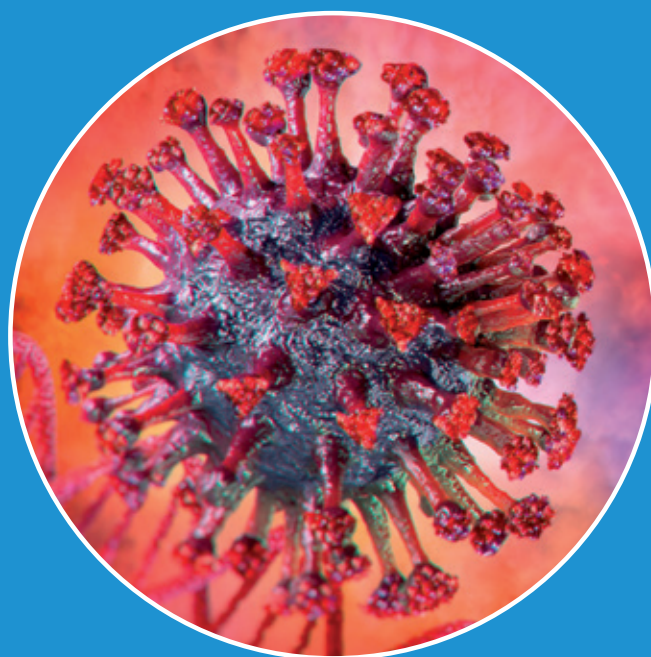


BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



6 /2020
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ ŻYCZENIA ŚWIĄTECZNE I NOWOROCZNE
- 2 ◆ O WYPALENIU ZAWODOWYM – ROZWAŻANIA PRZEDŚWIĄTECZNE
- 6 ◆ MOŻEMY LEPIEJ POMÓC PACJENTOM, SOBIE I SPOŁECZEŃSTWU-STANOWISKO
- 10 ◆ STANOWISKO PREZESÓW SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH
- 11 ◆ WYNAGRODZENIE ZA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY – STANOWISKO NR 40 NRPIP
- 13 ◆ ODPOWIEDŹ MINISTRA RODZINY I POLITYKI SPOŁECZNEJ NA STANOWISKO NR 40 NRPIP
- 14 ◆ DODATKOWE WYNAGRODZENIE W ZWIĄZKU ZE ZWALCZANIEM EPIDEMII COVID-19
 - KOMUNIKAT MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 1 XI 2020 R. W SPRAWIE ZMIANY POLECENIA MINISTRA Z DNIA 4 IX 2020 R.
- 21 ◆ UPRAWNIENIA DO DODATKU DO WYNAGRODZENIA PERSONELU MEDYCZNEGO
 - KORESPONDENCJA PREZES NRPIP Z MINISTREM ZDROWIA
- 25 ◆ ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH /POŁOŻNYCH POZ
- 34 ◆ WYCENA PORADY PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ POZ
 - KORESPONDENCJA WICEPREZESA NRPIP Z MINISTREM ZDROWIA
- 38 ◆ ODPOWIEDŹ MINISTERSTWA ZDROWIA NA STANOWISKA NRPIP Z DNIA 15 PAŹDZIERNIKA 2020 R.
- 58 ◆ PRZYGOTOWANIE INSTYTUCJI PAŃSTWOWYCH NA CZAS EPIDEMII
 - RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH
- 71 ◆ OSTATNIE POŻEGNANIE
- 72 ◆ WIRTUALNA CZYTELNIĄ

KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

- PIELĘGNIARSTWA** – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA
UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 71 784 18 45, email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59–220 Legnica, tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl
- PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO** – mgr KATARZYNA SALIK
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej Curie 58, 50–368 Wrocław, tel.: 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95, email: kasiatolik1@wp.pl
- PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE**
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52–114 Wrocław, tel.: 71 342 8631 wew. 344, 604 939 455, 667 977 735
- PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53–413 Wrocław, tel.: 71 368 92 60, 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com
- PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI**
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310, email: naczelnia.pielgniarka@4wsk.pl
- PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO**
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59–220 Legnica, tel.: 76 721 14 01, 661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl
- PIELĘGNIARSTWA PRZEWELEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica, tel.: 71 722 29 48, 603 852 669, email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl
- PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO** – mgr DOROTA MILECKA
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław, tel.: 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595
- PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO**
– mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA,
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941, e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO** – mgr JERZY TWARDAK
Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław tel. 668 193 147, e-mail: jerzy.twardak@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA GERIATRYCZNEGO** dr hab.n. o zdrowiu
IZABELLA UCHMANOWICZ
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich – Wrocław, Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, tel. 71 784 18 23, e-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ** – mgr ANNA SZACHOWSKA
Bonifratskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław tel. 793 386 502, e-mail. anna.szchowska@gmail.com

**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
fax: 74 84 23 325
godziny pracy biura:
7:30–15:30

e-mail:
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

strona internetowa
www.oipip.walbrzych.pl

Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca ORPIP:
Maria Pałeczka
przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:
Anna Stanicka
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515
fax: 74 84 23 325
sekretariat@oipip.walbrzych.pl

Rejestr praktyk zawodowych:
Anna Kota
tel.: 74 81 79 519
praktykazawodowa@oipip.walbrzych.pl

Rejestr prawa wykonywania zawodu:
Marzena Gidzińska
tel.: 74 81 79 517
rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl

Księgowość:
Aleksandra Neter
tel.: 74 81 79 516
ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl

Obsługa administracyjno-prawna:
Adwokat
Marek Żegnałek
Radca Prawny
mgr Michał Krajczar

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPI w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**
Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPI:
Pierwszy i trzeci wtorek każdego miesiąca
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce KONTAKT.

W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPI w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:
Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziewięcka
justyna@terenyweny.pl



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Nadchodzące Święta Bożego Narodzenia

*niosą ze sobą wiele radości, rodzinnego ciepła, głębokich przeżyć
a także refleksji dotyczących mijającego, wyjątkowo trudnego okresu.*

*Życzę Świąt wypełnionych ciepłem kochających serc, pełnych dobroci i czułości.
Świąt niosących odpoczynek od codziennych trosk, dających wiarę,
że jeszcze będą piękne dni.*

Nowy 2021 Rok

*niech obfituje w zdrowie,
niech powróci spokój, radość i nadzieja,
niech powrócą nowe wyzwania, plany i możliwość ich realizacji,
niech spełniają się marzenia.*

**W imieniu własnym
oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Wałbrzychu
Maria Pałeczka - Przewodnicząca ORPiP**



O WYPALENIU ZAWODOWYM - ROZWAŻANIA PRZEDŚWIĄTECZNE

BEATA PIETRZAK
- psycholog kliniczny

ZESZŁY ROK, 21 GRUDNIA. WRACAM Z PRACY DO DOMU,
PARKUJĘ AUTO

Już mam wchodzić do domu ale postanawiam sprawdzić skrzynkę pocztową wiszącą na słupie bramy wjazdowej. Coś jest. Nie chce mi się wchodzić do domu po kluczyk do skrzynki



*Jeśli choć jedną dobrą myśl wniósł do czyjegoś umyśtu,
jedno dobre uczucie zaszczylił
w czyjeś serce, jedną godzinę szczęścia rozpromienił smutne,
szare życie spełnił zadanie anioła na ziemi.*
Emil Zola

ale poczucie przyzwoitości każe mi iść. Wyciągam pomarańczową kopertę bez znaczka pocztowego za to zaadresowaną dobrze mi znanym pismem. Ta sama dłoń wypisała do mnie kartkę bożonarodzeniową w zeszłym roku, wówczas była różowa. I znów wszystko własnoręcznie powycinane, wyrysowane, wypukłe złote gałązki i na to brokatowe bombki, a żeby urozmaicić, to napis Merry Christmas z materiału. I tylko treść w środku napisana już inną ręką niż w zeszłym roku, aczkolwiek też doskonale mi znanej osoby. W pierwszej chwili, zanim dotarło do mnie skąd wzięła się ta kartka – zamarłam. Właściwie stało się coś zupełnie odwrotnego, bo serce zabiło jak szalone. Bo oto dostałam kartkę od Pani Basi, zaprzyjaźnionej pacjentki z mojego oddziału, tyle że ona odeszła parę miesięcy wcześniej...

Nic się nie zmieniła! – pomyślałam, gdy dotarło do mnie, co się wydarzyło. Teraz śmieje się gdzieś

z góry a kto ją poznał wie, że to chytry, szelmowski uśmiešek. Kartkę przygotowała już rok wcześniej, w 2018 roku. Przykazała mężowi dostarczyć ją do mnie w następne święta. Przyjechał i wrzucił list do skrzynki tak jak kazała żona. To była najbardziej niezwykła, dająca wiarę w więzi międzyludzkie korespondencja jaką do tej pory otrzymałam...

Uptynał rok – czas potężnych, globalnych zmian, które wciąż się dzieją pozostawiając nas w niepewności jutra. Czas społecznej izolacji, utrudnień w codziennym funkcjonowaniu, przeciążenia pracą personelu medycznego. Dla wielu osób był to rok bez wyjazdu na upragniony urlop. Groby naszych zmarłych odwiedzaliśmy w piątek, po ciemku albo pojedynczo, jak komu się udało parę dni później. Z niepewnością patrzymy w najbliższą przyszłość, żegnamy się z niektórymi marzeniami (nie wystroję mojej córki na studniówkę, nie popatrzę na poloneza...) Modlimy się o to, by nie zachorować (na cokolwiek!), bo trudno o pomoc.

Teraz zbliżają się najpiękniejsze święta w roku. Nie najważniejsze ale szczególnie, bo dają radość tylko wtedy, gdy jesteśmy razem, dla siebie. Przy maskowaniu łysej z jednej strony choinki (a przecież tata miał wybrać idealną!), przy wy-

piekaniu i malowaniu pierniczek, podczas kłótni o niesprawiedliwy podział terenu do posprzątania, czy wreszcie wspólnego biesiadowania podczas wieczerzy wigilijnej.

W tym roku będzie inaczej dla wielu z nas. Personel medyczny odczuje to szczególnie pozostając w pracy więcej niż normalnie, co w święta obciąża podwójnie. Pomaganie mężczy, naraża na utratę zasobów indywidualnych, fizycznych i psychicznych sił, energii a nawet zdrowia. Inaczej mówiąc wynikiem obciążeń jest zjawisko wypalenia sił, charakterystyczne dla profesjonalistów, których obowiązki zawodowe wiążą się z utrzymywaniem kontaktów z innymi ludźmi.

Intensywne, występujące dzień po dniu osobiste zaangażowanie w różnorodne problemy ludzkie powoduje silne napięcia nerwowe. Proces wypalenia się jest nieuchronną konsekwencją destrukcji, zachodzącej w psychice osób ponad miarę eksploatujących swoje siły w dawaniu siebie innym. Zespół wypalenia nie jest prostą reakcją na stres pracy, ale specyficzną reakcją całego organizmu, ujawniającą się w wielu obszarach funkcjonowania. Za istotę zespołu wypalenia uważa się „załamanie” procesów radzenia sobie, naruszenie zasobów odpornościowych osobowości, zwłaszcza natury emocjonalnej.

Syndrom wypalenia obejmuje szereg reakcji: utrata troski o drugiego człowieka, zmniejszona motywacja i chęć do działania, obniżone morale, przesadne dystansowanie się wobec problemów. **Czasem, w chwili refleksji dociera do nas**, że staliśmy się kimś innym, że nie lubimy siebie jak dawniej. Ta prawda jest bolesna, więc ucinamy refleksję, przesuwamy empatyczną, podmiotową relację na rzecz przedmiotowego, bezosobowego, emocjonalnie niezaangażowanego kontaktu. Funkcjonujemy dalej w świecie zniekształconym, wśród iluzji, które choć nieprawdziwe, to jednak pozwalają jakoś żyć.

Wypalenie zawodowe przybiera dwa oblicza. Po pierwsze jest to rodzaj ogólnego stresu społeczno – kulturowego, doświadczanego jako ogólne rozczarowanie egzystencjalne. Po drugie, jest to rodzaj specyficznego stresu zawodowego, ściśle powiązanego z konkretnymi warunkami pracy, stale towarzyszącym poczuciem odpowiedzialności za cudze zdrowie i życie, zagrożeniami. Wypalenie egzystencjalne i zawodowe pozostają ze sobą w zależności, wzajemnie się warunkują. Każdy człowiek potrzebuje czuć sens swojego życia, dokonuje bilansów osiągnięć życiowych na różnych polach. Osiągnięcia w pracy są niewątpliwie jednymi z częściej branych pod uwagę. Jeżeli rozbieżność między celami dążeń a spostrzeganymi osiągnięciami jest duża i stała, rodzi się poczucie krzywdy, brak sensu życia, niezadowolony z wykonywanej pracy i poczucie skądania ofiary innym ludziom.

Emocjami wpisanymi w obraz wypalenia zawodowego są między innymi złość i gniew. Należy tu jednak zaznaczyć, że nie są one wyrazem buntu wobec innych ludzi, lecz chronicznie występującego wyczerpania psychicznego, wspomnianego wyżej poczucia bycia wykorzystywanym przez innych, doświadczania wstydu, samoobwinianiem się za utratę kontroli nad swoim życiem i w końcu poczucie braku głębszego sensu własnego życia. Można by też w skrócie powiedzieć, iż frustracja wewnętrznych potrzeb człowieka zawsze prowadzi do jakiejś formy agresji, zewnętrznej bądź wewnętrznej. Mówiąc o wypaleniu zawodowym mamy na



myśli rezygnację, „poddanie się” wynikające z dezorientacji w tym, kto jest tak naprawdę odpowiedzialny za istniejący stan rzeczy. O ile wypalenie egzystencjalne jest reakcją kryzysową (przemijającą), powstała w efekcie porównań własnych osiągnięć (w tym zawodowych) do obowiązujących w danej kulturze (także miejscu pracy) standardów, **o tyle wypalenie zawodowe jest nazywane „chorobą nadmiernego zaangażowania się”**, z ujemnym bilansem **zysków i strat**.

Wyróżnia się trzy fazy zespołu wypalenia sił:

- **faza wyczerpania** – pojawia się brak satysfakcji mimo realizowanych z powodzeniem zadań. Mogą występować przy tym rozmaite objawy psychosomatyczne, np.: bóle mięśniowe, zawroty głowy, napięciowe bóle głowy, zaburzenia snu, niezdolność, odprężania się, drażliwość, niestrawność. (Przypominam sobie sytuację na jednym ze szkoleń dla personelu hospicjum, gdy jedna z pań pielęgniarek powiedziała do mnie: „czasem mam wrażenie, że nasza praca nie ma sensu, staramy się jak możemy, a i tak wszyscy ci pacjenci odchodzą”.)
- **faza depersonalizacji** – pomagający traci podmiotową postawę wobec pacjentów, nie odczuwa już współczucia, obwinia pacjentów za wystąpienie kryzysu – „psychiczne wyizolowanie się od źródła stresu”.

- **faza zaburzeń przystosowania** (w formie agresywnej lub ucieczkowej) – występują bezradność, bezsilność, objawy psychopatologiczne (np. depresyjne).

Źródłowymi symptomami zespołu wypalenia sił bezpośrednio powiązanych z doznawanym stresem są:

- **nadmierny poziom** osobistej odpowiedzialności
- **zatarcie granicy** między życiem osobistym a życiem pacjenta
- **traktowanie opiekowania** się innymi jako substytutu satysfakcjonującego życia osobistego
- **przekonanie o byciu osobą** niezastąpioną
- **Istnieje jeszcze cały szereg innych przyczyn** prowadzących do wypalenia zawodowego, **szczególnie wyrazistych w ostatnim czasie** – niedoboru personelu medycznego. Są to zatem: duże tempo pracy i fizyczne obciążenia utrudniające poczucie kontrolowania sytuacji, wysokie wymagania w pracy w stosunku do otrzymywanych z tego tytułu gratyfikacji. „Niezdrowym”, wypalającym środowiskiem pracy jest też takie, w którym człowiek pozostaje anonimowym, ograniczana jest jego samodzielność i inicjatywa (mimo doświadczenia i odpowiednich kwalifikacji), doświadcza niezdrowej konkurencji, znajduje się w centrum konfliktów interpersonalnych poszczególnych członków zespołu, wynikających z braku wzajemnego zrozumienia. Na końcu listy wymienić jeszcze należy aspekt socjalny, szczególnie w sytuacji osób pracujących w systemie zmianowym.

Zespołowi wypalenia sił sprzyjają także pewne dyspozycje wewnętrzne pomagającego, takie jak:

- **nierealistyczna ocena swoich możliwości i ograniczeń**
- **niedostateczne kompetencje**
- **nieuświadomione i nierozwiązane konflikty**
- **trudności w nawiązywaniu dojrzałych relacji interpersonalnych**
- **deficyty w zdolnościach kontroli emocjonalnej**

Najczęściej jest tak, że patrzymy na wykonywaną przez siebie pracę z jednej, utrwalonej perspektywy i jeśli doświadczamy z tejże perspektywy blokad, niemocy, braku sukcesów pograżamy się, wypalamy. Przypomina mi się jedna z moich nie tak dawnych nocnych, pisemnych rozmów z kochaną Panią Elizą od nauki gry na fortepianie. W mojej opinii i z całą pewnością setek innych osób jest to osoba, która jako ostatnia na świecie powinna wypalić się zawodowo. Dlaczego? Ponieważ nie spełniała żadnego z wymienionych kryteriów predysponujących do wypalenia się (może za wyjątkiem warunków socjalnych, w których przychodziło jej uczyć). Jest osobą kompetentną, z pasją, potrafi pogodzić rzetelność z byciem elastyczną, otwartą na widzimisię czy potrzeby uczniów i przede wszystkim fajną, zabawną osobą kolekcjonującą głupkowate maskotki ze szmateksów, która z podopiecznymi nawiązuje więzi na całe lata. Tymczasem mówi mi o swoim głębokim smutku i rozgoryczeniu własną pracą. Czuje się niczym Syzyf toczący pod stromą górą kamień, który za każdym razem się stoczy. Wyczuwam, iż mówi mi o bezsensowności swojej pedagogicznej pracy. „Beata – mówi – to wszystko jest nie tak. Odnoszę wrażenie, że ci, którzy przy-

chodzą, nie wiedzą po co to robią. Rodzice podrzucają te dzieci w biegu mając przekonanie, że zrobię z nich muzyków, szybko i bezboleśnie. Dzieci nie ćwiczą w domu ale też rodzice wcale się tym nie interesują. Przychodzą na kolejną lekcję z potwierdzeniem zapłaty i jestem w punkcie wyjścia.

A wirtuoza jak nie było, tak nie ma. Tęsknie za wami, za życiem na lekcjach, za kłótniami jeśli czegoś nie chcieliście grać, ale też za wzruszeniami gdy udawało się wspólnie coś zbudować, wspólnie się tym cieszyć.”

Pani Eliza czuła się niepotrzebna, nie widziała efektów swojej pracy, a bez tego trudno się nie wypalić. Wtedy napisałam jej mniej więcej tak: „Pani Elizko kochana nasza! Pani praca nigdy nie będzie pozbawiona sensu. Być może już nigdy nie nauczy Pani żadnego ucznia choćby nawet „Wróbelka” (popisowy utwór każdego malucha). Pod tym względem to faktycznie lipa. Ale proszę sobie pomyśleć, iż wielce prawdopodobne jest, że dla wielu z podrzucanych do Pani uczniów te dwa razy po 30 minut w tygodniu dają godzinę bycia w bliskim kontakcie z fajną osobą, która to dziecko rozbawi, poczochna po głowie, wydobędzie z niego jeden uśmiech. Dla części z tych dzieci będzie to jedyna taka godzina w tygodniu. I patrząc na Pani rolę z tej strony widzę ogromny sens...”.

Wypalenie sił ma zawsze wysoce indywidualny charakter. Może doprowadzić zarówno do rozwoju osobistego oraz zawodowego, jak i do depresji. Stan wypalenia może mieć różnicowany czas trwania, nawracać, może być indukowany przez inne osoby. Różnorodne są także propozycje zapobiegania zespołowi wypalenia sił. Jeśli wnioskujesz, że zagraża Tobie wypalenie zawodowe...

- **Zadbaj o wypoczynek i aktywność** fizyczną (przywróć tzw. higienę życiową). Praca bez przerw powali najwytrwalszego zawodnika. Czasem w najmniej oczekiwanym momencie, zachowasz się irracjonalnie, zareagujesz ponad miarę, czy zwyczajnie popadniesz w problemy zdrowotne. Systematycznie należy ładować swój akumulator. **Postaraj się oddzielać obowiązki zawodowe od czasu wolnego.** Wyjeżdżaj w czasie urlopu, najlepiej na łono natury. Spędzaj czas z bliskimi. Jeśli nie możesz wziąć wolnego, zadbaj o ruch (nie musisz mieć do tego trenera i specjalistycznego sprzętu za grubą kasę!). Pamiętaj o higienie snu.
- **Poszukaj nowego hobby albo „odkurz stare pasje”.** Wzbudzenie nowych zainteresowań poza pracą przełamuje rutynę, zajmuje głowę nowymi myślami, pojawiają się przyjemne wrażenia. Jedną z moich koleżanek z pracy (która być może teraz to czyta) mimo ogromnego strachu za namową córki wsiadła na konia i teraz może śmiało powiedzieć: „jeżdżę konno!” Zrobiła coś, co jeszcze parę miesięcy temu wydawało się jej nie do pokonania. Czuje dużą wewnętrzną satysfakcję. Brawo, jestem z Ciebie dumna!
- **Postaraj się lepiej ustalać priorytety i granice.** Przeważnie nie wszystkie obowiązki należy wykonać „na wczoraj”. Nie myśl i nie obciążaj się zadaniami, które możesz wykonać za jakiś czas. Ustalaj granice, nie pozwól obarczać się wszystkimi obowiązkami. Bądź asertywna i naucz się odmawiać.

- **Kontroluj swój perfekcjonizm i wyznaczaj realne cele.** Przeważnie lepiej jest zrealizować zadanie dobrze, niż pracować ponad siły nad zadaniem w nadziei, że kiedyś zostanie wykonane idealnie. Nie obiecuj dokonywać rzeczy, które prawdopodobnie Cię przerosną.
- **Zadbaj o rozwój zawodowy.** Udoskonalaj i aktualizuj metody pracy. Bądź otwarta na nowe doświadczenia. Wybierz się na szkolenie z koleżanką.
- **Doceniaj siebie i swoje dokonania.** Osoby wypalone zawodowo mają bardzo niskie poczucie własnej wartości i postrzegają świat w ciemnych barwach. Włącz radar na wyłapywanie najmniejszych oznak uznania Twojej pracy. Zapamiętuj je. Zastanów się, jakie masz dotychczasowe osiągnięcia.
- **Dziel się przeżyciami i niepowodzeniami z innymi** ale też zachęcaj do dzielenia się
- **doświadczeniami inne osoby.** Praca w ochronie zdrowia musi opierać się na pracy zespołowej, o czym zdaje się coraz częściej zapominamy.
- **Korzystaj z pomocy specjalisty, np. psychologa.** Pamiętaj, że jeśli chcesz skutecznie pomagać innym musisz zacząć od siebie (naczelna zasada pomagaczy!).

Pani Eliza i Pani pielęgniarka z hospicjum czuły symptomy wypalenia zawodowego, poczucie braku sensu swojej pracy, bo przyzwyczyły się patrzeć na nią pod pewnym określonym kątem: nauczyć grać na fortepianie, przyczynić się do poprawy zdrowia. Podobnie zachowujemy się my wszyscy, kierując się utrwalonymi nawykami, sztywnymi schematami, funkcjonujemy w świecie zerojedynkowym. I dlatego często nie widzimy

sensu. Mówimy „wszystko będzie dobrze” aby nie roztrząsać trudnych scenariuszy, etykietujemy pacjentów, nie zatrzymujemy się w pędzącym świecie „bo tak wszyscy robią”, próbujemy wzmacniać poczucie własnej wartości materialnym, chwilowymi pocieszaczami. Robimy tak aby uniknąć psychicznego cierpienia. Z drugiej strony chowamy w sobie jak skarb obrazy ludzi, sytuacji, niekoniecznie szczęśliwych, które ozywają w chwilach zwątpienia we własne możliwości. Niedawno, myśląc o tym artykule zapytałam koleżanki z oddziału o takie sytuacje, o takich ludzi. Reakcja zawsze jest podobna: znieruchomienie, lekki uśmiech na twarzy i...

„Była taka pacjentka... ja byłam wtedy praktykantką. Starsza, umierająca pani. Popatrzyła na mnie i powiedziała: „proszę jeszcze chwilę przy mnie stać. Gdy pani stoi przy mnie to mniej boli...”

„Pamiętam Panią Bożenkę. Bardzo młoda, świadoma odchodzenia kobieta. Dziękowała za wsparcie. Powiedziała, że kiedyś, kiedy odejdę z tego świata, przyjdzie mnie powitać”.

„Nie zapomnę mego dyżuru któregoś roku w Sylwestra. Nic przyjemnego wydawałoby się. Przebywał wtedy u nas na oddziale samotny, niepełnosprawny mężczyzna. Kiedy o północy patrzyliśmy na fajerwerki, powiedział, że to najlepszy Sylwester w jego życiu. „Pierwszy raz nie jestem sam i wspólnie oglądamy sztuczne ognie!”

Niektóre z Was przechowują w swoich telefonach prawdziwe dowody od pacjentów na bycie aniołem: „**Kochana! By nigdy nie zabrakło Ci sił, bo kto wtedy doda otuchy tym, którym jej zabrakło? A gdyby jednak Tobie zabrakło, byś zawsze miała się na kim wesprzeć! Sto lat Aniele!**”



Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia

życzę wszystkim Pomagaczom

*odporności na wszystko, co może szkodzić
fizycznemu czy psychicznemu dobrostanowi.
Refleksji, że przeze mnie, dla kogoś te święta
będą niezapomniane, że będzie mniej bolało.
Nadziei, że w każdym kryzysie, czasie
trudnym do zniesienia znajduje się szansa
stworzenie czegoś lepszego, prawdziwie
wartościowego.*

Choć okłaski z balkonów

już dawno ucichły, to nie ważne.

„Najważniejsze jest niewidoczne dla oczu”.



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych



MOŻEMY LEPIEJ POMÓC PACJENTOM, SOBIE I SPOŁECZEŃSTWU

STANOWISKO Z DNIA 18.11.2020 R.
W SPRAWIE WZMOCNIENIA ROLI PIEŁĘGNIAREK
W STRATEGII WALKI Z PANDEMIĄ COVID-19

Reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce, działając na rzecz ochrony interesów zdrowotnych społeczeństwa, nasze organizacje tj:

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
- Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
- Polskie Towarzystwo Położnych

wyrażamy swój sprzeciw wobec działań rządu, które w naszej ocenie zawsze służą społeczeństwu, lecz doraźnym interesom politycznym.

Nie zgadzamy się na ignorowanie propozycji i strategicznego znaczenia największej, ponad ćwierć milionowej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych zawartej w strategii Rządu w zakresie walki z pandemią Covid-19, w tym (Strategia 3.0)¹,

Z nieznanymi powodami, w szczycie pandemii, wbrew potrzebom społeczeństwa i pacjentów, realizowana przez Rząd polityka marginalizuje rolę i zadania pielęgniarek i położnych w systemie, ograniczając wykorzystanie ich kompetencji w walce o zdrowie Polaków. Skutkuje to ogromną stratą dla wszystkich: dla pacjentów, którzy nie mają szansy na faktyczny dostęp do leczenia i opieki, ich rodzin zmagających się z chaosem w systemie opieki zdrowotnej oraz dla NFZ, który finansuje system opieki zdrowotnej w oparciu o tradycyjny, nieefektywny podział ról i zadań w systemie.

Wobec braku faktycznych działań na rzecz wdrożenia przyjętego uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10.2019 r. dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, oczekujemy pilnej redefinicji dotychczasowych ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej”.

¹ Strategia walki z pandemią COVID – 19; Wersja 3.0, Jesień 2020
file:///C:/Users/UZYTKO~1/AppData/Local/Temp/Strategia_3.0.pdf

Odnosimy wrażenie, że Rząd i Ministerstwo Zdrowia koncentrują się na działaniach pozornych oraz obietnicach odroczonej w czasie i zupełnie nie rozumieją znaczenia pielęgniarstwa i położnictwa we współczesnej opiece zdrowotnej.

Uznając, że dobro społeczeństwa jest dla nas wartością najwyższą, oczekujemy pilnego wdrożenia zmian w rządowej strategii walki z pandemią Covid-19, gwarantujących bezpieczeństwo zdrowotne Polkom i Polakom poprzez zapewnienie pielęgniarkom i położnym współdecydowania o swojej pracy oraz pełnej możliwości wykorzystania samodzielnych kompetencji i sprawiedliwego udziału w zasobach.

Nie zgadzamy się na zarządzanie systemem opieki zdrowotnej, w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa opartym na archaicznych regułach z połowy XX wieku.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Polskiego Towarzystwa Położnych uznajemy za kluczowe pilne wprowadzenie następujących zmian w Strategii walki z pandemią Covid-19 w odniesieniu do podstawowych obszarów systemu czyli:

- I. Działań ogólnosystemowych
- II. Podstawowej Opieki Zdrowotnej
- III. Opieki szpitalnej izolatoriów
- IV. Opieki pozaszpitalnej nad pacjentami z chorobą Covid-19
 - opieka długoterminowa i domy pomocy społecznej

Ad. I. Działania ogólnosystemowe

W całym systemie ochrony zdrowia brakuje co najmniej 100 tysięcy pielęgniarek, a z miesiąca na miesiąc wzrasta liczba kadr wyłączonych z powodu choroby, kwarantanny lub zakażenia Covid-19.

Niestety, z 5317 wydanych od początku 2020 roku Praw Wykonywania Zawodu, tylko 1121 pielęgniarek i położnych zostało zatrudnionych w systemie. Brak ze strony rządu działań

mających na celu zmotywowanie kolejnych absolwentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa do podjęcia pracy, spowoduje nieodwracalne skutki jeszcze na wiele lat po zakończeniu pandemii. Proponujemy wprowadzenie rozwiązań systemowych mających na celu odwrócenie tego niekorzystnego trendu oraz pilne wsparcie personelu pielęgniarstwa w systemie, między innymi poprzez:

1. Bezwzględne wdrożenie dostępności do szczepień przeciw grypie dla wszystkich pielęgniarek i położnych funkcjonujących w systemie opieki zdrowotnej oraz wszystkich pracowników medycznych i Polaków wymagających szczególnej ochrony.
2. Jednoznaczne uregulowanie kwestii poziomu wynagrodzeń i warunków pracy pielęgniarek położnych tak, by spowodować odpowiedni stan zatrudnienia oraz zainteresowania absolwentów szkół średnich kształceniem i pracą w tych zawodach.
3. Uruchomienie dodatkowych etatów pielęgniarstwa w wymiarze co najmniej 10 tysięcy, ze środków Funduszu Przeciwdziałania Covid-19, a nie ze środków podmiotów leczniczych, na rzecz realizacji dodatkowych zadań pielęgniarek w walce z epidemią Covid-19 (przykład hiszpański), umożliwiających pełne wykorzystanie i zatrudnienie nowych absolwentów, a także podjęcie przez pielęgniarki pracy w izolatoriach, opiece domowej czy też szpitalach.
4. Zaangażowanie studentów kierunków medycznych do pracy w placówkach medycznych, jako czasowe zatrudnienie personelu dodatkowego, do realizacji zadań pielęgnacyjno-opiekuńczych i administracyjnych (wsparcie dla personelu pielęgniarstwa). Plan ten można wdrożyć poprzez zmianę harmonogramu organizacji roku akademickiego dla wybranych kierunków studiów, wprowadzając przerwę epidemiczną na okres od 1 grudnia 2020 do 1 marca 2021, i jednocześnie wydłużenie roku akademickiego dla tych kierunków w okresie wakacyjnym². Działanie to wymaga odrębnego finansowania poza środkami zawartymi w Umowach z NFZ, np. ze środków na walkę z pandemią Covid-19, programów unijnych.
5. Zatrudnienie na szeroką skalę opiekunów medycznych w podmiotach leczniczych jako pomoc pacjentom, pielęgniarkom i położnym zgodnie z przyjętą przez Rząd polityką.

Ad. II. Podstawowa Opieka Zdrowotna

Zgodnie z obowiązującym prawem należy usankcjonować rolę pielęgniarki i położnej POZ w udzielaniu samodzielnych świadczeń zdrowotnych w procesie diagnozowania, monitorowania i opieki nad pacjentami z Covid-19, a także nad pozostałymi pacjentami POZ, w tym z chorobami przewlekłymi wymagającymi doraźnej pomocy medycznej.

² Art. 51 a i art. 198 a ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85, z późn. zm.) może stanowić podstawę prawną do zmiany rozporządzenia w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania niektórych podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Niezbędne jest powierzenie pielęgniarkom i położnym możliwości samodzielnego kierowania pacjentów na testy, monitorowania pacjentów w trakcie izolacji domowej, monitorowania pacjentów z Covid-19 w grupie wiekowej 65 plus, oraz faktycznego wdrożenia porady pielęgniarstwa i położnej w POZ.

Wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w POZ z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,³ porada pielęgniarstwa i położnicza powinna zostać rozszerzona o wyżej wymienione zadania. W celu faktycznego wdrożenia porad niezbędne jest ustalenie zarządzeniem Prezesa NFZ warunków finansowania. Brak tej wyceny od początku roku jest przykładem deprecjonowania pielęgniarek i położnych przez MZ i NFZ. Wycena porady powinna być uzależniona od kategorii usługi (teleporada, porada w gabinecie, porada domowa), z uwzględnieniem wysokich obecnie kosztów środków ochrony osobistej oraz bezpiecznego transportu w przypadku wizyt domowych.

Domagamy się wdrożenia uprawnień pielęgniarek do kwalifikacji pacjentów dorosłych doszczepień – obecnie przeciw grypie, a w najbliższej przyszłości masowych szczepień milionów obywateli szczepionkami przeciw Sars-Cov2.

Niestety, pielęgniarki i położne POZ w okresie pandemii, z powodu braku właściwych rozwiązań systemowych, wykonują w znacznie mierze zadania administracyjne i pomocnicze (obsługa rejestracji, telefonów, funkcje informacyjne dla społeczności). Zadania te powinien przejąć nowo zatrudniany personel administracyjny (w ramach wsparcia dla pracowników branż zagrożonych w okresie epidemii, których można bardzo szybko przeszkolić i wdrożyć, zamiast wyłaniania różnych form pomocy socjalnej ze strony państwa).

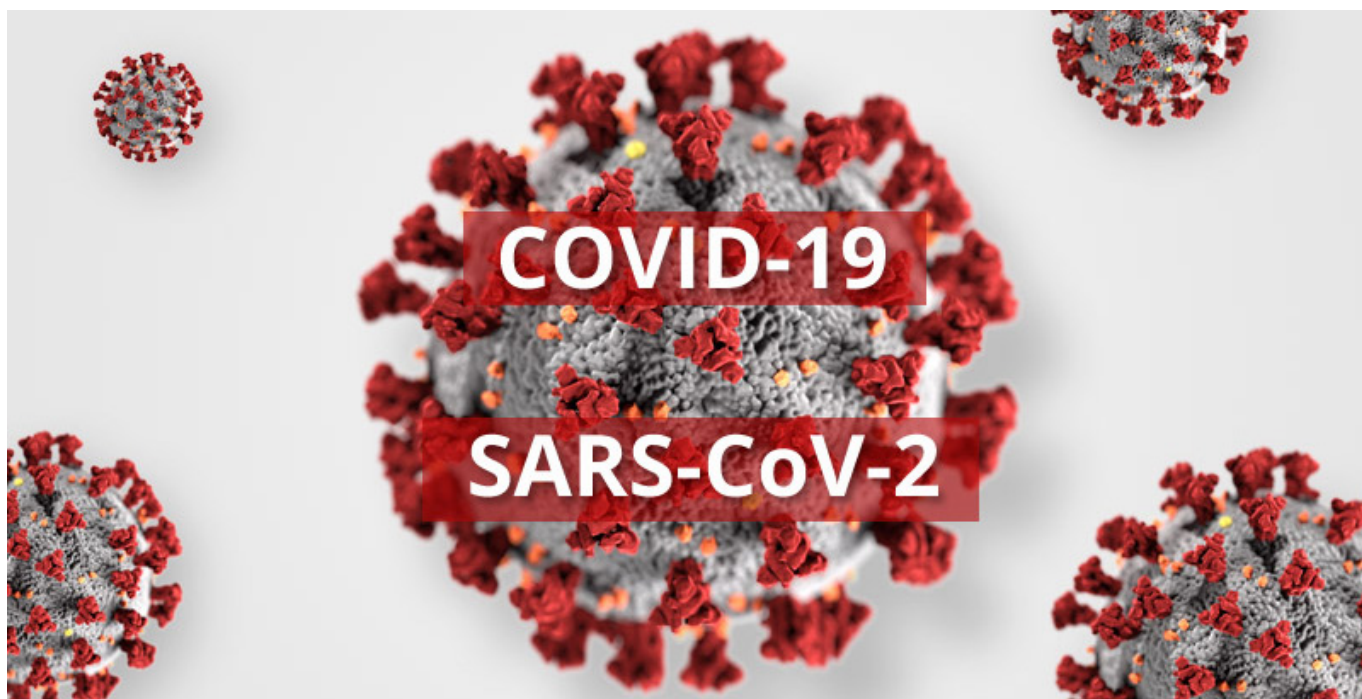
Efektom rekomendowanych zmian będzie faktyczna i realna poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych realizowanych w POZ.

Ad. III. Lecznictwo szpitalne i izolatoria

Rząd nie podejmuje skutecznych działań i lekceważy problemy środowiska pielęgniarek i położnych pracujących w szpitalach, a głęboki deficyt kadr powoduje, iż pacjenci pozbawieni są należytej im opieki. Pielęgniarki i położne skazane są na pracę w warunkach nieludzkiego obciążenia zarówno fizycznego i psychicznego.

1. Dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych oraz obrony zdrowia i kondycji psychicznej tak niewielkiego personelu pielęgniarstwa w szpitalach niezbędne jest natychmiastowe zatrudnienie dodatkowego personelu pomocniczego, przeznaczonego do realizacji zadań opiekuńczo-pielęgnacyjnych i administracyjnych w oddziałach. Szacunek potrzeb to minimum 1 dodatkowy etat jako wsparcie dla zespołu pielęgniarstwa na każdym dyżurze. Potencjalne zasoby to około 50 tysięcy studentów kierunków medycznych z wyłączeniem studentów pierwszego roku i ponad 40 tysięcy opiekunów

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1255).



medycznych. Finansowanie okresowego zatrudnienia studentów, to dedykowane środki poza budżetem na świadczenia zdrowotne.

2. Szpitale w pandemii Covid-19 narażone są na odgórne, chaotyczne decyzje administracyjne, a poprawa ich efektywności nie jest możliwa przy braku wzajemnego szacunku, zrozumienia i braku włączenia pielęgniarskiej kadry kierowniczej szpitali (dyrektorów ds. pielęgniarstwa pielęgniarek naczelnych, oddziałowych oraz epidemiologicznych) w realne zarządzanie szpitalem. Pielęgniarki i położne pełniące funkcje kierowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości pracy oddziałów i zabezpieczenie kadrowe, logistykę sprzętową, materiałową, zaopatrzenie w leki, powinny mieć możliwość zarządzania zgodnie z obowiązującym prawem. Od początku pandemii decydenci jakby zapomnieli o grupie zawodowej pielęgniarek i położnych pełniących kluczową rolę w pracy szpitali.
3. Polska od roku 1997 wypracowała i wdrożyła oparty na światowych standardach model pielęgniarki epidemiologicznej, jako oficera zarządzającego polityką epidemiologiczną każdego szpitala. Rola i decyzyjność kadry pielęgniarek i położnych epidemiologicznych powinna zostać wzmocniona oraz wyposażona w pełne uprawnienia decyzyjne w zakresie odpowiedzialności za standardy organizacyjne szpitala w okresie pandemii. Niestety nasi decydenci nie zauważyli pracy, roli i wysokich kompetencji polskich pielęgniarek i położnych epidemiologicznych.
4. Standard opieki nad pacjentami w Izolatoriach określony przez MZ, nie gwarantuje bezpiecznych warunków nadzoru i opieki nad pacjentami z chorobą Covid-19. Przepisy rozporządzenia MZ w sprawie standardu organizacyj-

nego opieki w izolatoriach⁴ dopuszczające sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad kilkudziesięcioma pacjentami w izolatorium za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, skazują de facto osoby chore zamknięte w izolatoriach na pozostawanie bez profesjonalnej opieki i podstawowej pomocy w czasie walki z Covid-19. Rekomendowane przez nas standardy organizacyjno-kadrowe w izolatoriach to minimum 1 pielęgniarka/30–50 chorych/dyżur oraz 2 osoby personelu pomocniczego. Zarządzanie opieką w izolatorium należy powierzyć Kierownikom Opieki, wyposażając ich w odpowiednie do zadań kompetencje decyzyjne.

Ad. IV. Opieka pozaszpitalna nad pacjentami z chorobą Covid-19

– opieka długoterminowa i domy pomocy społecznej

W systemie opieki zdrowotnej, nie ma aktualnie rozwiązań organizacyjnych gwarantujących zapewnienie bezpiecznych warunków nadzoru i opieki nad pacjentami z chorobą Covid-19 leczonych w domu, zakładach opieki długoterminowej lub przebywających w DPS-ach.

1. Chorzy z Covid-19 pozostający w izolacji domowej lub instytucjonalnej, wymagają częstokroć opieki pielęgniarskiej, nadzoru i wykonywania procedur np. cewnikowania pęcherza moczowego, leczenia ran przewlekłych, prowadzenia tlenoterapii, pobierania materiału do badań, podawania leków, w tym iniekcji i infuzji. Pielęgniarki i położne w Polsce posiadają ustawowe uprawnienia do udzielania

⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. poz. 539, 597, 761, 847, 1507 i 1750)

samodzielnie świadczeń zdrowotnych zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych. Niezbędne jest zatem nowe uregulowanie warunków i zasad finansowania monitorowania i koordynacji opieki nad pacjentami z Covid-19 leczonym i w domu, w zakładach opieki długoterminowej oraz w DPS-ach.

Z uwagi na realizację zadań w opiece domowej w warunkach szczególnego ryzyka, dużej samodzielności i związanej z tym odpowiedzialności zawodowej, należy wyodrębnić nowe świadczenie zdrowotne w systemie NFZ „Opieka pielęgniarska pozaszpitalna dla pacjentów Covid-19” Potrzeby kadrowe w zakresie opieki domowej to co najmniej 2 pielęgniarki Covid-19 na 5–10 tys. mieszkańców czyli np. na jedną gminę. Potrzeby krajowe to minimum 6 tysięcy pielęgniarek.

2. W zakładach opieki długoterminowej (stacjonarnych i domowych) należy wdrożyć dodatkowe finansowanie związane z procedurami zapobiegania pandemii Covid-19, oraz szczególnymi standardami opieki nad pacjentami najwyższego ryzyka czyli pacjentami przewlekłe chorymi i osobami starszymi. NFZ powinien finansować świadczenia zarówno według liczby podopiecznych z Covid-19 pozostających w zakładach stacjonarnych (ZOL/ZPO), jak i liczby zrealizowanych wizyt/procedur w warunkach domowych.
3. Wbrew zapowiedziom, rząd do chwili obecnej nie usankcjonował i nie wdrożył standardów wykonywania

świadczeń zdrowotnych przez personel pielęgniarski zatrudniony w DPS-ach. Pielęgniarki zatrudnione w placówkach podległych Ministerstwu Rodziny pozostają od lat dyskryminowane w zakresie warunków pracy, wynagrodzenia a także formalnych kompetencji. Oczekujemy pilnego wdrożenia rozwiązań zgłaszanych przez środowisko pielęgniarskie na rzecz poprawy sytuacji pielęgniarek w DPS-ach.

Przedstawione niezbędne działania i nowe podejście do opieki nad pacjentami z Covid-19, w opiece pozaszpitalnej zapewni realną, profesjonalną i odpowiadającą potrzebom zdrowotnym pomoc dla pacjentów z Covid-19 przebywających poza szpitalami oraz pozwoli na zaangażowanie i wzmocnienie kadry pielęgniarek specjalistek w podjęciu nowej roli w walce z pandemią Covid-19.

Podejmowanie aktywności w zakresie najwyższego poziomu kompetencyjnego w zawodzie czyli zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (Advance Practice Nurse), jest zgodne z dokumentem „Polityka Wieloletnia Państwa Rzecz Pielęgniarska i Położnictwa w Polsce”, ogłoszonym przez obecnego Prezesa Rady Ministrów w listopadzie 2019.

Reasumując, w warunkach szczytu pandemii Covid-19, dla dobra całego społeczeństwa, oczekujemy od Rządu decyzji, które umożliwią pielęgniarkom i położnym wykorzystanie kompetencji oraz realne wykonywanie samodzielnych zadań na rzecz pacjentów przy odpowiednim ich wynagrodzeniu.



Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik



Prezes NRPiP

Zofia Małas



Przewodnicząca ZK OZZPiP

Krytyna Ptok



Prezes ZG PTP

Beata Pięta

BIBLIOGRAFIA:

1. Strategia walki z pandemią COVID – 19; Wersja 3.0, Jesień 2020 file:///C:/Users/UZYTKO~1/AppData/Local/Temp/Strategia_3.0.pdf;
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.);
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, z późn. zm.);
4. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2020 r. poz. 85, z późn. zm.);
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. poz. 539, 597, 761, 847, 1507 i 1750);
6. Uchwała Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10.2019 r w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarska i Położnictwa w Polsce”;
7. Guidelines on Advanced Practice Nursing, ICN, Genewa 2020 https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
8. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf.



STANOWISKO

PREZESÓW SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH

z dnia 24 listopada 2020 r.

W SPRAWIE POSELSKIEGO PROJEKTU USTAWY O ZMIANIE NIEKTÓRYCH USTAW W CELU ZAPEWNIENIA W OKRESIE OGŁOSZENIA STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO LUB STANU EPIDEMII KADR MEDYCZNYCH

Samorządy zawodów medycznych jednoznacznie negatywnie oceniają projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych.

Troską samorządów zawodów medycznych jest zapewnienie, aby zawody te były wykonywane przez osoby o odpowiednim poziomie wykształcenia i kompetencji. Zasady weryfikacji poziomu wykształcenia absolwentów uczelni i szkół kształcących w zawodach medycznych, sposobu dopełniania obowiązku kształcenia ustawicznego i stopnia przygotowania zawodowego powinny odwzorowywać normy przyjęte w najbardziej rozwiniętych krajach Europy. Opiniowany projekt ustawy zmierza w kierunku przeciwnym, wprowadzając niebezpieczną liberalizację dostępu do wykonywania zawodów medycznych w Polsce dla osób, które uzyskały dyplom poza granicami Unii Europejskiej, podczas gdy na coraz wyższym poziomie są wymagania stawiane osobom kształcącym się w Polsce.

Projektowane rozwiązania nie gwarantują rzeczywistej weryfikacji kwalifikacji osób dopuszczanych do wykonywania zawodów medycznych, aktualności posiadanej przez nich wiedzy medycznej ani nawet ich zdolności do komunikowania się z pacjentem w języku polskim.

Tak szerokie i niekontrolowane otwarcie systemu ochrony zdrowia na osoby, które wykształcenie oraz kwalifikacje zawodowe zdobyły w krajach, w których systemy kształcenia w zawodach medycznych są istotnie różne od standardów przyjętych na obszarze Unii Europejskiej nie znajduje uzasadnienia nawet w trwającym obecnie stanie epidemii. Projekt nie zawiera natomiast żadnych istotnych rozwiązań, które poprawiłyby warunki pracy polskich pracowników medycznych w okresie epidemii.

Wreszcie projekt jest sprzeczny z art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie, w jakim dotyczy zagad-

nień związanych z przyznawaniem i potwierdzaniem prawa do wykonywania zawodu. Neguje osadzone w ustawie zasadniczej uprawnienia i obowiązki samorządów zawodowych w zakresie sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodów zaufania publicznego oraz uniemożliwia ich sprawowanie przez samorządy zawodowe w rzeczywisty i odpowiedzialny sposób. Samorządy zawodowe w tej materii zostaną sprowadzone do roli instytucji jedynie potwierdzających decyzje Ministra Zdrowia, który zgodnie z dotychczasową tradycją legislacyjną nie brał udziału w procesie przyznawania i potwierdzania prawa wykonywania zawodu.

Wprowadzone regulacje, które wbrew twierdzeniom projektodawców, nie mają charakteru incydentalnego, doprowadzą do marginalizacji dotychczasowych rozwiązań ustawowych, funkcjonujących przez lata w tym przedmiocie.

Podsumowując, w ocenie samorządów zawodów medycznych projekt ustawy zawiera rozwiązania, które stanowią realne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów. Zresztą sam projektodawca to dostrzega, proponując regulacje, zgodnie z którymi w przypadku stworzenia zagrożenia zdrowotnego dla pacjentów przez przedstawicieli zawodów medycznych rekrutowanych z zagranicy w trybie przewidzianym przez projektowaną ustawę, odbiera się im prawo do wykonywania zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej. Jako przedstawiciele zawodów zaufania publicznego nie możemy się godzić na ryzykowanie życia i zdrowiem Polaków.

W związku z tym zgodnie i stanowczo opowiadamy się za odrzuceniem przedmiotowego projektu w całości.

Prezes NRL
Andrzej Matyja

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Prezes KIF
Maciej Krawczyk

Prezes KRDL
Alina Niewiadomska

WYNAGRODZENIE ZA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 40

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie prawa pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru zasiłku wypłacanego za każdy miesiąc niezdolności do pracy

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm.), zwraca się po raz kolejny z prośbą o PILNĄ zmianę przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego osobom wykonującym zawód medyczny za okres niezdolności do pracy w okresie choroby i odosobnienia w związku z chorobą zakaźną.

Z uwagi na zaistnienie ekstraordynaryjnej sytuacji wynikającej z zagrożenia rozprzestrzenianiem się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i ogłoszeniem w Polsce stanu epidemii – Zespół Zarządzania Kryzysowego działający przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w dniu 23 marca 2020 r. skierował pismo do Pani Marleny Małąg, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o pilną zmianę przepisów regulujących wysokość wynagrodzenia i zasiłku chorobowego wypłacanego osobom wykonującym zawód medyczny za okres choroby i odosobnienia w związku z chorobą zakaźną.

Nasz postulat spotkał się ze zrozumieniem i w następstwie nowelizacji ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych* (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.) wprowadzono do w/w ustawy przepis art. 4c w brzmieniu: *W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek*

chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Niestety, z niezrozumiałych dla Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych względów, przepis ten utracił moc po upływie 180 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy na podstawie art. 36 w/w ustawy, czyli z dniem 4 września 2020 r.

W dniu 1 października 2020 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ponownie wystąpiła z pismem do Ministra Rodziny i Polityki Społecznej o przywrócenie przedmiotowego zapisu.

Pragniemy stanowczo podkreślić, że już z literalnego brzmienia uchwalonego przepisu wynikało, iż omawiana regulacja ma obowiązywać w *okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii*. Zaniechanie kontynuowania w/w uregulowania w naszej opinii jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i podważa zaufanie do władzy publicznej, której rolą jest stworzenie optymalnie bezpiecznych i stabilnych warunków pracy i rekompensaty utraconego zarobku w okresie niezdolności do pracy w następstwie zakażeń wirusem SARS CoV-2.

Ponadto, mając na uwadze obecnie niekorzystnie i dynamicznie zmieniającą się sytuację epidemiologiczną w Polsce, zwracamy się o rozszerzenie niniejszego uregulowania na całą grupę zawodową pielęgniarek i położnych bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Wiele osób z naszego środowiska bierze udział w walce z epidemią w innych miejscach niż podmioty lecznicze. Są to w szczególności domy pomocy społecznej, pracownicy stacji sanitarno-epidemiologicznej czy osoby pracujące w zespołach podstawowej opieki zdrowotnej, które obecnie są pierwszym miejscem kontaktu z pacjentem podejrzanym lub zarażonym COVID-19.

Propozycja zmian jest podyktowana ekstraordynaryjną sytuacją wynikającą z rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i konieczności wprowadzenia szczególnych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego dla osób zobowiązanych do bezpośredniego niesienia pomocy osobom podejrzanym lub zarażonym wirusem SARS CoV-2 bez względu na ryzyko dla własnego zdrowia i życia. Nie ma obecnie żadnych wątpliwości, że osoby wykonujące zawód medyczny, bez względu na miejsce niesienia pomocy, potrzebują szczególnego wsparcia ze strony władzy publicznej.

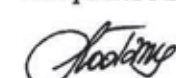
Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie koniecznych prac i uregulowań mających moc obowiązywania od dnia 4 września 2020 r.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska



MINISTER
Rodziny i Polityki Społecznej
DUS-III.501.89.2020.MSz

Warszawa, dnia /elektroniczny znacznik czasu/

Pani Mariola Łodzińska
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa
email: nipip@nipip.pl

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 16 października 2020 r. przekazane przez Pana Michała Dworczyka Ministra – Członka Rady Ministrów w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, przesyłające Stanowisko nr 40 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r. dotyczące przywrócenia 100% zasiłku chorobowego dla pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych, uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

Zgodnie z art. 92 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917),

za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek:

- 1) choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną – trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia – trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego – pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu;
- 2) wypadku w drodze do pracy lub z pracy albo choroby przypadającej w czasie ciąży w okresie wskazanym w pkt 1 – pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia;
- 3) poddania się niezbędnym badaniom lekarskim przewidzianym dla kandydatów na dawców komórek, tkanek i narządów oraz poddania się zabiegowi pobrania komórek, tkanek i narządów – w okresie wskazanym w pkt 1 – pracownik zachowuje prawo do 100% wynagrodzenia.

Zasady przyznawania świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustalania prawa do zasiłków chorobowych, macierzyńskich, opiekuńczych i świadczenia rehabilitacyjnego są określone przepisami ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870).

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że mamy obecnie w Polsce ogłoszony stan epidemii. Ogłoszenie stanu epidemii jest podstawą prawną różnorodnych podejmowanych przez państwo działań, których celem jest ochrona obywateli i położenie kresu epidemii. Stan epidemii jest więc okresem przejściowym, w którym stosuje się nadzwyczajne środki z uwagi na bezpieczeństwo publiczne. Stąd też w dniu 28 października 2020 r. została uchwalona przez Sejm RP ustawa o zmianie nie-

których ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, wprowadzającą zmiany do ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. tj. z 2020 r. poz. 1842).

Przedmiotowa ustawa przywraca z mocą wsteczną od 5 września 2020 r. prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym, którzy nie mogą wykonywać pracy z powodu kwarantanny, izolacji w warunkach domowych albo są niezdolne do pracy z powodu COVID-19, w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym.

Przyznanie ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym tego uprawnienia uzasadnione jest szczególnym narażeniem tej grupy osób na zagrożenia powodowane przez COVID-19. Biorąc pod uwagę powyższe należy jednocześnie podkreślić, że mamy obecnie czas dalszych szeroko zakrojonych działań, które mają zapobiegać szybkiemu rozprzestrzenianiu się COVID-19 w Polsce. Obecnie wdrożone w Polsce regulacje prawne m.in. pakiet ustaw „tarczy antykryzysowej”, podlegają bieżącej wnikliwej analizie. Wszelkie uwagi są na bieżąco analizowane (również na tle wystąpień posłów i senatorów, organizacji pracodawców, związków zawodowych oraz indywidualnych wystąpień), pod kątem potrzeb ewentualnych zmian w tym sferze przepisów dotyczących ubezpieczeń społecznych jak również celu wprowadzenia kolejnych instrumentów w zakresie ochrony zdrowia, które pozwolą na skuteczną walkę z COVID-19.

Z poważaniem

z up. Ministra Rodziny i Polityki Społecznej
Stanisław Szwed
Sekretarz Stanu

/-podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Do wiadomości:

Pan
Michał Dworczyk
Minister – Członek Rady Ministrów
Kancelaria Prezesa Rady Ministrów
Dot. BPRM.222.19.53.2020.JGo(2)

DODATKOWE WYNAGRODZENIE

Od 1 listopada 2020 roku dodatkowe wynagrodzenie¹ w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 otrzymają: personel SOR, izb przyjęć, zespołów ratownictwa medycznego oraz diagnostyki laboratoryjnej. Ponadto wysokość dodatku została podwojona.

Minister Zdrowia, poleceniem z 1 listopada 2020 roku, zobowiązał Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do przyznania dodatkowego wynagrodzenia za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 nowym grupom personelu medycznego. **W poleceniu zapisano także podwyżkę dodatku o 100%.**

KOMU PRZYSŁUGUJE DODATKOWE WYNAGRODZENIE?

Do tej pory dodatkowe wynagrodzenie otrzymują osoby zatrudnione w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia covidowego², które kryteria wymienione poniżej muszą być spełnione łącznie:

- wykonują zawód medyczny
- uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych
- mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Szpitala tradycyjne dzielimy na 4 typy, w zależności od poziomu zabezpieczenia covidowego:

I poziom: szpitale, w których utworzono tzw. łóżka buforowe, przeznaczone dla pacjentów Z PODEJRZENIEM zakażenia koronawirusem

II poziom: szpitale, które zajmują się LECZENIEM CHOROBY NA COVID-19, czyli pacjentów z pozytywnym wynikiem testu na koronawirusa. Obejmują opieką także pacjentów z podejrzeniem zakażenia koronawirusem

III poziom: szpitale, do których trafia pacjent z COVID-19 (pozytywny wynik testu na koronawirusa), lecz głównym powodem jego hospitalizacji NIE JEST COVID-19

IV poziom: to szpitale hybrydowe, które łączą w sobie zadania np. szpitala II i III poziomu. Koordynują opiekę nad pacjentami z COVID-19 w każdym województwie.

OD 1 LISTOPADA DODATEK PRZYSŁUGUJE TAKŻE OSOBOM WYKONUJĄCYM:

- zawód medyczny w SOR lub izbach przyjęć, zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa,
- czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratoriach przy szpitalach I, II i III poziomu zabezpieczenia covidowego,



wego, z którymi NFZ podpisał umowę na wykonywanie testów w kierunku SARS-CoV-2³.

Dodatkowe wynagrodzenie przysługuje pracownikom medycznym zatrudnionym na umowę o pracę lub na umowę cywilno-prawną.

Od 1 listopada dodatek został podwojony i wynosi aktualnie 100% wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej. Jednocześnie maksymalna kwota dodatku nie może być wyższa niż 15 tys. zł.

Środki na dodatkowe wynagrodzenie pochodzą z budżetu państwa, z części której dysponentem jest Minister Zdrowia. Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za przekazanie środków na sfinansowanie dodatkowego wynagrodzenia do placówek medycznych.

¹ W formie dodatkowego świadczenia pieniężnego

² Placówki te muszą być wpisane do wykazu prowadzonego przez dyrektorów oddziałów NFZ wspólnie z wojewodami.

³ Laboratoria te muszą być wpisane na listę opublikowaną na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>.

KOMUNIKAT MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 1 XI 2020 R. W SPRAWIE ZMIANY POLECENIA MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 4 IX 2020 R.



Minister Zdrowia

Warszawa, 01 listopada 2020 r.

DSZ. 2245954

Pan
Filip Nowak
p. o. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia

Na podstawie art. 42 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493),

postanawiam:

zmienić z dniem 1 listopada 2020 r. polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., wydane w oparciu o obowiązujący wówczas art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), zmienione poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r., w następującym zakresie:

1) punkt 1 ww. polecenia otrzymuje następujące brzmienie:

„1. **Polecam Narodowemu Funduszowi Zdrowia** z siedzibą w Warszawie przy ul. Rakowieckiej 26/30 (kod pocztowy 02-528), przekazanie podmiotom leczniczym:

1) umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenie

zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio - art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b albo art. 11 ust. 1 i ust. 4 albo art. 11 h ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.), polecające:

- a) realizację świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu),
- b) realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu)

2) w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć;

3) o których mowa w ppkt 1 oraz umieszczonym w wykazie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio - art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b, art. 11 ust. 1 i ust. 4 albo art. 11 h ust. 1 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, polecające zapewnienie łóżek dla pacjentów podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (szpital I poziomu), i które umieszczone są na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 (laboratoria);

(dalej zwanych również „Podmiotami”), środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.) spełniającym warunki z pkt 1a dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, zwanego dalej „dodatkowym świadczeniem”, według zasad określonych w załączniku do niniejszego polecenia, na podstawie umowy lub porozumienia.”;

2) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a. Świadczenie dodatkowe przyznawane jest osobom, o których mowa w pkt 1, które:

- a) w przypadku osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, o których mowa w pkt 1 ppkt 1 uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
- b) w przypadku osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, o których mowa w pkt 1 ppkt 2 - udzielają świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym lub w izbach przyjęć;
- c) w przypadku osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych, o których mowa w pkt 1 ppkt 3 - wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej w tych podmiotach z wyłączeniem osób, skierowanych do pracy w Podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845),”;

3) w załączniku do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) w przypadku osoby, o której mowa w pkt 1a Polecenia:

- zgodę na udostępnienie przez Podmiot właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia i przetwarzanie przez ten oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia tej osoby w Podmiocie na dzień udostępniania tej informacji (podając informację o wysokości wynagrodzenia nie uwzględnia się w niej wysokości świadczenia dodatkowego w przypadku gdy przysługiwało danej osobie według stanu na dzień udostępniania informacji);

– w przypadku osoby zatrudnionej na innej podstawie niż stosunek pracy: informacji o wysokości miesięcznego wynagrodzenia w Podmiocie na dzień udostępniania informacji (podając informację o wysokości wynagrodzenia nie uwzględnia się w niej wysokości świadczenia dodatkowego w przypadku gdy przysługiwało danej osobie według stanu na dzień udostępniania informacji) w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków finansowych na jego wypłatę;”;

4) w załączniku do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. punkt 3 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) w przypadku osób, o których mowa w pkt 2 lit. b, powinna być równa 100% wynagrodzenia danej osoby, o którym mowa w pkt 2 lit. b oraz nie wyższa niż 15 000 zł; w przypadku świadczenia pracy przez te osoby przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu;”;

5) w załączniku do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. punkt 4 lit. b:

„b) informacji, o której mowa w pkt 2 lit. b, przekazanej przez kierownika Podmiotu do dyrektora właściwego terytorialnie oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca w postaci elektronicznej w sposób zapewniający właściwą ochronę danych osobowych; informacja obejmuje informacje o:

- osobach innych niż objęte ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia w sprawie standardów uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mających bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w okresie od 4 września 2020 r.
- oraz o osobach objętych w okresie do dnia 4 września 2020 r. ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia o standardach, które po dniu 30 września 2020 r. nadal uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2,
- oraz o osobach, które w okresie od 1 listopada 2020 r. uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
- oraz o osobach, które w okresie od 1 listopada 2020 r. udzielają świadczeń zdrowotnych lub wykonują czynności diagnostyki laboratoryjnej w podmiotach wymienionych w punkcie 1 ppkt 2 i 3 polecenia;

informacja obejmuje imię i nazwisko każdej osoby uprawnionej do świadczenia dodatkowego, jej numer PESEL i numer prawa wykonywania zawodu (jeżeli posiada).”;

6) w załączniku do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. punkt 5 lit.

b:

„b) środki finansowe dla osób, o których mowa w pkt 4 lit b przekazywane będą do podmiotu za okres uczestniczenia przez osoby, o których mowa w pkt 4 lit. b w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, a także udzielaniu świadczeń zdrowotnych lub wykonywaniu czynności diagnostyki laboratoryjnej w podmiotach wymienionych w punkcie 1 ppkt 2 i 3 polecenia.”.

Z poważaniem,

Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

/dokument podpisany elektronicznie/

Uzasadnienie

Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. wydane zostało na podstawie art. 10a ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, dalej także jako „ustawa o COVID-19”.

Działania te są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Nowelizacja polecenia ma na celu zmianę zakresu podmiotów zobowiązanych do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i

zwalczaniem COVID-19 oraz podwyższenie wysokości świadczenia dodatkowego.

Zmiana zakresu podmiotów objętych poleceniem dokonywana jest poprzez poszerzenie go o:

- podmioty lecznicze w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć;
- laboratoria podmiotów leczniczych będących szpitalami I, II i III poziomu umieszczonych na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

W nowelizacji polecenia określono, że osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia dodatkowego:

- w przypadku podmiotów w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć będą osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć
- w przypadku laboratoriów „covid-owych” podmiotów leczniczych będących szpitalami I, II i III będą osoby wykonujące czynności diagnostyki laboratoryjnej w tych podmiotach.

Podwyższenie wysokości świadczenia dodatkowego polegać ma na określeniu, że jego wysokość ma być równa nie jak dotychczas 50% lecz 100% wynagrodzenia / wynagrodzenia wynikającego z umowy cywilnoprawnej danej osoby. Podwyższeniu ulega także maksymalna kwota świadczenia dodatkowego z 10 000 zł do 15 000 zł.

Dodatkowo w poleceniu doprecyzowano, że proporcjonalne obniżenie wysokości świadczenia dodatkowego dokonywane będzie w przypadku świadczenia pracy przez uprawnione osoby przez niepełny miesiąc.

Zmienione polecenie działać będzie od dnia 1 listopada 2020 r.

UPRAWNIENIA DO DODATKU DO WYNAGRODZENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP- NRPiP-DS.015.206.2020

Warszawa, 4 listopada 2020 r.

Pan

Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Dotyczy: komunikatu Ministra Zdrowia z 1 listopada 2020 r. w sprawie rozszerzenia zakresu podmiotowego uprawnionych do dodatku do wynagrodzenia dla personelu medycznego

Szanowny Panie Ministrze,

Zgodnie z art. 1 ust. 1, art. 3 ust. 1 i 2, art. 4 ust. 1 pkt 1 oraz art. 6 ust. 1 pkt 1 lit. a i b ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1429 ze zm.), wnosimy o:

1. **przedstawienie** odpisu polecenia Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. skierowanego do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie dodatkowego wynagrodzenia za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 nowym grupom personelu medycznego,
2. **wyjaśnienie**, jakie grupy pielęgniarek i położnych, mając na względzie rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych i miejsce ich udzielania, objęte będą przedmiotowym dodatkiem, z jednoznacznej wyszczególnieniem w odpowiedzi czy ten dodatek będzie wypłacany:

- a) pielęgniarkom POZ i położnym POZ, w tym pielęgniarkom sprawującym opiekę długoterminową, paliatywną opiekę domową nad pacjentem zakażonym,
 - b) pielęgniarkom i położnym sprawującym opiekę nad pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie, przebywającym ze względu na stan zdrowia w innym oddziale szpitalnym niż zakaźny, tj. np. oddziale kardiologicznym, onkologicznym,
 - c) pielęgniarkom i położnym oddelegowanym do pracy na podstawie decyzji wojewody lub Ministra Zdrowia,
 - d) pielęgniarkom i położnym, które same zgłosiły się do pracy przy zwalczaniu epidemii do tworzonych szpitali jednoimiennych, pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w szpitalach, które znalazły się poza szpitalami z II i III poziomu zabezpieczenia.
3. **wyjaśnienie**, jakie przewidziano procedury przyznania przedmiotowego dodatku do wynagrodzenia i jakie w związku z tym obowiązki spoczywają na personelu medycznym i dyrektorze placówki medycznej,
 4. **wyjaśnienie**, jakie przewidziano formy kontroli wywiązania się ze wskazanych powyżej obowiązków przez dyrektora placówki medycznej, jak również sankcję za niewywiązanie się z tego obowiązku,
 5. udzielenie informacji, czy trwają obecnie prace legislacyjne uregulowania przedmiotowego dodatku do wynagrodzenia na poziomie ustawowym.

Odpowiedź na niniejszy wniosek oraz odpisy objętych nim dokumentów proszę przesłać na następujący adres poczty elektronicznej: nipip@nipip.pl

Z poważaniem

Zofia Małas



Prezes NRPiP





Minister Zdrowia

Warszawa, 16 listopada 2020 r.

DSZ.0212.436.2020.ASB

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i
Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa
nipip@nipip.pl

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 4 listopada 2020 r., znak NIPiP-NRPIP-DS.015.206.2020, w sprawie dodatkowego świadczenia pieniężnego, proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Polecenie Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. do Narodowego Funduszu Zdrowia stanowi załącznik nr 1 do niniejszego pisma.

Zgodnie z Poleceniem Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ (wg stanu po zmianach z dnia 1 listopada 2020 r.) poleceniem objęte są:

- 1) **podmioty lecznicze, które na mocy decyzji wojewody / polecenia Ministra Zdrowia są szpitalami II i III poziomu**
- 2) podmioty lecznicze w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć;
- 3) laboratoria podmiotów leczniczych będących szpitalami I, II i III poziomu umieszczonych na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2.

W nowelizacji polecenia określono, że osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia dodatkowego są:

- **w przypadku osób udzielających świadczeń w podmiotach leczniczych wskazanych w pkt 1 – osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczące**

w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2

- w przypadku osób udzielających świadczeń w podmiotach leczniczych wskazanych w pkt 2 osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć
- w przypadku osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych wskazanych w pkt 3 (laboratoriów „covid-owych”) - osoby wykonujące czynności diagnostyki laboratoryjnej w tych podmiotach.

Dodatkowe świadczenie pieniężne nie przysługuje natomiast osobom skierowanym do pracy w podmiotach na podstawie art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845).

W Poleceniu Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. wskazano także:

- 1) wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego, które zostało podwojone i wynosi aktualnie 100% wynagrodzenia wynikającego z umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej,
- 2) maksymalną kwotę dodatkowego świadczenia pieniężnego, która nie może być wyższa niż 15 tys. zł i przysługuje osobom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym na umowę o pracę lub na umowę cywilno-prawną.

Jednocześnie wyjaśniam, że wysokość środków z tytułu dodatkowego świadczenia pieniężnego dla danego podmiotu leczniczego jest ustalana w oparciu o informację przekazywaną przez kierownika podmiotu leczniczego raz w miesiącu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca do dyrektora właściwego terytorialnie ze względu na położenie podmiotu leczniczego oddziału wojewódzkiego NFZ, który zobowiązany jest do przekazywania i rozliczania ww. środków finansowych.

Zgodnie z punktem 6 i 7 załącznika do Polecenia Ministra Zdrowia, podmiot powinien zostać zobowiązany do poddania się kontroli w zakresie realizacji zobowiązania, o którym mowa w pkt 5 załącznika do Polecenia, przez osoby upoważnione do wykonania czynności kontrolnych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz udostępnienia tym osobom oświadczeń, o których mowa w pkt 2.

Podmiot powinien zostać zobowiązany do zwrotu środków finansowych, o których mowa w pkt 4 załącznika do Polecenia:

- których nie mógł wykorzystać zgodnie z zasadami określonymi w niniejszym poleceniu, w terminie 3 dni roboczych od stwierdzenia braku tej możliwości (np. rozwiązanie z danym pracownikiem stosunku pracy);
- które zostały wykorzystane niezgodnie z zasadami określonymi w niniejszym poleceniu, w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania do zwrotu tych środków od dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO DLA POŁOŻNYCH RODZINNYCH/ POŁOŻNYCH POZ

Zalecenia w stanie epidemii wirusa SARS–CoV–2 wywołującego chorobę COVID–19 dla położnych rodzinnych / położnych POZ

Aktualizacja z dnia 23.10.2020 r.

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego
dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

W związku z wciąż utrzymującym się ryzykiem zarażenia wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy utrzymać możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Należy podkreślić, że porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

W sytuacji udzielania osobistej porady/konsultacji/badania pacjentki w środowisku domowym lub gabinecie położnej POZ, należy je odbywać z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego, z zastosowaniem środków bezpieczeństwa, związanych z ryzykiem zakażenia SARS CoV-2 i zgodnie z obowiązującymi wytycznymi w tym zakresie.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach kraju („obszar żółty” / „obszar czerwony”).

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej rekomenduje się działania zaprezentowane poniżej.

I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyty patronażowe powinny odbywać się w miejscu pobytu matki i dziecka, a pierwsza wizyta patronażowa nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Natomiast w sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.
2. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny lub izolacji.
3. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (*należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie*), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
4. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia wizyty w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej):
 - 1) Czy Pacjentka (*lub inne osoby wspólnie zamieszkujące*) przebywa aktualnie na kwarantannie lub izolacji?
 - 2) Czy Pacjentka (*lub inne osoby wspólnie zamieszkujące*) wykazują objawy chorobowe kompatybilne z COVID-19 (*temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$, kaszel, duszność, nagła utrata węchu, smaku lub zaburzenia smaku*)?
 - 3) Czy w ostatnich 14 dniach Pacjentka (*lub inne osoby wspólnie zamieszkujące*) miała bliski kontakt z osobą podejrzaną lub potwierdzoną jako przypadek zakażenia wirusem SARS-CoV-2?
5. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS-CoV-2 (*dotyczy to pacjentki lub ktoregokolwiek z domowników*), można odroczyć udzielanie świadczenia w bezpośrednim kontakcie obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (*drugiego*) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych bezpośrednio w środowisku domowym (*kolejną wizytę patronażową*). W tej sytuacji to świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów

teleinformatycznych lub innych systemów łączności (o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych).

6. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
7. Po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego, należy przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecznych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka oraz ewentualnego zdjęcia szwów z rany krocza lub szwów z rany po cięciu cesarskim.
8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.
9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta w środowisku domowym będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie jako teleporada, a zalecenia będą przesłane po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.
10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym (*minimum 60% alkoholu*) lub wodą z detergentem.

II. PRZEBIEG WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.
2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (*waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr*), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko dla jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (*np. Inianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C*). Wskazane jest, aby pacjentka przygotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania ewentualnej transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie. Pacjentka powinna również dokonać pomiaru ciepłoty ciała i podać jej wartość jeszcze podczas wywiadu epidemiologicznego przeprowadzanego telefonicznie.
3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków (*„nic poniżej łokcia”*), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy.
4. W związku z tym, że podczas wizyty patronażowej (*badanie przedmiotowe położnicy/novorodka*) nie ma możliwości zachowania bezpiecznego dystansu, położna

powinna być ubrana co najmniej w fartuch fizelinowy, maskę chirurgiczną, okulary ochronne (*gogle*) lub przyłbicę oraz rękawice ochronne 2 pary (*wewnętrzne i zewnętrzne*).

5. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy:

- pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na ewentualne odpady medyczne zakaźne,
 - swoje wierzchnie ubranie włożyć do worka foliowego innego koloru niż czerwony,
 - założyć ochraniacze na obuwie,
 - dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu (*minimum 60%*) zgodnie z instrukcjami producenta,
 - założyć pierwsze rękawice ochronne (*wewnętrzne*),
 - założyć fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice,
 - założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne (*gogle*) lub przyłbicę,
 - przy pacjentce – założyć kolejną parę rękawic (*zewnętrzne*).
6. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz bezwzględnie założyć maseczkę.
7. W czasie wizyty patronażowej położnej, w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach. W sytuacji, gdy podczas wizyty patronażowej ma być obecny także inny domownik, w stosunku do takiej osoby należy również przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i zobowiązać ją do założenia maseczki ochronnej.
8. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (*jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki*).
9. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykanyymi powierzchniami.
10. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
11. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 metra, z zachowaniem zasad higieny oddychania (*zaskłaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić twarzą w twarz*).
12. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
13. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwać dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną (*teleporadę*).
14. Po badaniu każdego pacjenta (*położnica, noworodek*) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkiem na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.

15. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.
16. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczce zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (*można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem prawa wykonywania zawodu, bez konieczności stawiania pieczętki*).
17. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (*w torebce strunowej*), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
18. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, tj. należy:
 - zdjąć zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieścić je natychmiast w 1. czerwonym worku, pozostawionym przy drzwiach wejściowych
 - zdjąć okulary ochronne (*gogle*) lub przyłbicę i natychmiast umieścić w osobnym 2. czerwonym worku (*obowiązkowo po powrocie z wizyty – należy je umyć i zdezynfekować*)
 - zdezynfekować rękawice wewnętrzne
 - zdjąć maskę ochronną - umieścić w 1. czerwonym worku
 - zdjąć wewnętrzne rękawice - umieścić w 1. czerwonym worku
 - czerwony worek zawierający używane środki ochrony osobistej zwinąć i włożyć do kolejnego czerwonego worka, który należy zabrać do utylizacji.
 - zdezynfekować dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta.
19. Wszystkie pomieszczenia, zarówno przed, jak i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.
20. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
21. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
22. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.

23. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
24. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (*co powinno być bezwzględnie udokumentowane*), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (*położnicy i jej dziecka*) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.
25. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (*uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami*), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub izolacji – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem (*np. maska typu FFP2/FFP3*), gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (*wewnętrzne i zewnętrzne*), czapka, foliowe ochraniacze na obuwiu.

III. WIZYTY U PACJENTKI GINEKOLOGICZNO–ONKOLOGICZNEJ

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydzielinami pacjentki (*rana po operacji brzusznej lub rana krocza*).

IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji wirusa SARS–CoV–2w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (*w tym w ciąży wysokiego ryzyka*), począwszy od 21. (*dwudziestego pierwszego*) tygodnia ciąży do terminu rozwiązania, można realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.
2. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w bezpośrednim kontakcie należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych odnoszących się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom, w tym m.in.: zapewnienie co najmniej 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, zapewnienie dostępności do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą dydaktyczną, sale powinny być regularnie wietrzone, a miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe dezynfekowane przed i po każdym zajęciach.

3. Edukacja przedporodowa realizowana w bezpośrednim kontakcie musi być poprzedzona zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała osób uczestniczących w zajęciach.
4. Realizowany przez położną program edukacji przedporodowej powinien zawierać (*poza standardowymi treściami*) zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych, w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2.

V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowane zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszącymi się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji wirusa SARS-CoV-2.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (*po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności*) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej, należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (*potencjalnie zdrowa pacjentka*).
7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest dezynfekowany i wywietrzony, przestrzega się rozdzielności czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ.
8. Przeprowadzając dezynfekcję pomieszczeń, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta, dotyczących w szczególności prawidłowego i bezpiecznego stosowania tj. częstotliwość używania danego produktu, czas niezbędnego wietrzenia pomieszczeń, czy konieczność przemywania wodą powierzchni po dezynfekcji. Należy wskazać, iż nie ma potrzeby wydłużania czasu stosowania środków do dezynfekcji, ponad czas wskazany na oznakowaniu opakowania produktu biobójczego.
9. Przed gabinetem położnej POZ musi być zapewniona dostępność dla pacjentów do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu (*minimum 60%*).

VI. ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

- Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście zakażeń wirusem SARS-CoV-2, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.
- Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z Wytycznymi konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej i Głównego Inspektora Sanitarnego dotyczące minimalnych środków ochrony osobistej dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej (*data wydania – 25.09.2020r.*) :
 - Kontakt z osobą zdrową lub pacjentką bez objawów infekcji dróg oddechowych zawsze co najmniej: maska chirurgiczna, odzież robocza (*minimum bluza / fartuch wielorazowy*) albo fartuch flizelinowy, higiena rąk; rękawiczki jednorazowe – jeśli procedura tego wymaga.
 - Kontakt z pacjentką z objawami infekcji dróg oddechowych bez ryzyka powstania aerozolu zawsze co najmniej: maska chirurgiczna i przyłbica, fartuch flizelinowy, higiena rąk; rękawiczki jednorazowe - jeśli procedura tego wymaga.
 - Kontakt z pacjentką z objawami infekcji dróg oddechowych z ryzykiem powstania aerozolu (*np.: inhalacje, nebulizacje, pacjentka z wymiotami, nasilonym kaszlem z odkrztuszaniem*) zawsze co najmniej: maska typu FFP2 i przyłbica, fartuch flizelinowy z długim rękawem wiązany z tyłu, plus na przód fartuch foliowy, albo fartuch barierowy z nieprzemakalnego materiału, rękawiczki jednorazowe.
- Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.

VII. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU KONTAKTU POŁOŻNEJ POZ Z PACJENTKĄ, u której zostanie potwierdzone zakażenie wirusem SARS CoV-2

- W przypadku kontaktu z pacjentem, u którego zostanie potwierdzone zakażenie wirusem SARS CoV-2, personel POZ (*położna POZ*) nie będzie podlegać kwarantannie, a placówka POZ nie zostanie zamknięta przez organ inspekcji sanitarnej, gdy spełnione zostaną poniższe warunki:
 - personel był prawidłowo, tj. co najmniej zgodnie z powyższymi zaleceniami zabezpieczony przez cały czas kontaktu, niezależnie od długości i rodzaju kontaktu.lub

- kontakt z pacjentem bezobjawowym, z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS CoV-2 trwał krócej niż 15 minut lub zachowany był dystans min. 1,5 m (tj. niespełnione kryteria bliskiego kontaktu)

oraz

- zostały zastosowane procedury dekontaminacji, tj. przeprowadzono dezynfekcję pomieszczeń, w których przebywała pacjentka i drogi dojścia pacjentki oraz sprzętu wykorzystanego do badania.

VIII. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

1. Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:
 - **opakowanie wewnętrzne:**
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego (w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach),
 - **opakowanie zewnętrzne:**
worek foliowy koloru czerwonego.
2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
3. W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

IX. INNE ZALECENIA

- **Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19, informacje, jak zachować środki ostrożności oraz jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:**
<https://www.gov.pl/web/koronawirus>
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/wiadomosci>
<https://gis.gov.pl/kategoria/aktualnosci/>
www.gov.pl/rpp
- W związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2, **należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia** i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

Dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego
/dokument podpisany elektronicznie/

Podpisano przez/ Signed by:
GRAŻYNA
IWANOWICZ-PALUS
Data/ Date: 23.10.2020 13:01
mSzofir

WYCENA PORADY PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ POZ



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DS.015.173.2020.MT

Warszawa, dnia 6 października 2020 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Dotyczy: brak wydania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wyceny porady pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej i porady położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wskazuję, co następuje.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej wprowadzono świadczenie gwarantowane w postaci porad pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotowy akt prawny wszedł w życie z dniem 1 sierpnia 2020 r.

Zgodnie z przedmiotowym aktem prawnym pielęgniarka w ramach porady POZ, w zależności od posiadanych uprawnień zawodowych, może m.in. prowadzić profilaktykę chorób i promocję zdrowia, dobrać sposoby leczenia rany w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, przepisać leki zawierające określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, wystawić recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji, wystawić zlecenie lub recepty na wybrane wyroby medyczne (np. pieluchomajtki), wystawić skierowanie na wykonanie określonych badań diagnostycznych w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Z kolei położna w ramach porady POZ może m.in. udzielić porady dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej, w tym dobór sposobu leczenia ran, przepisać leki na receptę zawierające określone substancje czynne, wystawić recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji, wystawić zlecenie na wybrane wyroby medyczne, wystawić skierowanie na wykonanie określonych badań diagnostycznych, wykonać oraz zinterpretować badania KTG u kobiety ciężarnej.

Z powyższego jednoznacznie wynika, że celem przedmiotowej regulacji jest przejęcie nowych zadań w zakresie udzielania świadczeń gwarantowanych, które w świetle uprawnień zawodowych pielęgniarek i położnych mogą być przez nie wykonywane samodzielnie (art. 4 ust. 1 i art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej), co jest szczególnie tak istotne w stanie epidemii oraz zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń gwarantowanych w ramach POZ .

Jak dotąd pomimo upływu 2 (dwóch) miesięcy jego obowiązywania nie wydano stosownego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wyceny tych świadczeń gwarantowanych.

Brak tego rodzaju regulacji skutkuje tym, że przedmiotowe świadczenia gwarantowane pozostają „w uśpieniu” zważywszy na brak środków na ich realizację.

Z doniesień medialnych słyszymy, że Minister Zdrowia z przedstawicielami lekarzy rodzinnych negocjuje zasady finansowania pacjentów z dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS – CoV – 2. Rozmowy doprowadziły do zdefiniowania nowej stawki, tzw. „*fee for service*”, która będzie miała zastosowanie dla każdego pacjenta.

Tymczasem zasygnalizowany na wstępie problem nie spotkał się dotychczas z zainteresowaniem Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z tym wnosimy o pilne zorganizowanie spotkania przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia celem ustalenia wyceny omawianych w niniejszym piśmie świadczeń gwarantowanych.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski
/dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości:

1. Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



Minister Zdrowia

Warszawa, 11 listopada 2020

SZUZ.740.24.2020.AG

Pan
Sebastian Irzykowski
Wiceprezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Wiceprezese,

w odpowiedzi na pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 października 2020 r., znak: NIPIP-NRPiP-DS.015.173.2020.MT, w sprawie braku wydania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w zakresie wyceny porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz porady położnej POZ, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 1255), zwanego dalej „rozporządzeniem ws. świadczeń gwarantowanych POZ”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1586), określiło że od dnia 1 stycznia 2021 r., świadczeniodawcy POZ będą zobowiązani do przekazywania indywidualnych danych (tj. o każdej udzielonej poradzie), w których jednostką statystyczną będzie porada pielęgniarki oraz położnej POZ.

W związku z powyższym w NFZ trwają prace nad wdrożeniem od dnia 1 stycznia 2021 r. zasad organizacji udzielania przedmiotowych świadczeń, zasad ich finansowania i rozliczania oraz przystosowania systemu informatycznego umożliwiającego wymianę danych sprawozdawczych.

Obecnie dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w zakresie POZ stosuje się kapitacyjną stawkę roczną dla świadczeń w ramach gotowości pielęgniarki i położnej oraz cenę jednostkową dla jednostki rozliczeniowej określonej jako wizyta. Stawka kapitacyjna zawiera opłatę za czynności pielęgniarskie i położnicze wynikające z określonych kompetencji zawodowych, a realizowanych na rzecz pacjentów objętych opieką, bez ich wyodrębniania w formie porad.

Regulacja wprowadzona rozporządzeniem ws. świadczeń gwarantowanych POZ, dodaje w zakresie świadczenia pielęgniarek i położnych, możliwość wystawiania skierowania na wykonanie badań diagnostycznych, o których mowa w art. 15a ust. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2020 poz. 562 z późn. zm.), w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej. Wiąże się to z ponoszeniem kosztów przez wystawiającego skierowania w zakresie rozliczania finansowego z realizatorem usługi. W związku z powyższym w NFZ trwają prace związane z dodaniem do stawki kapitacyjnej posiłkowego produktu zawierającego opłaty za wystawienie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych.

Warto również zauważyć, że od dnia 1 października 2021 r., zgodnie z art. 159 ust. 2b ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), umowy o udzielanie świadczeń z zakresu POZ, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, będą zawierały dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie koordynacji opieki nad świadczeniobiorcą (budżet powierzony), profilaktycznej opieki zdrowotnej (opłata zadaniowa) oraz oczekiwanego efektu zdrowotnego i jakości opieki (dodatek motywacyjny).

Wskazane regulacje prawne przełożą się na nowe podejście do zagadnień finansowania POZ. Jednocześnie NFZ, na podstawie ustaleń zainteresowanych stron oraz w ścisłej współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dokona stosownych zmian.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu

MINISTERSTWO ZDROWIA – STANOWISKA NRPIP



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Maciej Miłkowski

Warszawa, 19 listopada 2020

RKWA.07.27.2020.MF

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes !

W odpowiedzi na pismo z dnia 16.10.2020 r. znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.188.2020.MT zawierające stanowiska podjęte na posiedzeniu NRPIP w dniu 15.10.2020 r. uprzejmie prosimy o przyjęcie poniższych odpowiedzi.

W zakresie stanowiska **nr 39** dotyczącego „*rozszerzenia kompetencji pielęgniarki w zakresie samodzielnego wykonywania zabiegów z dziedziny kosmetologii i kosmetologii estetycznej oraz podjęcia działań w kierunku zmian w przepisach regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek poprzez wprowadzenie nowej ścieżki kształcenia umożliwiającej pielęgniarce nabycie ww. uprawnień*” pragniemy zauważyć, że pielęgniarki i położne w trakcie kształcenia zawodowego nie uzyskują wiedzy z zakresu zabiegów kosmetologicznych i medycyny estetycznej.

Ponadto należy wskazać, że nie ma legalnej definicji zabiegów, działalności powszechnie nazywanej „medycyną estetyczną”. Wydaje się, że tego typu usługi – nie mające charakteru ściśle medycznego (nie wynikające z procesu leczenia) nie są świadczeniami zdrowotnymi, a ich świadczenie nie jest wykonywaniem działalności leczniczej.

Pielęgniarki i położne uprawnione są do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z kwalifikacjami nabytymi w drodze kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, które zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2016 r. o działalności leczniczej

(Dz.U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.), są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Warto również zauważyć, że zgodnie ze stanowiskiem ekspertów medycyny zabiegi związane z ingerencją w tkanki powłok skórnych, powinny być wykonywane wyłącznie przez lekarzy, jako przedstawicieli grupy zawodowej legitymującej się specjalistycznym zakresem wiedzy teoretycznej i praktycznej, nabytym w trakcie szkolenia przed- i podyplomowego. Pogłębioną wiedzę i umiejętności w zakresie „medycyny estetycznej” lekarze nabywają przede wszystkim w drodze szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii plastycznej oraz w dziedzinie dermatologii i wenerologii. Takiego zakresu wiedzy, jaki posiadają lekarze, w szczególności lekarze specjaliści w dziedzinie chirurgii plastycznej i dermatologii i wenerologii, nie uzyskują ani absolwenci studiów na kierunku kosmetologia, ani absolwenci szkół policealnych kształcących w zawodzie technika usług kosmetycznych, ani tym bardziej uczestnicy różnego rodzaju kursów kosmetycznych.

Tym niemniej kwestia uregulowania spraw związanych z tzw. „medycyną estetyczną” jest sprawą istotną dla resortu zdrowia, w szczególności w zakresie szczegółowego doprecyzowania i rozgraniczenia zakresu działań ze strony osób legitymujących się dyplomami różnych zawodów (lekarzy, techników usług kosmetycznych, kosmetologów), a zwłaszcza wobec częstego nadużywania określenia „medycyna” w przypadkach działań niezwiązanych z wykonywaniem zawodów medycznych.

W zakresie stanowiska nr 40 dotyczącego: *„prawa pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru zasiłku wypłacanego za każdy miesiąc niezdolności do pracy”* pragniemy poinformować, że zgodnie z przyjętą ostatecznie przez Sejm RP w dniu 28 października br. ustawie o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, wprowadzono następujące rozwiązania:

- 1) W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczących usługi całodobowo, noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji lub izolacji w

warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tych podmiotach oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tych podmiotach przysługuje prawo do 100% wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, lub zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”;

2) W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje prawo do 100% wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, lub zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Odnosząc się do stanowiska **nr 41** dotyczącego „*likwidacji w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych i zaniechania podjęcia w tej sprawie dialogu z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych*” pragniemy podtrzymać stanowisko wyrażone w tej kwestii w piśmie znak: PPWA.024.109.2020.RJ skierowanym do Pani Prezes Zofii Małas.

Podkreślam, że w związku z optymalnym wspieraniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia polityki zdrowotnej, przy jednoczesnym zachowaniu w obecnej sytuacji epidemicznej w kraju stabilności finansów publicznych, Prezes Rady Ministrów wydał zarządzenie nr 160 z dnia 8 października 2020 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia (M.P. poz. 924), które weszło w życie w dniu 13 października 2020 r.

Należy podkreślić, iż zgodnie z art. 93 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej uchwały Rady Ministrów oraz zarządzenia Prezesa Rady Ministrów i ministrów mają charakter wewnętrzny i obowiązują tylko jednostki organizacyjne podległe organowi wydającemu te akty. Oznacza to, że adresatami aktów prawa wewnętrznego, o których mowa w art. 93 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej mogą być wyłącznie jednostki organizacyjnie podległe organowi wydającemu taki akt.

W związku z tym, że nowy regulamin organizacyjny Ministerstwa, określa nowy zakres zadań i tryb pracy komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia, jako urzędu administracji rządowej, obsługującego Ministra Zdrowia w zakresie wykonywania zadań określonych w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541), projekt ww. zarządzenia Prezesa Rady Ministrów nie wymagał przeprowadzenia konsultacji publicznych.

Zadania związane z kadrami medycznymi, realizowane dotychczas głównie przez Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki, Departament Pielęgniarek i Położnych oraz Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności będą kontynuowane przez nowo powołaną komórkę organizacyjną, tj. Departament Rozwoju Kadr Medycznych. Zmiany mają służyć racjonalizacji struktury organizacyjnej oraz uzyskaniu synergii w obszarach, w których zadania były realizowane dotychczas przez powołane powyżej komórki organizacyjne.

Ponadto podział funkcjonalny ww. komórek organizacyjnych przebiegnie w sposób naturalny przez przeniesienie części zadań i zasobów osobowych do innych komórek organizacyjnych, bez pozostawiania obszarów nakładających się na siebie kompetencji, czy też pozostawiania obszarów bez właściwości merytorycznej.

W zakresie stanowiska **nr 42** dotyczącego „*sprzeciwu wobec wprowadzenia w życie art.5 ust.1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej*” należy zauważyć, że zgodnie z art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, z późn. zm.), w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,

- 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
 - 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
 - 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia
- zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

Intencją powyższego przepisu jest rozszerzenie kompetencji zawodowych położnych o możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie pacjentom, bez względu na wiek i płeć, w szczególnej sytuacji zdrowotnej kraju.

Przedmiotowy przepis ma charakter epizodyczny i może mieć zastosowanie wyłącznie w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.

Nowa regulacja daje możliwość dla kierowników podmiotów leczniczych zabezpieczenia na właściwym poziomie realizacji świadczeń zdrowotnych we wszystkich rodzajach i zakresach, a tym samym bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców poprzez włączenie położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi, w sytuacji gdy występują niedobory personelu pielęgniarskiego w danym podmiocie leczniczym (np. brak pielęgniarek będący efektem objęcia kwarantanną, L4, korzystania z prawa do świadczeń opiekuńczych), mogące zagrażać zapewnieniu ciągłości opieki.

Należy jednak wyraźnie podkreślić, iż wprowadzone zmiany **nie wskazują, iż wykonywanie zawodu położnej będzie realizowane na stanowisku pielęgniarki**, a jedynie wskazują na **możliwość** wykorzystania potencjału położnych (np. w sytuacji jaka miała miejsce w związku z tworzeniem jednoimiennych szpitali – gdy dochodziło do ograniczania funkcjonowania oddziałów położniczo – ginekologicznych lub ich zamykania, a położne były kierowane na przymusowe urlopy wypoczynkowe lub świadczenia postojowe, a także często zagrożone wręcz utratą pracy), do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z **posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi**, w sytuacji gdy kierownik podmiotu leczniczego uzna to za niezbędne.

Jednocześnie należy wskazać, że położne w procesie kształcenia zawodowego nabywają kwalifikacje i umiejętności zawodowe do wykonywania określonych czynności medycznych o charakterze uniwersalnym (np. wykonywanie iniekcji, podłączanie kroplówki, podawanie tlenu, czy opieka pielęgniacyjno – opiekuńcza), które mogą być wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust.1a ww. ustawy.

Niezależnie od powyższego, należy jednoznacznie wskazać, że decyzję w sprawie zatrudnienia położnej do realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust. 1a

ww. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, podejmuje kierownik podmiotu leczniczego, mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom przebywającym w danym podmiocie leczniczym, co reguluje art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.). Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie danego podmiotu leczniczego, powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, co wskazuje art. 23 ustawy o działalności leczniczej.

Dlatego też w każdym podmiocie leczniczym powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy dla poszczególnych pracowników medycznych, z uwzględnieniem kwalifikacji i uprawnień, jakie powinny posiadać osoby zatrudnione na tych stanowiskach.

Reasumując, w omawianej sytuacji prawidłowe i zgodne z przepisami prawa, w szczególności prawa pracy, działanie kierownika podmiotu leczniczego powinno z jednej strony gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a drugiej strony chronić interesy pracownicze personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w szczególności biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiczną w kraju.

Odnosząc się do stanowiska **nr 43** „w sprawie medialnej wypowiedzi Wicepremiera i ministra aktywów Państwowych Jacka Sasina” uprzejmie informujemy, że komentowanie medialnych wystąpień innych członków Rady Ministrów nie wchodzi w zakres ustawowych obowiązków ministra właściwego ds. zdrowia.

Z poważaniem

Maciej Miłkowski

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

STANOWISKO NR 39



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 39
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie rozszerzenia kompetencji pielęgniarki w zakresie samodzielnego wykonywania zabiegów z dziedziny kosmetologii i kosmetologii estetycznej oraz podjęcia działań w kierunku zmian w przepisach regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek poprzez wprowadzenie nowej ścieżki kształcenia umożliwiającej pielęgniarce nabyć w/w uprawnienia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, które wynikają z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 916 ze zm.) i obejmują wyznaczanie kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, doradzanie w sprawach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych oraz wychodząc naprzeciw oczekiwaniom licznych środowisk pielęgniarskich, popiera proponowany kierunek rozwoju pielęgniarstwa w przedmiocie rozszerzenia uprawnień pielęgniarek w zakresie wykonywania samodzielnie zabiegów w zakresie kosmetologii i kosmetologii estetycznej.

Mając na uwadze, dynamiczny rozwój dziedziny kosmetologii i kosmetologii estetycznej w obszarze nauk medycznych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje na konieczność podjęcia działań legislacyjnych w celu zmian przepisów regulujących kształcenie podyplomowe pielęgniarek pozwalających na wprowadzenie nowej ścieżki rozwoju zawodowego, która umożliwi osobom wykonującym zawód pielęgniarki nabycie kwalifikacji zawodowych, umiejętności i kompetencji w zakresie kosmetologii i kosmetologii estetycznej.

Absolwenci kierunku pielęgniarstwa posiadają bardzo dobre przygotowanie o charakterze interdyscyplinarnym, łączącym wiedzę z zakresu różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, w tym nauk medycznych, chemicznych i biologicznych, co niezaprzeczalnie umożliwia im w ramach kształcenia przeddyplomowego kontynuowanie nauki w obszarze kosmetologii i medycyny estetycznej. Wprowadzenie w/w zmian stworzy ponadto dodatkowe obszary

wykorzystania wiedzy i kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki oraz przyczyni się do zwiększenia atrakcyjności wykonywania samodzielnego zawodu medycznego.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie prac nad wprowadzeniem zmian w systemie kształcenia podyplomowego powinno być poprzedzone szczegółową analizą z zakresu rozszerzenia uprawnień i zadań pielęgniarki w nowym obszarze medycyny oraz konieczność zasięgnięcia specjalistycznej wiedzy w tym zakresie. W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje, aby w ramach powołanego przez Ministerstwo Zdrowia Zespołu ds. opracowywania zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych podjęto prace w zakresie ustalenia głównych założeń kierunków zmian w systemie kształcenia podyplomowym pielęgniarek, opracowania szczegółowych rozwiązań w poszczególnych obszarach kształcenia, określenia standardów kwalifikacji zawodowych oraz przedłożenia propozycji nowelizacji ustawy *o zawodach pielęgniarki i położnej* i innych aktów prawnych regulujących system kształcenia podyplomowego pielęgniarek.

Biorąc pod uwagę powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi, jak na wstępie.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska



STANOWISKO NR 41



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 41
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie zlikwidowania w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych i zaniechania podjęcia w tej sprawie dialogu z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczą dezaprobatę i sprzeciw w związku ze zlikwidowaniem w Ministerstwie Zdrowia Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz zaniechanie podjęcia dialogu i nie udzielenia odpowiedzi na pismo skierowane z zapytaniem do Ministra Zdrowia w niniejszej sprawie.

W szczycie pandemii koronawirusa i roku 2020 ogłoszonym Światowym Rokiem Pielęgniarek i Położnych środowisko pielęgniarek i położnych zostało zaskoczone decyzją i postawione przed faktem zlikwidowania Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Pragniemy przypomnieć, iż utworzenie Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia dla największej grupy zawodowej w Polsce ma swoje historyczne i merytoryczne uzasadnienie. Natomiast podjęcie decyzji o włączeniu go, jako jednego z zakresów działania nowego Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych jest kolejnym naruszeniem społecznej umowy zawartej z przedstawicielami władzy publicznej i przedstawicielami najliczniejszego środowiska medycznego w Polsce.

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentujący ponad 320 000 pielęgniarek i położnych, na fali protestów społecznych 15 lat temu zawarł z ówczesną władzą publiczną - umowę społeczną, iż powstanie w strukturach władzy publicznej specjalna jednostka organizacyjna zajmująca się współpracą ze środowiskiem pielęgniarek i położnych oraz jego

przedstawicielami w zakresie systematycznego wzmacniania statusu zawodowego naszych grup zawodowych. Miała to być również swoista rekompensata za wieloletnie bagatelizowanie, lekceważenie, pomijanie, zaniedbywanie i ignorowanie warunków pracy i życia środowiska pielęgniarek oraz położnych. Powołanie celowanego Departamentu Pielęgniarek i Położnych miał być również realizacją zobowiązań Polski, w związku z ratyfikowaniem konwencji MOP nr 149 z 1977 r. dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego i położniczego (Ratyfikowana przez Polskę 9.10.1980 r. Dz.U. z 1981 r. Nr 2, poz. 4.). W preambule wskazano, iż Konwencja została przyjęta w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia z uwagi na uznanie istotnej roli, jaką odgrywa personel pielęgniarski i położniczy współpracujący z innymi pracownikami służby zdrowia w ochronie oraz podnoszeniu zdrowotności i dobrobytu ludności, uznając, że **sektor publiczny, jako pracodawca personelu pielęgniarskiego i położniczego, powinien odgrywać aktywną rolę w polepszaniu warunków zatrudnienia i pracy tej grupy zawodowej.**

Podjęcie przez Pana Ministra decyzji o likwidacji w/w Departamentu z całkowitym pominięciem stanowiska naszego środowiska, bez przedstawienia nam propozycji alternatywnego rozwiązania – uważamy za złą i nieprzemyślaną decyzję, zarówno dla władzy publicznej, jak i dla środowiska pielęgniarek i położnych. Pragniemy zwrócić uwagę, że decyzji o likwidacji nie należało traktować tylko w kategorii porządkowania struktur organizacyjnych w ministerstwie zdrowia i kalkulacji ekonomicznej, ale należało wziąć pod uwagę kryteria merytoryczne, funkcję, jaką ten Departament pełnił w sektorze opieki zdrowotnej oraz zasadę homeostazy społecznej.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęcie decyzji o likwidacji Departamentu Pielęgniarek i Położnych działającego na rzecz najliczniejszej grupy wśród zawodów medycznych świadczy o braku dostrzeżenia powagi sytuacji, z jaką boryka się polskie pielęgniarstwo i położnictwo, braku zrozumienia specyfiki wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez urzędników oraz braku jednego ośrodka administracji rządowej, który analizowałby problemy, konsultował z przedstawicielami środowiska sposoby ich rozwiązywania.

Kryzys demograficzny wśród polskich pielęgniarek i położnych stał się powodem opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce a w efekcie przyjęciem przez Rząd RP Uchwałą Nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018)”. Pozytywne początki zmian, jakie dokonały się w ostatnich latach to wspólna ciężka praca organizacji reprezentujących interesy środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych wspartych merytorycznie i organizacyjnie przez pracowników Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Mając na uwadze powyższe Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny zwraca uwagę, że władza publiczna w sposób nieprzemysłany, lekceważąc prośby i apele naszego środowiska - podjęła autorytarną decyzję.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska



STANOWISKO NR 42



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 42
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie sprzeciwu wobec wprowadzeniu w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2020, poz. 562 ze zm.)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 916 ze zm.), zgodnie z którą reprezentuje dwa odrębne zawody zaufania publicznego, tj. osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony **wyraża swoje zdumienie i sprzeciw wobec wprowadzeniu w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2020, poz. 562 ze zm., dalej: u.z.p.p) dodanego przez art. 13 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. 2020 poz. 1493) i żąda jego uchylecia w trybie pilnym, jako wprowadzającego w błąd środowisko medyczne i kadre zarządzającą.**

Art. 5 ust. 1a u.z.p.p otrzymał następujące brzmienie:

1a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,*
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,*
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,*

- 4) *samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,*
 - 5) *realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,*
 - 6) *edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia*
- zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.**

Ustawodawca, poprzez dodanie ust. 1a do art. 5 u.z.p.p., rozszerzył zakres przedmiotowy definicji zawodu położnej poprzez prostą technikę legislacyjną - skopiowanie treści ust. 1 art. 4 u.z.p.p. i przeniesienie jej do nowo utworzonej regulacji. Rozszerzył w ten sposób kompetencje położnej o zakres czynności dotychczas charakterystycznych dla zawodu pielęgniarki.

Innymi słowy, osoba mająca prawo wykonywania zawodu położnej w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w ocenie ustawodawcy może wykonywać czynności właściwe dla zawodu pielęgniarki, choć nadal ma mieć tytuł zawodowy „położna”.

Wprowadzenie takiego zapisu jest ewidentnie sprzeczne z dobrą legislacją i wprowadza chaos interpretacyjny w podmiotach zatrudniających i środowiskach medycznych.

Powstała w ten sposób sytuacja, że w okresie trwania epidemii ustawodawca mocą przepisu prawa, wbrew dotychczasowym przepisom o systemie kształcenia przeddyplomowego oraz wbrew obecnie obowiązującym regulacjom prawnym określającym kompetencje osób wykonujących zawód położnej czyni z położnych osoby mogące wykonywać te same czynności, co pielęgniarki. Jeżeli taki był zamierzony cel ustawodawcy, to jest on absolutnie sprzeczny z wykładnią historyczną, systemową, funkcjonalną, celowością, a także z orzecznictwem sądowym i doktryną prawa.

Przypominamy także, że choć kompetencje dwóch innych zawodów, tj. lekarza i lekarza dentystry krzyżują się w zakresie niektórych czynności zawodowych (np. pobierania krwi u pacjenta, wykonania iniekcji, wystawiania recept itp.), to jednak nadal są to dwa różne zawody medyczne. Dla potrzeb walki z epidemią ustawodawca nie wprowadził zamian w definicji zawodu lekarza dentystry i nie rozszerzył jego kompetencji o kompetencje lekarza. Nie zrobił tego mimo konieczności zamknięcia gabinetów dentystycznych.

I tak jak środowisko lekarskie podkreśla odrębności w zakresie kwalifikacji zawodowych i swoich uprawnień w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2020 r., poz. 514 ze zm.), tak nasze środowisko wyraźnie i stanowczo podkreśla odrębność zawodu pielęgniarki i położnej.

Całkowicie nieprzekonywujący jest argument Ministra Zdrowia, że zmiany wprowadzone do definicji zawodu położnej leżą w interesie tego środowiska i mają na celu ochronę miejsc pracy.

Po raz kolejny Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, iż w sytuacji ekstremalnej może zachodzić konieczność czasowego świadczenia opieki nad pacjentem z COVID-19 przez położne w zakresie nieprzekraczającym jej kwalifikacji zawodowych i umiejętności (art. 12 ust. 1 u.z.p.p.) na zasadach ogólnych. Jednak sam fakt nakładania się niektórych kompetencji pielęgniarki i położnej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie czyni zasadnym rozszerzania zakresu definicji zawodu położnej o elementy właściwe dla definicji zawodu pielęgniarki w czasie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. W tej sprawie jednoznacznie wypowiedzieli się także krajowi konsultanci ds. położnictwa i pielęgniarstwa.

Takie rozwiązania budzą stanowczy sprzeciw i żądamy natychmiastowego podjęcia działań legislacyjnych w przedmiotowej sprawie.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska



STANOWISKO NR 43



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 43
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 października 2020 r.

w sprawie medialnej wypowiedzi Wicepremiera i Ministra Aktywów Państwowych Jacka Sasina

W dniu 13 października 2020 r. Wicepremier i Minister Aktywów Państwowych Jacek Sasin wypowiedział słowa, które poruszyły i oburzyły środowisko pielęgniarek i położnych. Wicepremier stwierdził, że władza publiczna zapewniła wszelkie niezbędne środki i konieczny sprzęt medyczny do walki z pandemią, ale poważną przyczyną braku skuteczności działań w tym zakresie jest brak zaangażowania części lekarzy i innego personelu medycznego, co miałyby się przekładać na rozprzestrzenianie wirusa SARS CoV-2.

Wyrażając solidarność ze środowiskiem lekarskim, diagnostami laboratoryjnymi, ratownikami medycznymi, fizjoterapeutami, farmaceutami, opiekunami medycznymi i innymi osobami biorącymi bezpośredni udział w codziennej walce o życie i zdrowie pacjentów i ich bliskich **nie znajdujemy merytorycznego, społecznego, etycznego ani prawnego uzasadnienia dla publicznego wyrażania takich opinii. Wzywamy przedstawicieli władzy publicznej do zaprzestania działań prowadzących do podważania zaufania społecznego do środowiska medycznego.**

Władza publiczna poprzez swojego przedstawiciela wysłała do społeczeństwa sygnał, że część środowiska lekarskiego oraz innych grup medycznych nie chce pomagać w walce z epidemią, co może nasilić negatywne zjawiska, jakimi są hejt i agresja wobec personelu medycznego.

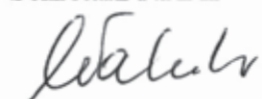
Jesteśmy medycznymi zawodami zaufania publicznego i czynimy wszystko, co w naszej mocy, aby walczyć o życie i zdrowie pacjentów - nawet kosztem naszego zdrowia i życia (wśród kadry medycznej są również osoby z grupy wysokiego ryzyka, tj. osoby chore, niepełnosprawne, w wieku emerytalnym) czy bezpieczeństwa naszych rodzin. Statystyki udostępnione przez resort zdrowia wskazują, że od początku pandemii do drugiej połowy września zakażenie potwierdzono u prawie 1,4 tys. lekarzy, 3,2 tys. pielęgniarek i ponad 300 ratowników medycznych. Koronawirus przyczynił się do śmierci ośmiu lekarzy, sześciu pielęgniarek i ratownika medycznego.

Obecnie trzeba mieć na uwadze, że rosnąca dynamika epidemii wzmaga społeczne napięcie z uwagi na coraz większą liczbę osób potrzebujących pomocy medycznej. Dlatego słowa przedstawiciela władzy odbieramy jako próbę przekierowania społecznej agresji z problemów i błędów organizacyjnych na przemęczony, zestresowany i coraz mniej liczny personel medyczny.

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP rolą władzy publicznej jest solidarne wspieranie i udzielanie maksymalnie wszechstronnej pomocy wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej, w tym kadrze medycznej, która ryzykuje swoim życiem i zdrowiem, a nie skłócanie ich ze społeczeństwem.

W obecnej sytuacji priorytetem powinny być tylko i wyłącznie działania służące ochronie zdrowia i życia całego społeczeństwa, integrowanie i motywowanie środowiska medycznego, ale przede wszystkim zapewnianie społeczeństwu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

STANOWISKO NR 44



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko nr 44**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych****z dnia 15 października 2020 r.****w sprawie równego traktowania świadczeniodawców w Podstawowej Opiece Zdrowotnej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o pilne podjęcie działań w kierunku równego traktowania świadczeniodawców w POZ, uwzględnienie finansowania w formie nowej stawki tzw. fee for service, która będzie miała zastosowanie dla każdego pacjenta z dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS CoV-2, objętego opieką przez pielęgniarkę i położną POZ.

Pacjenci z dodatnim wynikiem na obecność koronawirusa to w większości pacjenci z chorobami współistniejącymi, którzy w trakcie terapii wymagają i będą wymagali udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne POZ. Obecnie pielęgniarki i położne POZ otrzymują zlecenia na realizację świadczeń u pacjentów pozostających w kwarantannie, a wymagających zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, co wiąże się ze zwiększonym zagrożeniem epidemicznym oraz zwiększonymi kosztami zapewnienia odpowiednich środków ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

Wytyczne konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS CoV-2 zmienione z dniem 2 lipca 2020 r. zawierają zapis: *zaleca się aby wizyta trwała możliwie jak najkrócej. O czasie wizyty decyduje pielęgniarka po uprzednim zebraniu wywiadu z pacjentem lub rodziną mając na uwadze stan pacjenta oraz zaplanowane czynności do zrealizowania.* Nie ma możliwości wyegzekwowania tego zapisu przez pielęgniarki POZ, ponieważ niektórzy lekarze POZ wystawiają skierowania na realizację świadczeń, których czasookres to niekiedy kilka godzin, np. wykonanie wlewu kroplowego. Lekarze POZ nie biorą pod uwagę zagrożenia epidemicznego.

Lekarze POZ w zakresie teleporady wystawiają zlecenia lekarskie dla pacjenta, które muszą być zrealizowane przez pielęgniarkę POZ w miejscu zamieszkania tego pacjenta. Wykonanie zlecenia lekarskiego wymaga osobistego kontaktu pielęgniarki i położnej POZ z pacjentem, np. w sytuacji trudno gojących się ran, odleżyn, długoterminowej terapii w formie iniekcji, coraz liczniej zlecanych wlewów kroplowych i ciągłości leczenia po hospitalizacji.

Tym samym zachodzi istotna różnica w realizacji zadań przez lekarza POZ pracującego co do zasady on-line, a pielęgniarkę POZ czy położną POZ. Pielęgniarki i położne POZ w zdecydowanej większości należą do grupy wysokiego ryzyka ze względu na bezpośredni kontakt z pacjentem i jego najbliższym otoczeniem. Dodatkowo należy podkreślić średnią wiek w grupie pielęgniarek i położnych pracujących w POZ oraz zachorowalność w tej grupie zawodowej.

Taka sytuacja faktyczna budzi niepokój wśród środowiska pielęgniarek i położnych POZ. Ich praca jest inaczej wyceniana przez NFZ niż praca lekarza co do zasady wykonywana w gabinecie bez konieczności osobistego kontaktu z pacjentem.

Będąc zawodem zaufania publicznego i mając na uwadze zdrowie i życie pacjentów, jesteśmy gotowi do wykonywania pracy w ekstraordynaryjnej sytuacji epidemiologicznej – jednak żądamy szacunku dla naszej pracy i przestrzegania generalnej zasady wyrażonej w art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398):

Art. 134. [Równe traktowanie świadczeniodawców]

1. Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Pogłębiająca się w naszym środowisku frustracja i niezrozumienie różnicowania członków zespołu POZ grozi rezygnacją z pracy dużej grupy pielęgniarek i położnych POZ będących w wieku emerytalnym.

Trzeba ponadto zauważyć, że w sytuacji epidemii wiele laboratoriów diagnostycznych zaprzestało pobierania krwi w miejscu zamieszkania pacjenta (tłumacząc to zagrożeniem i kosztami związanymi z zabezpieczeniem w środki ochrony osobistej), co sprawiło, że świadczenie i koszty z nim związane są przerzucane na pielęgniarki POZ. Tu zwracamy ponownie uwagę na istotny fakt – gdy w przypadku udzielonej przez lekarza POZ teleporady zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, obowiązkiem świadczeniodawcy

jest organizacja pobrania materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. *o diagnostyce laboratoryjnej* (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.). Obecnie obowiązujący stan prawny nie reguluje jednoznacznie kwestii związanych z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych od pacjenta w warunkach domowych. Nieprecyzyjne przepisy sugerują, że wszelkie obowiązki w zakresie transportu obciążają świadczeniodawcę w zakresie przedmiotowym zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej, która dotyczy międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), transport materiałów do badań diagnostycznych ma odbywać się specjalnym, do tego celu przeznaczonym transportem. Natomiast transport materiałów zakaźnych może odbywać się samochodem specjalnie do tego celu nieprzystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny. Zgodnie z art. 9 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. *o przewozie towarów niebezpiecznych* (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 154) organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia – postulat *de lege ferenda* – **wnosimy o PILNE przygotowanie warunków przewozu.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku utrzymania finansowania w formie opłat jednostkowych wizyt patronażowych oraz wizyt edukacji przedporodowej realizowanych przez położne POZ wobec ciężarnych i położnic za pomocą środków teleinformatycznych. Zalecenia dla położnych POZ konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dr hab. n. o zdr. Grażyny Iwanowicz-Palus w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 określają: *Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.* Powyższe zalecenia wskazują na wykorzystanie różnego rodzaju środków teleinformatycznych z możliwością wykorzystania wizji i fonii, a nie jedynie telefonu.


Wykorzystanie tych środków staje się wręcz niezbędne w codziennej pracy położnej POZ w warunkach zagrożenia epidemicznego, zważywszy na fakt konieczności minimalizowania ryzyka infekcji COVID-19 poprzez ograniczenie do niezbędnego minimum osobistych kontaktów z pacjentkami.

Na położne POZ, jako jedynych świadczeniodawców, został nałożony obowiązek uwiarygodnienia wykonania świadczenia podpisem podopiecznej. W tej sytuacji położna POZ powinna udokumentować udzieloną poradę za pomocą środków teleinformatycznych w dokumentacji medycznej pacjenta.


Biorąc powyższe pod uwagę, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **zwraca się o pilne podjęcie działań legislacyjnych**, mających na celu zagwarantowanie równego traktowania świadczeniodawców w POZ poprzez:

- wzrost stawek kapitacyjnych, biorąc pod uwagę systematyczny wzrost stawki lekarza POZ,
- zróżnicowanie w sposobie finansowania wskaźników wiekowych w populacji objętej opieką,
- zapewnienie zwiększonego finansowania w okresach wzmożonej zachorowalności na infekcje dróg oddechowych, analogicznie tak, jak to występuje w świadczeniach lekarza POZ,
- zapewnienie wzrostu wyceny świadczenia – ankieta profilaktyki gruźlicy,
- wprowadzenie wyceny porady pielęgniarki POZ i położnej POZ,
- zapewnienie finansowania na wdrożenie EDM, co ma miejsce w sytuacji lekarzy POZ.

Sekretarz NRPiP


Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP


Mariola Łodzińska



PRZYGOTOWANIE INSTYTUCJI PAŃSTWOWYCH NA CZAS EPIDEMII



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Adam Bodnar

Warszawa, 12-11-2020 r.

V.7013.145.2020.ET/GH/PM

**Pan
dr n. ekon. Adam Niedzielski**

Minister Zdrowia
via ePUAP

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

od początku objęcia przeze mnie stanowiska Rzecznika Praw Obywatelskich funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia, w tym problemy pacjentów oraz personelu medycznego, stanowiącego integralną jego część, pozostaje w moim stałym zainteresowaniu. W szczególności czas pandemii jest okresem moich licznych trosk o stan zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i prawa pacjentów – a w konsekwencji moich wystąpień, jakie kierowałem do Pana Ministra, jak i Pana Poprzednika. Znaleźliśmy się w sytuacji trudnej, bezprecedensowej, a jednocześnie nieprzewidywalnej. Zagrożenie związane z pandemią koronawirusa staje się testem dla przygotowania instytucji państwowych do poradzenia sobie z tym kryzysem. Nie ulega wątpliwości, że polski system ochrony zdrowia przechodzi jedną z najtrudniejszych prób ostatnich lat. Obecnie, system ten, oprócz wymagań związanych z pandemią, musi mierzyć się nadto z nierozwiązanymi dotychczas i nawarstwiającymi się problemami, m.in. kadrowymi, zaopatrzeniem w sprzęt czy dostępnością świadczeń. Z napływających do mnie informacji rodzą się obawy, czy system opieki zdrowotnej jest w stanie sprostać aktualnej sytuacji, która obnażyła i jeszcze bardziej uwidoczniała obszary wymagające natychmiastowej naprawy. Budzi to mój poważny niepokój o nasze wspólne bezpieczeństwo.

Zdaję sobie sprawę z wysiłku, jaki podejmują instytucje publiczne w celu przeciwdziałania skutkom rozprzestrzenienia się koronawirusa. Wydaje się jednak, że w tym obszarze pozostaje jeszcze wiele do zrobienia. Obecny stan faktyczny jest wciąż niezadawalający, co potwierdzają liczne skargi obywateli kierowane do mojego Biura. W tym kontekście ważną rolę odgrywają rozwiązania systemowe, wspomagające zadbanie o zdrowie każdego obywatela.

Kierując niniejsze wystąpienie, pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na naruszenia i zagrożenia praw pacjentów w okresie pandemii, które stwierdziłem na podstawie kierowanych do mnie skarg, doniesień medialnych, jak i sygnałów od obywateli wyrażanych poprzez media społecznościowe.

1. Dramatyczna sytuacja w szpitalach w czasie pandemii.

Z narastającym niepokojem odbieram sygnały napływające w skargach obywateli, z doniesień medialnych, jak i portali społecznościowych o dramatycznej sytuacji w szpitalach w czasie pandemii. Chodzi m.in. o informacje o: braku wolnych miejsc w szpitalach dla pacjentów – covidowych oraz cierpiących na inne choroby, braku sprzętu medycznego – respiratorów, niewystarczającej liczbie stanowisk intensywnej terapii i personelu, zdolnego do leczenia najcięższych chorych, występujących brakach środków ochrony osobistej, tj. kombinezonów czy maseczek. nierozwiązana pozostaje również kwestia znacznych braków kadrowych.

1.1. Brak efektywnej koordynacji pogotowia ratunkowego.

Moje zaniepokojenie budzą doniesienia o kolejkach karettek przed szpitalami¹, zgonach pacjentów w karetkach, wyłączaniu oddziałów i szpitali z dedykowanej działalności leczniczej i tworzeniu oddziałów covidowych niejednokrotnie bez sprawdzenia, czy w danym miejscu występują właściwe warunki techniczne (np. czy pozwala na to system wentylacji, czy istnieje możliwość instalacji śluz, czy instalacja tlenowa jest wystarczająco wydajna i sprawna by wspomagać zakładaną *ad hoc* liczbę pacjentów). Występuje brak koordynacji działań między pogotowiem a szpitalem. W powyższym kontekście ze szczególnym niepokojem przyjąłem informację o śmierci we Włoszczowie 26 – letniego pacjenta, który czekał 8 godzin na przyjęcie do szpitala, co rodzi obawę społeczeństwa, że jesteśmy o krok od „narodowego umierania”².

1.2. Brak miejsc w szpitalach.

Szpitala są przepełnione, a ratownicy wobec braku miejsc w placówkach bezsilni³. Dochodzi do niepokojących sytuacji, w których pacjent nie zostaje przyjęty nawet w

czterech kolejnych szpitalach⁴, a gdy w końcu to następuje na ratunek jest już za późno - pacjent umiera⁵. Wobec tego, za niezbędne uznać należy: tworzenie nowych miejsc dla pacjentów z COVID – 19 w szpitalach – bez ograniczania dostępu do opieki zdrowotnej dla pacjentów niezakażonych koronawirusem oraz koordynacja pracy ratowników medycznych, przy jednoczesnym efektywniejszym funkcjonowaniu systemu informacji o dostępnych miejscach w szpitalach.

1.3. Brak tlenu w szpitalach i karetkach dla pacjentów chorych na COVID-19.

Z docierających do mnie niepokojących informacji wynika, że w szpitalach i karetkach pogotowia występują braki tlenu dla pacjentów zakażonych koronawirusem⁶, a w szpitalach gdzie go jeszcze nie brakuje instalacje są przeciążone i może dojść do ich uszkodzenia. Wówczas grupa pacjentów nagle zostanie pozbawiona dostępu do niego⁷. Z doniesień medialnych wynika, że dochodzi do dramatycznych sytuacji, w których załogi karetek „podrzucają” chorych pacjentów i odjeżdżają, pomimo odmowy przyjęcia przez szpital z uwagi na brak tlenu - *de facto* jednego z podstawowych elementów, by utrzymać chorego na COVID-19 przy życiu. Mając na uwadze powyższy problem niezbędne jest zapewnienie na poziomie centralnym ciągłości dostaw tlenu dla szpitali w całym kraju⁸.

1.4. Ograniczenie dokumentacji medycznej w szpitalach tymczasowych do niezbędnego minimum.

Personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2 nie powinien skupiać się na wypełnianiu nadmiernej dokumentacji medycznej a na pomocy pacjentom⁹. Należy zauważyć, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów

⁴ *Ibidem*.

⁵ „Nie było miejsca w szpitalu dla zakażonego kierowcy karetki. Będą kontrole” opubl. 18.10.2020 r. <https://www.rp.pl/Covid-19/201019375-Nie-bylo-miejsca-w-szpitalu-dla-zakazonego-kierowcy-karetki-Beda-kontrolle.html>

⁶ Szymon Jadczyk „No to trudno. Pacjentka umrze, bo szpital nie ma tlenu” opubl. 05.11.2020 r. <https://tvn24.pl/polska/koronawirus-w-polsce-brakuje-tlenu-i-miejsc-w-szpitalach-w-warszawie-nagrania-z-karetek-4741872>

⁷ Klara Klinger, Grzegorz Osiecki, Patrycja Otto, Tomasz Żółciak, „ Szpitalom zaczyna brakować tlenu dla pacjentów covidowych”, opubl. 04.11.2020 r. https://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/1495300_respiratory-wala-z-koronawirusem-pacjenci.html

⁸ Stanowisko Nr 9/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie propozycji zmiany strategii walki z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 i COVID-19.

⁹ Stanowisko 127/20/P-VIII Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, utrzymuje niemal cały zakres szczegółowości dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiocie leczniczym.

1.5. Status żołnierzy w szpitalach

Jak wynika z napływających do mnie skarg obywateli jak i z informacji medialnych¹⁰ w niektórych szpitalach do pomocy w opiece nad pacjentem są zaangażowani żołnierze Wojsk Obrony Terytorialnej, którzy mają pomagać w aktualizacji danych o wolnych łóżkach, transporcie pacjentów, mierzeniu temperatury pacjentom przed wejściem do placówki medycznej i opiece nad nimi. Pragnę przy tym nadmienić, że z kierowanych do mnie skarg obywateli wynika, że pacjenci są zmuszeni do podporządkowania się rygorowi obsługi żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej w danej placówce. Należy zauważyć, że część szpitali jest otwarta na pomoc techniczną lub administracyjną ze strony żołnierzy, ale w zakresie, w którym wyznaczyliby to sami dyrektorzy szpitali¹¹. Odgórne narzucenie zadań WOT w szpitalach stanowi wkroczenie w zakres i podważanie kompetencji dyrektorów, którzy kierują szpitalami oraz biorą odpowiedzialność za ich prowadzenie. Powyższe może wpływać na zaufanie pacjentów do lekarzy oraz na relację pacjent – lekarz, poprzez ingerencję osób nieudzielających świadczeń zdrowotnych bez zgody dyrektora danego podmiotu. Jednocześnie pacjenci nie uzyskują informacji, np. na tablicach ogłoszeń szpitala, stanowiących wyjaśnienie, że w związku z zaistniałą sytuacją związaną z pandemią dany podmiot leczniczy wprowadza wojsko w celu pomocy przy obsłudze przyjęć pacjentów. Brak jest również informacji o jednolitych wytycznych oraz wyszkoleniu żołnierzy w tym zakresie.

1.6. Niewystarczające szkolenia oraz brak personelu medycznego do obsługi respiratorów.

Docierają do mnie sygnały, że podmioty lecznicze borykają się nie tylko z niedostatkami respiratorów, ale również z brakami kadrowymi do ich obsługi oraz niewystarczającymi szkoleniami w zakresie korzystania z tych urządzeń. Dochodzi do sytuacji w których, szefowie szpitali z obawy na własną rękę szukają lekarzy do dodatkowych urządzeń oraz proszą o zgłaszanie się chętnych do nauki podstawowej obsługi respiratorów. Natomiast w niektórych szpitalach szkolenia w zakresie obsługi respiratorów

¹⁰ Przemysław Jedlecki „**Wojsko w szpitalach. Mają pomóc w liczeniu wolnych łóżek dla zakażonych**”, opubl. 04.11.2020 r. <https://katowice.wyborcza.pl/katowice/7,35063,26478592,wojsko-w-szpitalach-maja-pomoc-w-liczeniu-wolnych-lozek-dla.html>.

¹¹ Mariusz Piekarski, „**Wojsko w szpitalach: Część dyrektorów lecznic wyraża sprzeciw. To podważanie naszych kompetencji**”, opubl. 05.11.2020 r. <https://www.rmfm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/polska/news-wojsko-w-szpitalach-czesc-dyrektorow-lecznic-wyraza-sprzeciw.nId,4837070>

trwają zaledwie jeden dzień¹². Tymczasem, jak wynika z doniesień medialnych, Szef Związku Zawodowego Anestezjologów Jerzy Wyszumirski ostrzega, że tego nie da się nauczyć w tydzień: – „To wymaga nie tylko wiedzy, ale wieloletniego doświadczenia”¹³.

1.7. Uzależnienie przyjęcia na zabieg operacyjny od wykazania się przez pacjenta bezobjawowego negatywnym wynikiem testu.

W kierowanych do mnie skargach obywateli otrzymuję informację, że szpitale w momencie planowanego zabiegu wymagają przeprowadzenia przez pacjenta testu na COVID-19 u osoby zdrowej, nie posiadającej objawów charakterystycznych dla tego zakażenia. Powyższe warunkuje przyjęcie do szpitala oraz przeprowadzenie niezbędnej operacji planowej. Oczekiwanie od pacjenta potwierdzenia braku zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz uzależnienie od tego warunku wykonania operacji planowej może godzić w prawa pacjenta. Jednocześnie brak jest ogólnych jednolitych wytycznych dotyczących tej procedury stosowanej w placówkach medycznych.

2. Zapewnienie opieki zdrowotnej dla pacjentów „niecovidowych”.

Od początku pandemii napływają do mnie skargi sygnalizujące, że następstwem nieprzygotowywania służby zdrowia do walki z pandemią są problemy pacjentów cierpiących na inne choroby lub dolegliwości w dostępie do uzyskania adekwatnych świadczeń zdrowotnych. Przede wszystkim nie jest w pełni zapewniona opieka zdrowotna osobom w stanie nagłym, w szczególności w przypadku problemów kardiologicznych, nadciśnienia, stomatologicznych, a także osób posiadających przewlekłe choroby i cierpiących onkologicznie oraz wymagających niezwłocznie rehabilitacji, np. po wypadku samochodowym. Chaos w funkcjonowaniu publicznej służby zdrowia pogłębia odwoływanie planowych wizyt i operacji. Poradnie anulują wizyty kontrolne, odwoływane są również badania diagnostyczne dla kobiet w ciąży takie jak USG, zamykane są ginekologiczne gabinety lekarskie, odwoływane zajęcia szkoły rodzenia, występuje brak opieki położnej środowiskowej, jak i odwoływane są i przesuwane zabiegi kardiologiczne przy jednoczesnym braku wyznaczania nowych terminów – co w przyszłości spowoduje drastyczne wydłużenie kolejki do zabiegów kardiochirurgicznych. Jednocześnie pacjenci nie posiadają jasnej informacji, gdzie mogą otrzymać świadczenie zdrowotne w przypadku ograniczenia przyjęć w danej placówce medycznej. Sytuacja ta stanowi bez wątpienia realne zagrożenie dla życia i zdrowia ludzkiego. Występują sytuacje, w których teleporada oraz

¹² Sara Bounaoui, Karol Pawłowicki, Marcin Zaborski Krystyna Ptok: „W jednym ze szpitali pielęgniarki przeszły szkolenie z obsługi respiratora. Jednodniowe”, opubl. 19.10.2020 r. https://www.rm24.pl/tylko-w-rmf24/popoludniowa-rozmowa/news-krystyna-ptok-w-jednym-ze-szpitali-pielegniarki-przeszly-szk_nId,4802195.

¹³ Karolina Kowalska, „Respiratory są, ale brakuje personelu do ich obsługi”, opubl. 12.10.2020 r. <https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/310119952-Respiratory-sa-ale-brakuje-personelu-do-ich-obsługi.html>

odwołanie czy przesunięcie wizyty są niemożliwe. Wobec powyższego istnieje realne niebezpieczeństwo, że pacjenci, którzy potrzebują udzielania świadczenia w podmiocie leczniczym podczas fizycznej wizyty w gabinecie lekarskim nie uzyskają jej w sposób rzeczywisty. Mimo upływu ponad 7 miesięcy od początku pandemii sytuacja nie tylko nie uległa poprawie, lecz dramatycznie pogorszyła się, o czym świadczą liczne doniesienia medialne¹⁴.

2.1. Ograniczony dostęp seniorów do świadczeń zdrowotnych.

Z kierowanych do mnie skarg obywateli wyłania się obraz, w którym seniorzy mają znaczne trudności z dostępem do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. Natomiast udzielenie świadczeń w formie teleporady jest dla tych pacjentów niewystarczające, a często niemożliwe z uwagi na trudności w kontaktach z daną placówką medyczną za pomocą środków komunikowania się na odległość czy z uwagi na brak umiejętności w posługiwaniu się nowoczesnymi środkami komunikacji elektronicznej. Jestem przekonany, że potrzeba zapewnienia seniorom dostępu do skutecznego leczenia musi pozostać jednym z najwyższych priorytetów systemu ochrony zdrowia w dobie pandemii.

2.2. Dostęp pacjentów cierpiących na stwardnienie rozsiane (SM) do świadczeń zdrowotnych w czasie pandemii.

Szpecially dotkniętą grupą pacjentów „necovidowych” wydają się być pacjenci cierpiący na stwardnienie rozsiane. Pandemia pogłębiła to, co do tej pory z ich perspektywy nie było dobrze dopracowane, czyli dostęp do kontynuowania opieki nad pacjentem przewlekle chorym. Szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z chorobami neurologicznymi, którzy wymagają regularnej rehabilitacji, żeby ich stan chorobowy się nie pogłębił. Niestety powyższe wizyty są odkładane. Brak dostępu do rehabilitacji może spowodować zwiększone wydatki na leczenie w późniejszym okresie, a także cofnięcie tych rezultatów, które zostały osiągnięte w procesie rehabilitacji. Problemem dla pacjentów jest także odbiór leków w szpitalu. Nie ma opracowanego systemu, w sytuacji, gdy pacjent z różnych powodów nie może odebrać leków osobiście oraz upoważnić innej osoby do ich odbioru. Lekarze w szpitalu nie są zaś przygotowani, żeby np. wysłać leki kurierem.

2.3. Sytuacja pacjentów onkologicznych, w szczególności cierpiących na nowotwór płuca.

Z ogromnym niepokojem odbieram sygnały, wskazujące na utrudniony dostęp do świadczeń zdrowotnych osób cierpiących na nowotwory, a zatem obywateli, którzy powinni być przez system opieki zdrowotnej otoczeni szczególną troską. W dniu 21 października

¹⁴ Np. Aleksandra Bienias, opubl. 4 listopada 2020 r., „Pacjent „necovidowy” na szarym końcu? Rodzina przeżyła dramat”, <https://www.rybnik.com.pl/wiadomosci.pacjent-necovidowy-na-szarym-koncu-rodzina-przezyla-dramat.wia5-3266-46552.html#!>

2020 r. odbyło się spotkanie eksperckie poświęcone wyzwaniom w obszarze raka płuca oraz aktualnej sytuacji pacjentów z rakiem płuca w dobie pandemii COVID-19. Zostały mi przekazane w imieniu środowiska pacjentów przez Stowarzyszenie Walki z Rakiem Płuca Oddział w Szczecinie najpilniejsze postulaty z tego spotkania. Pacjenci i ich rodziny apelują m.in. o zapewnienie zgodnej ze standardami, pełnej, dobrej jakości diagnostyki oraz dostępu do innowacyjnego, skutecznego leczenia zgodnego ze standardami i postępowaniem nauki, a także jak najszybsze wprowadzenie zmian systemowych – takich jak prewencja pierwotna, badania przesiewowe, tzw. Lung Cancer Units, koordynacja procesu leczenia, ale też proste usprawnienia w placówkach medycznych, jak np. kierowanie na kompleksowe badania patomorfologiczne i immunohistochemiczne, pozwalające na istotne skrócenie ścieżki pacjenta.

2.4. Sytuacja szkolnych gabinetów stomatologicznych oraz ograniczenia w dostępie pacjentów do świadczeń w zakresie stomatologii.

W okresie pandemii szkolne gabinety stomatologiczne utraciły płynność finansową. Należy podkreślić, że duża część szkolnych gabinetów stomatologicznych powstała dzięki zaangażowaniu lekarzy dentyistów, którzy niejednokrotnie wyłożyli swoje oszczędności, aby zakupić niezbędne wyposażenie oraz sprzęt w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej. Powyższa trudna sytuacja może spowodować całkowitą likwidację szkolnych gabinetów stomatologicznych.

Alarmująca jest również sytuacja pozostałych lekarzy dentyistów realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z epidemią koronawirusa pojawiły się wytyczne dla gabinetów stomatologicznych, nakładające znaczny reżim sanitarny: dentyści byli zmuszeni zakupić z własnych środków drogi sprzęt i środki podwyższonej ochrony osobistej. Szacują oni, że nastąpił kilkusetkrotny wzrost poniesionych przez nich kosztów. Sytuacja jest o tyle trudna, że w czasie epidemii oprócz wprowadzonego rygoru sanitarnego, ograniczono częstotliwość przyjęć, a ceny, zwłaszcza środków ochrony, wzrosły wielokrotnie. Obecnie, zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia, jeden pacjent ma być przyjmowany co jedną godzinę pracy gabinetu. Tym samym lekarze dentyści będą przyjmować mniej pacjentów. Sytuacja ta stanowi także zagrożenie dla pacjentów, którzy wskutek zamykania gabinetów przez lekarzy dentyistów mogą być pozbawieni dostępu do świadczeń stomatologicznych.

3. Dostęp obywateli do testów na obecność SARS-CoV-2.

Od początku pandemii problemem pozostaje dostęp do testów na obecność koronawirusa. Już w dniu 12 marca 2020 r. Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zaapelowało do Pana Ministra o radykalne zwiększenie dostępu do badań na wykrycie

obecności koronawirusa SARS-Cov-2¹⁵. Jednakże dopiero wraz z wejściem w życie rozporządzenia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 1749) przyjęto zasadę, iż lekarz samodzielnie, przy uwzględnieniu aktualnej wiedzy medycznej, ocenia zasadność wskazań do zlecenia wykonania takich badań. Problemem pozostaje jednak faktyczny dostęp do testów¹⁶. Problematyka ta jest niezmiennie przedmiotem kierowanych do mnie skarg. Skarżący wskazują przykładowo na brak możliwości wykonania testu bezpłatnie, utrzymujące się kolejki do jego wykonania, długi czas oczekiwania na jego wynik czy też brak procedury umożliwiającej powtórzenia pozytywnego testu.

3.1. Zwiększenie diagnostyki zakażeń SARS-CoV-2.

Niepokojące jest ocena prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Pani Aliny Niewiadomskiej, że w aktualnej sytuacji doszliśmy do granicy wydolności laboratoriów wykonujących testy genowe wykrywające kwas nukleinowy wirusa SARS-CoV-2¹⁷. Pragnę zgodzić się ze stanowiskiem Naczelnej Rady Lekarskiej¹⁸ dostrzegającej niedostatki obecnej strategii oraz postulującej zwiększenie dostępu do diagnostyki molekularnej poprzez wsparcie i ułatwienie procedur rejestracji dodatkowych punktów pobrań wymazów w dużych miastach i w mniejszych miejscowościach. Obecnie procedura rejestracji *de novo* zakładu opieki zdrowotnej prowadzącego punkt wymazowy w urzędach wojewódzkich może trwać nawet miesiąc i napotyka na liczne utrudnienia biurokratyczne. Zauważono konieczność szerokiego rozpowszechnienia i objęcie finansowaniem NFZ zwalidowanych szybkich testów antygenowych w kierunku identyfikacji zakażeń dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą zarówno w szpitalach, jak i w innych rodzajach świadczeń, w tym zabiegowych, z określeniem jasnych wskazań do ich stosowania, tj. do stosowania u osób z objawami – tylko wówczas testy te mają wysoką czułość oraz bardzo wysoką swoistość. Nadto potrzebne jest określenie wytycznych dla bezpłatnego przesiewowego testowania na obecność SARS-CoV-2 dla pracowników medycznych i DPS oraz personelu pomocniczego i służb wspomagających opiekę medyczną oraz wprowadzenie pilnych zmian w systemach informatycznych służących gromadzeniu danych o zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (EWP, IKR) celem

¹⁵ <https://nil.org.pl/aktualnosci/4470-apel-pnr1-do-ministra-zdrowia>

¹⁶ Sara Bounaoui, „Długie kolejki na testy na koronawirusa. NFZ: Powstają nowe punkty pobrań wymazów”; <https://www.rmfm24.pl/raporty/raport-koronawirus-z-chin/polska/news-dlugie-kolejki-na-testy-na-koronawirusa-nfz-powstaja-nowe-pu.nId,4794777>

¹⁷ Klaudia Torchała „Alina Niewiadomska, prezes KRDL: doszliśmy do granicy wydolności laboratoriów” opubl.09.11.2020 r. <https://pulsmedycyny.pl/alina-niewiadomska-prezes-krdl-doszlimy-do-granicy-wydolnosci-laboratoriow-1007831>

¹⁸ Stanowisko Nr 9/20/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 6 listopada 2020 r. w sprawie propozycji zmiany strategii walki z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 i COVID-19.

uwzględnienia nowych metod diagnostycznych (w tym testów antygenowych) oraz celem usprawnienia kontaktu z osobami o pozytywnym wyniku badania na obecność wirusa SARS-CoV-2.

3.2. Testy i kwarantanna dla personelu medycznego.

Dochodzi do niepokojących sytuacji - jeżeli ktoś z personelu medycznego ma wynik dodatni, pozostali członkowie personelu nie są wysyłani na kwarantannę. Testy są u nich wykonywane dopiero, gdy rozwiną się objawy. W takiej sytuacji lekarze, pielęgniarki, czy technicy sprawują opiekę nad pacjentem bez pewności, czy sami nie staną się źródłem zakażenia. Ta budząca obawy praktyka stała się zgodna z prawem w następstwie wejścia w życie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. poz. 1931), które w § 1 pkt 2 lit. a wyłączyło stosowanie obowiązku poddania się kwarantannie do osoby wykonującej zawód medyczny. Stanowi to zagrożenie nie tylko dla zdrowia i życia personelu medycznego, ale również dla samych pacjentów.

4. Dostęp do szczepionek na grypę.

Z całego kraju dochodzą sygnały o braku szczepionek przeciw grypie w czasie pandemii. Niepewność obywateli potęguje fakt, że nie mają informacji, kiedy szczepionka na grypę będzie rzeczywiście dostępna. Pacjenci uzyskują w aptekach informacje, że lista chętnych na szczepionkę jest wyczerpana. Dotyczy to aptek w regionie, czy oddalonych nawet o 150 km od ich miejsca zamieszkania. Szczególne obawy Rzecznika są związane z sygnałami obywateli, którzy znajdują się w grupie ryzyka zachorowania i cierpią na inne choroby przewlekłe, a nie mają możliwości zaszczepienia się wobec braku szczepionek. Jest to bardzo trudna sytuacja zarówno dla pacjentów, którzy mają problem z nabyciem szczepionek w aptekach, jak również dla farmaceutów, którzy nie mogą zamówić tych preparatów w hurtowniach lub otrzymują jedynie niewielką część zamówienia, niewystarczającą do zapotrzebowania pacjentów. Obecna sytuacja jest konsekwencją nie tylko pandemii, ale przede wszystkim apeli autorytetów medycznych - w tym płynących do niedawna z Ministerstwa Zdrowia - o szczepienie się przeciwko grypie, szczególnie w grupach ryzyka (osoby po 65 roku życia, chorujące przewlekłe, dzieci). Ponadto szczepienia ochronne przeciw grypie są skuteczną i społecznie akceptowalną metodą zapobiegania zachorowaniom.

5. Wynagrodzenie personelu medycznego.

Wielokrotnie podnosiłem, że personel medyczny nie jest jedynie dostarczycielem usług, ale stanowi część etycznego systemu tworzącego solidarność społeczną i poczucie wspólnoty. Wobec tego bez przywrócenia im należytego znaczenia oraz wynagrodzenia, nawet usunięcie wad systemu nie doprowadzi do oczekiwanych rezultatów. Docierają do mnie niepokojące informacje, że kilkanaście procent personelu medycznego deklaruje, że chce odejść z pracy po pandemii. Na powyższą decyzję, mają wpływ niskie i niewystarczające zarobki oraz konieczność pracy na wielu etatach. Przedstawiciele zawodów medycznych zauważają, że w medycynie panuje ogromna presja na długą pracę, bo personelu jest za mało. Utrzymująca się od wielu lat płaca na niskim poziomie, wymusza na medykach wiele godzin pracy w celu pokrycia braków kadrowych. Przedstawiciele zawodów medycznych, zauważają, że w przeciwnym wypadku, gdyby zaczęli pracować po osiem godzin, system ochrony zdrowia by się załamał¹⁹.

Niepokojące jest to, że w polskim systemie ochrony zdrowia pracowników i pracownic brakuje na wszystkich szczeblach. Należy wskazać dla przykładu, iż lekarzy mamy 2,4 na 100 tys. mieszkańców - to najmniej w całej Europie. Problem jest też z diagnostami medycznymi oraz pielęgniarkami. Przeciętny wiek pielęgniarki to 52 lata, a w 2030 roku będzie to 60 lat. Według danych OECD na 100 tys. mieszkańców w Niemczech przypada 13 pielęgniarek, przeciętnie w Europie - 9. Natomiast w Polsce brakuje ich 200 tys.²⁰. Tymczasem przedstawiciele zawodów medycznych, tj. lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci, opiekunowie medyczni oraz diagnosty laboratoryjni, którzy decydują się na wykonywanie swojego zawodu otrzymują niewystarczające wynagrodzenie. Powyższy problem systemu wynagradzania występuje również u psychologów zatrudnionych w szpitalach.

Próba rozwiązania tego problemu w aspekcie walki z pandemią jest art. 15 pkt. 5 ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19. Pragnę jednakże nadmienić, że w skierowanej do mnie korespondencji Przewodnicząca Regionu Katowice Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Elektroradiologii wskazuje, że zawody nie posiadające samorządu zawodowego, tak jak ma to miejsce w przypadku przedstawicieli techników medycznych elektroradiologii, nie mogą skorzystać z tego wsparcia.

6. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta.

¹⁹ Adrianna Rozwadowska, opubl. 2 listopada 2020 r. „System eksploatacji zdrowia: zarabiają mało, bo muszą pracować więcej”

<https://wyborcza.pl/7,155287,26458082,system-eksploatacji-zdrowia-pracownicy-medyczni-zarabiaja-malo.html>

²⁰ *Ibidem*.

Stan pandemii wpłynął na sposób i organizację udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie można jednak dopuścić, by ochrona przed zakażeniem była realizowana bez względu na inne fundamentalne dla pacjentów wartości. Prawo pacjenta do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz do kontaktu z innymi osobami zostało uregulowane w art. 21, art. 33 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2020 r. poz. 849). Przepisy te również wskazują na to, że w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne innych osób mogą zostać ograniczone odwiedziny w szpitalach. Niemniej jednak, powyższe ograniczenie nie może stwarzać rzeczywistego zagrożenia dla więzi pacjentów i ich bliskich. Pragnę zwrócić uwagę, że przyjęte rozwiązania ochrony życia rodzinnego dotyczą każdego pacjenta, a zatem również dzieci. Problemem pozostaje również czuwanie w szpitalach przez osoby bliskie nad pacjentami w stanach terminalnych oraz możliwość godnego pożegnania osoby zmarłej.

6.1. Brak możliwości przebywania rodziców (opiekunów prawnych) z małymi pacjentami na oddziałach pediatrycznych.

Podmioty lecznicze mają możliwość wprowadzania pewnych ograniczeń w celu zabezpieczenia przed zakażeniem koronawirusem, niemniej przy jednoczesnym braku wytycznych na poziomie krajowym, wydają się one być działaniem chaotycznym oraz niejednolitym. Oznacza to, że placówki medyczne stosują różnorodną praktykę. Nie mam przy tym wątpliwości, że obecność rodzica przy dziecku podczas hospitalizacji jest istotna, jeśli chodzi o zabezpieczenie potrzeb emocjonalnych, ale również może przyczynić się do procesu zdrowienia i skrócenia okresu terapii.

6.2. Zawieszenie porodów rodzinnych w związku ze stanem pandemii.

Pacjentki, jak i środowisko związane z opieką zdrowotną wskazują na występujący w szpitalach świadczących usługi z zakresu ginekologii i położnictwa chaos i dezinformację w kwestii porodów z osobą towarzyszącą. Pacjentki, osoby im bliskie oraz personel medyczny odpowiedzialny za organizację świadczeń w zakresie opieki okołoporodowej są zdezinformowani. Tym samym zarówno ochrona praw kobiet oraz ich ograniczenia w Polsce mogą być na nierównym poziomie. Dochodzi do sytuacji, że w niektórych szpitalach praktykowane są procedury polegające na tym, że ojciec nie może przebywać podczas zabiegu cesarskiego cięcia, jeśli nie okaże wcześniej negatywnego testu na SARS-COV-2 (który był robiony do 48 godzin wstecz), a gdyby poród odbył się bez cesarskiego cięcia, to ojciec może przy nim być i wtedy nie jest wymagane okazanie testu. Wobec powyższego, niezbędne jest pilne uporządkowanie zaleceń dotyczących możliwości odbywania porodów rodzinnych w warunkach stanu epidemii.

6.3. Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w związku z COVID-19.

Zostałem powiadomiony przez rodziny osób zmarłych z powodu choroby COVID-19, że procedury stosowane przed pochówkiem zwłok tych osób uniemożliwiają bliskim ich identyfikację. Rodziny zmarłych na chorobę wywołaną wirusem SARS-CoV-2 nie mają zatem pewności, że podczas ceremonii pogrzebowej żegnają bliską im osobę oraz że do grobu zostaną złożone rzeczywiście szczątki tej osoby. Tymczasem pełne przekonanie, że w grobie rodzinnym zostały pochowane zwłoki konkretnej osoby bliskiej, ma doniosłe znaczenie z punktu widzenia prawa do pamięci i kultu osoby zmarłej, które jest samoistnym dobrem osobistym osób bliskich zmarłego. W związku z niebezpieczeństwem szerzenia się choroby COVID-19 zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych na tę chorobę muszą zawierać pewne rygory, które zagwarantują bezpieczeństwo sanitarne. Należałoby jednak wprowadzić choćby namiastkę standardowej identyfikacji w stosunku do zwłok osoby zmarłej na chorobę COVID-19. Rodziny osób zmarłych postulują, aby dopuścić możliwość wykonania zdjęcia zwłok w trumnie przed jej zamknięciem.

Należy też podkreślić, że rodziny zmarłych w szpitalnym zakładzie patomorfologii nie mogą zobaczyć oraz pożegnać ciał najbliższych osób. Prośby o zrobienie i pokazanie zdjęcia spotykają się z bezwzględną odmową. Z kierowanych do mnie skarg wynika, że obywatele w związku z takimi sytuacjami znajdują się na skraju wyczerpania psychicznego, dlatego też postulują o zmianę procedur na takie, aby rodziny miały możliwość pożegnania zmarłych, choćby przez szybę lub w formie zdjęcia.

6.4. Możliwość pożegnania się z osobą odchodzącą.

Należy ponownie podkreślić istotną rolę rodzica przy dziecku podczas hospitalizacji. Dochodzi do sytuacji, w których z powodu koronawirusa obywatele nie mogą pożegnać się ze swoimi hospitalizowanymi bliskimi – nastolatka kilka dni konała w samotności, a zdruzgotana matka siedziała pod drzwiami nie mając możliwości pożegnać się z dzieckiem. Z napływających listów obywateli wynika, że problem ten dotyczy nie tylko dzieci, ale i pacjentów dorosłych. Zdarzają się sytuacje, gdy obywatele nie mogą się pożegnać z osobą odchodzącą, co jest dla nich traumatyczne. Jednocześnie nie posiadają aktualnej informacji o stanie zdrowia osoby bliskiej. W konsekwencji zdarza się niestety, że bliscy żyją w błędnym przekonaniu co do stanu zdrowia pacjenta, który *de facto* już zmarł kilka dni wcześniej.

Wyrażam nadzieję, że przedstawione przeze mnie przykładowe problemy w zakresie realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia w dobie pandemii doczekają się pozytywnego rozwiązania. W sytuacji obecnego kryzysu systemu ochrony zdrowia,

powodującego brak właściwych warunków do realizacji konstytucyjnych praw obywateli, jest to niezbędnie konieczne.

Pragnę nadmienić, że część powyższych problemów w systemie zdrowia była przeze mnie sygnalizowana na bieżąco od początku pandemii w korespondencji kierowanej do Ministerstwa Zdrowia²¹. Aktualna sytuacja pogłębia kryzys z końca pierwszego oraz początku drugiego kwartału bieżącego roku, kiedy to zwróciłem uwagę m.in. na konieczność: zapewnienia opieki zdrowotnej pacjentom w stanie nagłym w innych podmiotach niż szpitale zakaźne²², środków ochrony osobistej w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania medycznych czynności przez personel medyczny oraz mogące wyniknąć z powodu braku środków problemy kadrowe²³.

W związku z powyższym, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r. poz. 627), zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonych przeze mnie licznych problemach pacjentów oraz personelu medycznego. W szczególności proszę o wskazanie, jak Ministerstwo Zdrowia zamierza poprawić funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia oraz, ze względu na fakt, że dotychczas udzielone wyjaśnienia w poruszanych przeze mnie kwestiach – uważam za niewystarczające - **jakie dokładnie podjęto i planuje się podjąć działania w każdym z przedstawionych powyżej problemowych obszarów w celu poprawy istniejącej sytuacji.**

Z wyrazami szacunku

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/

²¹ Pisma: z dnia 24 marca 2020 r. (V.7018.187.2020.GH/PM), z dnia 6 kwietnia 2020 r. (V.7010.57.2020.ET), z dnia 10 lipca 2020 r. (V.7010.131.2020.ET), z dnia 11 czerwca 2020 r. (V.7012.8.2020.ET), z dnia 25 marca 2020 r. (V.7013.25.2020.ET/PM), z dnia 31 marca 2020 r. (V.7010.45.2020.ET; z dnia 2 kwietnia 2020 r. (V.7013.27.2020.ET), z dnia 27 kwietnia 2020 r. (V.7018.290.2020.TS), z dnia 18 maja 2020 r. (V.7010.45.2020.ET); z dnia 8 lipca 2020 r. (V.7010.125.2020.ET); z dnia 3 czerwca 2020 r. (V.7010.114.2020.ET); z dnia 7 lipca 2020 r. (V.7010.45.2020.ET), dnia 22 maja 2020 r. (V.7016.46.2020.JK/PM), z dnia 19 października 2020 r. (V.7010.207.2020.ET), z dnia 15 października 2020 r., (V.7010.199.2020.ET/PM), z dnia 26 października 2020 r. (V.7018.903.2020.ET).

²² Pismo z dnia 24 marca 2020 r. sygn. V.7010.38.2020. ET/PM

²³ Pismo z dnia 17 marca 2020 r. sygn. V.7018.84.2020.ET.

„Nie umiera ten, kto trwa w pamięci żywych”

Ks. J. Twardowski

Z ogromnym żalem i smutkiem informujemy, że
23 listopada 2020 roku odeszła od nas
w wieku 67 lat z powodu zakażenia COVID 19
nasza Koleżanka

IRENA JANG

Pielęgniarka zatrudniona w NZOZ
"ŚRÓDMIEŚCIE - BIAŁY KAMIEŃ"
W WAŁBRZYCHU

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Rodzinie i Bliskim składamy najserdeczniejsze
wyrazy współczucia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu



**W związku z trudną sytuacją epidemiczną,
każdy członek OIPIP w Wałbrzychu może skorzystać z bezpłatnej
POMOCY PSYCHOLOGICZNEJ.**

Jeżeli potrzebujesz rozmowy i wsparcia psychologicznego umów się na rozmowę.
Nie wymagamy żadnych potwierdzeń, zapewniona całkowita anonimowość.

Beata Pietrzak – psycholog

• wtorek, środa, czwartek • godz. 17.30–18.30 • tel. 604 903 792 •

WIRTUALNA CZYTELNIĄ

Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni dla pielęgniarek i położnych
wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim
na platformie IBUK LIBRA.



Korzystaj z platformy IBUK Libra:

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu,
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie,
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz dostęp do Internetu.

Stwórz własną półkę z książkami myIBUK:

- dodawaj zakładki,
- rób notatki bezpośrednio w tekście,
- wyszukuj słowa i frazy,
- taguj ważne fragmenty,
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.

PROCEDURA NADANIA KODU PIN

- Członek samorządu składa wniosek do OIPIP (do pobrania naszej stronie internetowej (www.oipip.walbrzych.pl) w zakładce DRUKI DO POBRANIA).
- Kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.
- Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu libra.ibuk.pl.
- Jeśli konto zostało już założone wcześniej, NIE TRZEBA ROBIĆ TEGO PO RAZ DRUGI. Wystarczy, że do swojego konta doda się nadany nowy kod PIN.

WYMAGANY SPRZĘT

Z zasobów można korzystać za pomocą komputera, laptopa, tabletu czy smartfona. Technologia IBUK Libra nie wymaga instalowania specjalnego oprogramowania i jest bezpieczna

dla urządzenia użytkownika. Katalogi dostępne są w każdej przeglądarce internetowej. Dzięki dostępowi online czytelnicy mogą korzystać z serwisu przez całą dobę, z dowolnego miejsca (w domu, w pracy – wszędzie, gdzie jest dostęp do Internetu).

KORZYŚCI :

Platforma umożliwi nie tylko czytanie książek, lecz także zaawansowaną pracę z tekstem. W czytelni online można:

- Skorzystać z szybkiego podglądu pełnych tekstów lub stworzyć własną półkę z książkami.
- Sprawdzać znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.
- Dodawać zakładki.
- Robić własne notatki bezpośrednio w książce.
- Wyszukiwać słowa i frazy.
- Tagować (katalogować, indeksować) ważne fragmenty i zaznaczać kolorami.

Najważniejszą korzyścią nauki online jest fakt, że z kursów możemy korzystać w momencie gdy mamy czas i ochotę na naukę. Zapraszam po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra. Z tej oferty będzie mógł skorzystać każdy członek OIPIP w Wałbrzychu po złożeniu wniosku z wymaganymi załącznikami.

Możecie Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra i księgozbioru online, specjalistycznych publikacji w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin nauki.





**OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

**ETYKA
PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ**
profesjonalizm

**GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA**
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK**
uśmiechnij się

**PRAWDA
ODWAGA**
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

