnie od potrzeb. Pracownik zobowiązany jest przedstawić we właściwym czasie odpowiednie informacje w celu uzupełnienia szczegółów dotyczących danego wypadku lub zdarzenia;
- w przypadku zranienia pracodawca zobowiązany jest rozważyć takie działania, jak poradnictwo dla pracowników, zależnie od potrzeb, oraz gwarantowana opieka medyczna. Kwestie rehabilitacji, dalszego zatrudnienia i możliwości uzyskania odszkodowania reguluje się zgodnie z krajowymi lub sektorowymi umowami lub prawodawstwem;

Poufność informacji dotyczących zranienia, diagnozy i leczenia ma zasadnicze znaczenie i należy jej obowiązkowo przestrzegać;

Klauzula 11: Wykonanie

Niniejsza umowa nie narusza obowiązujących lub przyszłych przepisów krajowych i wspólnotowych, które mogą być korzystniejsze dla ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami medycznymi.

Strony będące sygnatariuszami umowy zwróciły się do Komisji o przedłożenie niniejszej umowy ramowej Radzie w celu przyjęcia decyzji nadającej umowie wiążącą moc we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej.

W razie wykonania umowy na podstawie decyzji Rady na poziomie europejskim oraz bez uszczerbku dla właściwej roli Komisji, sądów krajowych oraz Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, Komisja może skierować kwestię wykładni niniejszej umowy do stron będących jej sygnatariuszami w celu wyrażenia przez nie opinii.

Na ewentualny wniosek jednej ze stron umowy, strony będące sygnatariuszami dokonują przeglądu stosowania niniejszej umowy po upływie pięciu lat od dnia przyjęcia decyzji przez Radę.

Bruksela, dnia 17 lipca 2009 r.

W imieniu EPSU: Karen Jennings – W imieniu HOSPEEM: Godfrey Perera