

BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



2/2021
WAŁBRZYCH
ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ♦ ŻYCZENIA ŚWIĄTECZNE
- 2 ♦ LIST OTWARTY PREZESA NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 4 ♦ Z WIOSNĄ NADZIEJE ROSNĄ
- 7 ♦ Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– DODATKOWE WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ W ZWIĄZKU ZE ZWALCZANIEM EPIDEMII COVID-19
– PISMO DO MINISTRA ZDROWIA
– ODPOWIEDŹ PODSEKRETARZA STANU MINISTERSTWA ZDROWIA NA PISMO PREZES NRPIP
– PISMO PREZES NRPIP DO PREZESA NFZ DOTYCZY PRACY W IZOLATORIACH
– ODPOWIEDŹ PREZESA NFZ NA PISMO PREZES NRPIP
– PISMO PREZES NRPIP DO MINISTRA ZDROWIA – DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH NA STANOWISKU PIELĘGNIAREK EPIDEMIOLOGICZNYCH
- 14 ♦ RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH – PISMO DO MINISTRA ZDROWIA
- 16 ♦ PISMO PREZES NRPIP DO PREZESA RADY MINISTRÓW W SPRAWIE PRZYZNANIA RENTY SPECJALNEJ
– ODPOWIEDŹ NA PISMO PREZES NRPIP PODSEKRETARZA STANU KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW
- 18 ♦ PISMO PREZES NRPIP – DOTYCZY PORAD PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ POZ
- 20 ♦ GODZINY NADLICZBOWE W PODMIOTACH LECZNICZYCH
- 21 ♦ PISMO PREZES NRPIP DO MINISTRA ZDROWIA – DOTYCZY PRAC ZESPOŁU POWOŁANY ZARZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA
– ODPOWIEDŹ PODSEKRETARZA STANU MINISTERSTWA ZDROWIA NA PISMO PREZES NRPIP
- 23 ♦ Z PRAC OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– STANOWISKO ZARZĄDU KRAJOWEGO OZZPIP Z DNIA 18.01.2021 R.
– INFORMACJA O STANIE PRAC NAD ZMIANAMI W PŁACACH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– STANOWISKO ZARZĄDU KRAJOWEGO OZZPIP Z DNIA 8.03.2021 R.
– STANOWISKO TRÓJSTRONNE ZESPOŁU DO SPRAW OCHRONY ZDROWIA
- 29 ♦ PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH – RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 32 ♦ STANOWISKO ZESPOŁU KONSULTANTÓW Z DNIA 19.01.2021 R.
- 33 ♦ STANOWISKO NR 49 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 35 ♦ OPINIA PRAWNA
- 43 ♦ ELEKTRONICZNA SKRZYNIKA PODAWCZA
- III S. OKŁ. ♦ PODARUJ 1%

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 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. Hirsfelda 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.pielegniarka@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 PRZEWLEKLE 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 i 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
Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław tel. 793 386 502, e-mail. anna.szachowska@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 Krajcarz

Dyżur prawny:

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

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**
Iwona Michańcio

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

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

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



Szanowne Koleżanki i Koledzy

*Niech nadchodzące Święta
Wielkiej Nocy przyniosą
same radosne i szczęśliwe dni.*

*W tym trudnym czasie niech przyniosą
spokój, wzajemną życzliwość, wiarę
i nadzieję.*

*Wspólnie spędzony czas niech będzie
źródłem optymizmu, niech umocni
w sile i wytrwałości w dążeniu do
spełniania marzeń.*

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



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa 2 lutego 2021 r

List otwarty Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Koleżanki i Koledzy, Pielęgniarki, Położne, Pielęgniarze, Położni

Rok 2020 stał się rokiem próby dla przedstawicieli naszych zawodów. W obliczu pandemii COVID-19 nasza społeczność wykazała i wykazuje nadal postawę humanizmu, troski i pełnej poświęcenia, profesjonalnej opieki nad zdrowiem całego społeczeństwa polskiego. Nierzadko z narażeniem życia i zdrowia niesiemy pomoc pacjentom wbrew ograniczeniom i niedostatkom organizacyjnym systemu ochrony zdrowia, wystawionego przez epidemię na najwyższą próbę.

Obecnie część z Nas z nie mniejszym zaangażowaniem bierze udział w programie szczepień przeciw COVID-19. Wiele osób w Polsce liczy na szybkie przeprowadzenie tego programu i osiągnięcie niebawem odporności populacyjnej, co pozwoli na zakończenie epidemii i powrót nas wszystkich, naszych rodzin i przyjaciół do normalnego życia.

Decyzję o poddaniu się temu świadczeniu zdrowotnemu pozostawiono autonomicznej decyzji pacjenta, która powinna być uszanowana.

Pacjent winien sam podjąć decyzję, w którą nie wolno Nam w żaden sposób ingerować. Nie wolno Nam na nią w żaden sposób wpływać.

Naszym obowiązkiem prawnym i etycznym jest dostarczenie rzetelnej wiedzy w granicach posiadanego przez nas doświadczenia i kwalifikacji zawodowych, których nie wolno nam przekraczać, tak aby pacjent mógł podjąć świadomą zgodę na poddanie się szczepieniu przeciw COVID-19, opartą na potwierdzonej klinicznie informacji.

Zdajemy sobie sprawę, że szczepionki przeciw COVID-19 są nowymi produktami leczniczymi, które zostały dopuszczone do obrotu w bezprecedensowym pod względem trwania procedury trybie, co może budzić obawy społeczne.

W związku z tym zachęcamy do korzystania w bieżącej pracy z profesjonalnych materiałów dotyczących bezpieczeństwa szczepień, dostępnych na: stronie internetowej nipip.pl oraz szczepienia.pzh.gov.pl. Materiały te zostały przeanalizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i uzyskały pozytywną rekomendację.

Równie mocno zachęcamy do czynnego informowania pacjentów o potrzebie zgłaszania niepożądanych odczynów poszczepiennych. Pozwoli to na wzbogacenie wiedzy o skutecznych metodach walki z COVID-19 i będzie nieocenionym wkładem w pracę nad dalszym zwiększeniem ich bezpieczeństwa.

Wiemy, jak duża odpowiedzialność spoczywa na pielęgniarkach i położnych. Wierzymy jednak, że i temu zadaniu sprostamy, budując dalej wysokie zaufanie do naszych zawodów.

Z wyrazami szacunku

Z WIOSNĄ NADZIEJE ROSNĄ

BEATA PIETRZAK
– psycholog kliniczny

Jak strumienie i rośliny, dusze także potrzebują deszczu, ale innego rodzaju: nadziei, wiary, sensu istnienia. Gdy tego brak, wszystko w duszy umiera, choć ciało nadal funkcjonuje.

Paulo Coelho

Zawsze jesienią dosadzam cebule wiosennych kwiatów. Nietety nie wszystkie przetrwają z różnych zagadkowych powodów ale część z nich zakwita robiąc mi tym dużą radość. Ze szłej jesieni postawiłam na krokusy przeróżnej maści. I oto są, póki co sześć. Żółte we fioletowe paski! Tego roku ucieszyły mnie wyjątkowo...

W grudniu, ciężko zachorowała moja ukochana babcia. Osoba o bardzo dużej sile witalnej, energii i woli życia, nagle znalazła się w szpitalu w ciężkim stanie. Święta Bożego Narodzenia były pełne smutku i lęku. Codziennie wpadałam na mój oddział i czytałam obserwacje lekarskie, sprawdzałam wyniki badań. Wszystko wyglądało bardzo źle. Słyszałam w słuchawce jej załamany głos ale nie mogłam jej odwiedzić. Zdałam sobie sprawę, że mogę jej już nigdy więcej nie zobaczyć, a dopiero co razem malowałyśmy pierniczki... Brak nadziei w jej głosie i moje zwątpienie sprawiły, że czas stał się nie do zniesienia. I wtedy pojawił się obraz krokusów. Miała je przecież podziwiać! Zawsze cieszyła się z każdej posadzonej przeze mnie rośliny, bo tak jak ja, kocha ogród. Wtedy obiecałam sobie, że wyciągnę ją ze szpitala, że nie pozwolę by umarła samotnie. Nie myślałam wtedy o jej ozdrowieniu. Widziałam ją tylko w fotelu na moim tarasie patrzącą na nowe krokusy w ciepłym słońcu. Wtedy pojawiła się nadzieja, którą całą rodziną wlewaliśmy jej przez słuchawkę.

Nie bez powodu właśnie teraz, kiedy w powietrzu czujemy już wiosnę, postanowiłam nakreślić parę słów o nadziei. Choć termin ten posiada wiele znaczeń i trudno o jedną definicję, mocno wpisuje się w ludzkie doświadczanie świata. Można powiedzieć, że stabilizuje jakość naszego życia i to nie tylko tego odległego, mglistej przyszłości ale bez wątpienia wpływa na rzeczywistość kreowaną tu i teraz. To ona decyduje o jakości naszych przeżyć wewnętrznych, czy będziemy pogrążeni w rozpacz czy zmobilizujemy siły. Od niej też zależy jak będziemy sobie radzić w szkole, czy będziemy zdolni do osiągnięcia sukcesów zawodowych, jaką pozycję przyjmujemy w relacji z innymi. Jednym słowem: nadzieja lub jej brak kształtują w nas obraz siebie samego i świata, który

nas otacza. Doświadczamy jej wszyscy, bez względu na wiek („mam nadzieję, że przyjdzie do mnie Mikołaj”), kulturę, pochodzenie, czy wykształcenie.

Prof. Charles Richard Snyder umiejscowił temat nadziei obok innych pojęć z zakresu psychologii, takich jak: potrzeba, motywacja, inteligencja. Wniósł on ogromny wkład w rozwój psychologii pozytywnej, której był prekursorem. Umiejscowił on nadzieję wśród innych pojęć, którymi interesują się psychologowie pozytywni, takich jak: optymizm, spełnienie, wdzięczność, dobrostan, przebaczenie, twórczość, itd. Włączył nadzieję do „rodziny psychologii pozytywnej”.

Według Snydera nadzieja jest dynamicznym i wielowymiarowym procesem myślowym składającym się z trzech połączonych ze sobą elementów: celu, siły oraz drogi. Inaczej mówiąc, nadzieja to sposób myślenia, będący sumą: wewnętrznej i zewnętrznej motywacji oraz konkretnej strategii (drogi) wiodącej do obranego celu. Wszystkie trzy składowe są niezbędne i mają wpływ na jakość nadziei, czyli wyraźne określenie

tego, co chcemy osiągnąć, ponadto: siła, determinacja, energia, motywacja i w końcu określony plan – wizja realizacji zamierzeń. Mawiamy „mierzyć siły na zamiary”, bo jeśli cel przerośnie siły, autora nazwać można fantastą. Znamy przykłady ludzi, którzy tworzą wielkie plany, mają łatwość tworzenia strategii ale brakuje im determinacji, przez co nie osiągają niczego. Są też tacy, których pragnienia są bardzo silne ale nie potrafią planować, wtedy nadzieja gaśnie.

Rozmawiałam niedawno z inteligentną, sympatyczną nastolatką, która opowiadała mi o swoich lękach związanych z poczuciem utraty cennego, upływającego czasu, poczuciem braku sensu przeżywanego dnia. Była zdeterminowana, mówiła o celach, potrzebie tworzenia relacji, słuchania autorytetów, inspirowania się w różnych grupach odniesienia. Tymczasem nie widziała możliwości (strategii) zrealizowania celów z powodu aktualnej izolacji społecznej. Mówiła o poczuciu beznadziejności, bo zabrakło tego, co tworzy nadzieję: przekonania, że zrealizowanie celu jest możliwe oraz wiedzy, jak tego dokonać.

W nadziei mieszczą się także

obok siebie dwa
wydawać by się mogło
przeciwstawne wymiary:
stabilność i elastyczność.

W nadziei mieszczą się także obok siebie dwa wydawać by się mogło przeciwstawne wymiary: stabilność i elastyczność. Profesor medycyny Jerome Groopman podkreśla: „Nawet kiedy więcej nie ma nadziei dla ciała, jest zawsze nadzieja dla ducha”. Istotą nadziei jest stabilizowanie naszego doświadczania mimo zmieniających się okoliczności. Z jednej strony utrzymuje nas na drodze do celu, z drugiej przez swą elastyczność dokonuje w nas autoregulacji wymuszonej przez zmieniające się czasem gwałtownie warunki. Nadzieja trwale mobilizuje w nas wszelkie zasoby: wartościowe relacje, możliwości środowiskowe, własne doświadczenia itd. Czy mamy zatem prawo nadal twierdzić, że „nadzieja jest matką głupich”? Z całą pewnością nie! Nie ma nic wspólnego z fantazjowaniem, naiwnością, utopią czy odrealnieniem. Stanowi inteligentne narzędzie, umożliwiające roztropne patrzenie w przyszłość z wykorzystaniem wszelkich dostępnych zasobów gromadzonych przez całe życie tu i teraz.

Nadzieja, niczym żywy organizm podlega prawom rozwoju: potrzebuje zatem troski i wsparcia. Jak wspominałam wyżej jest strukturą dynamiczną, podlegającą ciągłym zmianom w codziennym funkcjonowaniu człowieka. Zgodnie z prawidłami rozwoju wzrasta, stabilizuje się ale i ulega regresji.

Obserwując zachowania ludzi w różnych sytuacjach łatwo zauważyć, że poziom nadziei bywa bardzo różny.

Twórca psycho – społecznego modelu rozwojowego – Erik Erikson mówiąc o tworzeniu się nadziei odwołuje się do czasu niemowlęctwa (0-1 rok życia). Niemowlęta zależą od swych opiekunów, dlatego opiekunowie wyczuleni i reagujący na potrzeby dziecka pomagają mu jednocześnie rozwijać poczucie zaufania do świata. Dziecko zaczyna postrzegać świat jako bezpieczny i przewidywalny. Odwrotnie, opiekunowie ignorujący, zaniedbujący potrzeby niemowlęcia mogą wykształcić w nim niepokój. Dziecko będzie postrzegać świat jako zagrażający i nieprzewidywalny. Pierwszy z ośmiu kluczowych etapów rozwojowych, nazwany przez Eriksona „ufność – nieufność” jest kluczowym dla tworzenia się nadziei i tego w jaki sposób człowiek będzie postrzegał świat i siebie samego w owym świecie. Snyder nie zatrzymuje się na pierwszym okresie rozwoju w kontekście rozwoju nadziei ale idzie dalej wskazując, iż możliwe jest uczenie się jej również na późniejszych etapach życia. Podkreśla aktywny wkład w kształtowanie nadziei u siebie i innych osób co oznacza, że nie jesteśmy pasywnymi odbiorcami rzeczywistości wykreowanej przez otoczenie.

Jakie znaczenie ma zatem nadzieja w życiu człowieka? Po pierwsze wpływa znacząco na *percepcję siebie i własnego doświadczenia*. Badania dowodzą, że osoby o wysokim poziomie nadziei postrzegają siebie bardziej optymistycznie, sytuacje trudne częściej interpretują jako wyzwanie a nie zagrożenie, wierzą w realizację zadania zamiast przewidywać porażkę. W konsekwencji pojawiają się pozytywne emocje i jakość życia jest zdecydowanie wyższa aniżeli w sytuacji braku nadziei.

Po drugie nadzieja ma pozytywny wpływ na *radzenie sobie z trudnościami* oraz na *adaptację* do warunków nowych, nieznanych. Osoby z wysokim poziomem nadziei, kreatywnie i elastycznie wykorzystują swoje zasoby osobiste, takie jak: poczucie humoru, korzystanie ze wsparcia społecznego, wy-

korzystywanie pasji w redukowaniu stresu itd. Mają dużo energii i śmiało podejmują nowe wyzwania.

W końcu nadzieja odgrywa istotną rolę w *osiągnięciach* człowieka. Pomaga świetnie radzić sobie w szkole, pracy, sporcie i skłania do podejmowania coraz to nowych, ambitniejszych zadań.

Pracując z pacjentem, szczególnie przewlekłe chorym widzimy, jak potężną rolę odgrywa nadzieja w procesie jego leczenia, czy to przyczynowego czy też objawowego. Bardzo często do mojego gabinetu przychodzą rodziny pacjentów właśnie po nadzieję lub choćby małą nadziejkę, by móc dalej stawiać czoła wyzwaniom jakie niesie ze sobą poważna choroba.

Niedawno jedna z pań pielęgniarek opowiedziała mi o umierającym pacjencie, który zadał jej pytanie: „Czy ja z tego wyjdę?”. „Co ja mam w takich sytuacjach odpowiadać tym ludziom?” – spytała.

Mowa w tym momencie o informacjach niepomysłnych czyli takich, które w sposób istotny i niekorzystny mogą zmienić postrzeganie własnej przyszłości przez pacjenta. Im większa rozbieżność między stanem faktycznym a wyobrażeniami chorego co do tego stanu, tym trudniej będzie mu przyjąć przekazywaną treść. Jest to niewątpliwie sytuacja silnego stresu obciążającego psychicznie pacjenta. Reakcją na przekazaną informację może być szok lub gwałtowne ujawnienie złości, gniewu, leku, rozpaczliwości itd. Włączane zostają mechanizmy obronne osobowości, np. racjonalizacja, zaprzeczenie, unikanie w celu złagodzenia lęku i stworzenia przestrzeni i czasu do stopniowej adaptacji. Przyjęcie informacji trudnej jest zatem procesem, niekiedy długotrwałym. Zadaniem osoby przekazującej niepomysłne informacje, jest złagodzenie przebiegu tego procesu, przy jednoczesnym zachowaniu (realnej!) nadziei.

Przekazywanie niepomysłnej informacji wymaga zmierzenia się z emocjami pacjenta, uświadomienia sobie własnych emocji, opanowanie stresu, gotowości do przyjęcia reakcji i emocji chorego oraz pokonania obaw co do własnych reakcji emocjonalnych. W takich sytuacjach personel medyczny mówi często o poczuciu własnej bezradności i sprawienia zawodu choremu i jego rodzinie. Włącza się do tego lęk przed odebraniem nadziei choremu i obawa przed poruszeniem tematu śmierci i umierania. Z pominięciem jednak sytuacji, kiedy niepomysłna informacja może pogorszyć stan zdrowia pacjenta, każdy chory ma prawo do informacji i świadomego podejmowania decyzji.

W przekazywaniu trudnej informacji należy pamiętać o zasadzie 6 kroków:

1. *Zorganizować stosowny czas i miejsce spotkania z pacjentem*. Przestrzeń powinna dawać poczucie intymności. Przekazujący informacje powinien zadbać o przekaz niewerbalny: ton i tempo wypowiedzi, utrzymanie kontaktu wzrokowego, odpowiednia postawa ciała, spokój, opanowanie. Dobrze jest zapytać, czy pacjent nie chce aby w rozmowie uczestniczyła bliska mu osoba.
2. *Przed przekazaniem niepomysłnej informacji dobrze jest dowiedzieć się, co właściwie chory wie o swojej sytuacji*. „Co pan już wie o swojej chorobie?”, „Jak pan zauważył zleciliśmy panu dodatkowe badania...” Na-

leży pozwolić choremu na swobodne wypowiedzenie się. Uzyskane w ten sposób informacje dają ogłęd czy i na ile wiadomości, które za chwilę dostarczymy choremu są rozbieżne z wiedzą, którą już posiada, na ile będą stanowiły dla niego obciążenie. Ponadto dowiadujemy się, czy chory racjonalnie podchodzi do swojej choroby, czy może ujawnia istnienie mechanizmów obronnych (wypieranie, zaprzeczanie itd.). Rozmowa musi być dopasowana do możliwości poznawczych chorego.

3. Na tym etapie należy dowiedzieć się czy i ile informacji pacjent chce przyswoić. Można zapytać „czy chce pan aby przedstawić panu ostatecznie wyniki badań?”, „czy chce pan uzyskać informacje na temat pana stanu zdrowia?”. Może się okazać, że chory nie chce znać szczegółowych informacji i prosi o przekazanie informacji żonie (co oznacza, iż nie posiada gotowości na przyjęcie trudnych informacji).
4. Kolejnym etapem jest wykonanie tzw. *strzału ostrzegawczego*. Polega on na tym, że wysyłamy pierwszy sygnał przepowiadający niepomyślny charakter wiadomości. Np. „Sytuacja wygląda poważniej, niż się spodziewaliśmy”. Po wypowiedzeniu takich słów należy obserwować pacjenta i czekać na jego reakcję. Po uzyskaniu przyzwolenia na kontynuację tematu należy przekazać informacje w sposób zwięzły i zrozumiały, unikając medycznego żargonu. Istotne jest aby pacjent jako pierwszy wypowiedział słowa kluczowe (np. rak, przerzut, wznowa, odstępnie od leczenia przyczynowego itd.). Dobrze jest podzielić informację na mniejsze porcje, które są lepiej przyswajalne przez pacjenta. Warto powtarzać najistotniejsze kwestie. Jeżeli natomiast pacjent nie jest gotowy na przyjęcie trudnej informacji, reaguje oporem, należy powstrzymać się i nie kontynuować rozmowy. Można zaproponować inny czas lub spytać o przyzwolenie na przekazanie informacji rodzinie. Należy pamiętać, że *pacjent ma prawo wiedzieć ale nie ma obowiązku wiedzieć*. Forsowanie informacji może doprowadzić do uruchomienia przez chorego mechanizmów obronnych i przyjęcia negatywnej postawy wobec personelu medycznego.
5. Po przekazaniu informacji należy dać choremu czas na wyrażenie emocji. Należy zidentyfikować emocje chorego (strach, gniew, smutek, rozpacz) i dokonać próby znalezienia ich przyczyny. Nierzadko popełniamy błąd polegający na tym, że na własny sposób interpretujemy emocje i zachowanie chorego z cicha zakładając, że dla niego jest trudne to samo co dla nas. W rzeczywistości sytuacja może się znacząco różnić od naszej interpretacji, stąd niemożliwe byłoby zaspokojenie potrzeb pacjenta zgodnie z jego oczekiwaniami. „Wygląda pan na zmartwionego. Co pana najbardziej martwi?”. Warto też wyrazić swoje autentyczne odczucia, np. „Chciałbym mieć dla pana lepsze informacje”. „Żałuję, że nie mogę się z panem podzielić lepszymi wynikami badań”.
6. Na koniec bardzo istotne jest podsumowanie rozmowy i *ustalenie dalszego planu postępowania*. Należy upewnić się, że informacje zostały zrozumiane i zapa-



mięthane przez chorego. Niezmiernie ważne jest dla pacjenta przedstawienie dalszego planu działania z podkreśleniem, że taki plan ZAWSZE istnieje. Pozwala to choremu na zachowanie nadziei, czyli oczekiwania, że w przyszłości wydarzy się jeszcze coś dobrego. Niepozostawienie miejsca na nadzieję może doprowadzić do depresji z charakterystycznym dla niej myśleniem: „to co dobre już się wydarzyło, mam to już za sobą”. Nawet w sytuacji, gdy nie można kontynuować leczenia przyczynowego, dalszym planem i jednocześnie źródłem nadziei jest postępowanie objawowe. Owocne jest w tym momencie także włączenie pacjenta w proces decyzyjny dalszego postępowania dając mu tym samym poczucie sprawczości, decyzyjności, kontroli nad swoim życiem.

Przekazywanie złych informacji należy w zasadzie do zadań lekarzy, jednak w pracy z pacjentem jest wiele innych sytuacji, kiedy opisana metoda staje się użyteczna i skuteczna. Wracając do pytania zadanego przez pacjenta pani pielęgniarki, można zastosować strategię „odbicia piłeczki” i zapytać na przykład: „Co pana skłoniło do zadania mi tego pytania właśnie teraz?” Pacjent odpowiadając zawrze w swojej wypowiedzi jednocześnie to, czego potrzebuje. Może to być np. potrzeba bezpieczeństwa, kontaktu z rodziną, uśmierzenia bólu, czy porozmawiania o śmierci. Na takie komunikaty dużo łatwiej znaleźć odpowiedź czy konkretne rozwiązanie.

Musimy zdawać sobie sprawę z tego, że często popadamy w stereotypowe myślenie. Np. takie, że jedyną nadzieją dla pacjenta jest wyleczenie go. Część lekarzy ma przeświadczenie, iż niszczy nadzieję, gdy mówi o braku możliwości leczenia radykalnego. Interpretują to w kategorii klęski i poczucia, że nie mają niczego do zaoferowania. Tymczasem badania pokazują, że podobny poziom i przebieg nadziei występuje zarówno u chorych leczonych radykalnie jak i paliatywnie. Nadzieja na wyleczenie w żadnej z tych grup nie jest najważniejsza a w mia-



rę upływu czasu stawała się coraz mniej istotna. Cierpienie rodziny koreluje zaś z przekazem „nic się nie da zrobić”. Chorzy i rodziny czerpią nadzieję ze spotkaniem z lekarzem nawet wtedy, gdy informacje o prognozie są niekorzystne.

Reasumując, wyzwaniem dla lekarza i pielęgniarza jest pomoc we wzmacnianiu w chorym uogólnionej nadziei, pomagać mu na nowo rozpoznawać realistyczne nadzieje możliwe do osiągnięcia. Chorzy mają nadzieję na: wyleczenie, dobre łagodzenie objawów, dłuższe życie (do komunii wnuczki), niepozostawienie samotnym, rozwiązanie konfliktów w rodzinie, bycie czystym i dobrze zaopiekowanym, bycie z bliskimi, bycie szanowanym w decyzjach medycznych, znalezienie sensu życia, zaufanie do lekarza, dobre zamknięcie życia, poczucie spełnionego życia, dobre przygotowanie się do śmierci, spokojną śmierć, życie wieczne.

W sytuacjach, kiedy pacjent prezentuje nadzieje mało realne nie należy ich niszczyć, ale naprowadzać na realne. Kiedy pacjentka mówi: „Mam nadzieję na szybki powrót do zdrowia i pracy” w sytuacji długiej i niepewnej co do skuteczności chemioterapii można powiedzieć: „skupmy się na razie na pierwszym kursie, porozmawiajmy o ewentualnych skutkach ubocznych leczenia i zapobieganiu im tak, aby czuła się pani bezpiecznie i mogła pani cieszyć się z pomyślnego zakończenia pierwszego, małego odcinka leczenia”.

Istnieją także sytuacje, gdy nieetyczne byłoby ciche pomijanie treści bardzo trudnych i niechcianych ale które dopiero przewidujemy. Pamiętam bardzo owocną pracę z młodą pacjentką onkologiczną ze złym rokowaniem. Wychowywała kilkuletnią córkę w bardzo skomplikowanych warunkach rodzinnych. Im gorsze stawały się rokowania, tym większe wypieranie choroby obserwowaliśmy u pacjentki, tym większa stawała się nierealna nadzieje i myślenie życzeniowe. Jest to bardzo często występujący mechanizm mający na celu re-

dukcję lęku. Istnieje zasada: „jeśli nie masz niczego do zaferowania, nie tam mechanizmów obronnych”. Z drugiej strony mamy sytuację, kiedy pacjentka umiera, nie ma żadnych konkretnych ruchów ze strony rodziny, pozostaje nierozwiązana sytuacja z odpowiednim zaopiekowaniem się dzieckiem, tymczasem pacjentka snuje plany dotyczące wyjazdu na wakacje z córką za parę miesięcy. Strategia, która zadziałała wyglądała następująco: nie pozbawiałam pacjentki nierealnej nadziei ale opracowywałam z nią plan awaryjny „na wszelki wypadek”. Można to podsumować jako posiadanie nadziei na najlepsze, ale przygotowywanie się na najgorsze.

Bywam świadkiem spektakularnej poprawy stanu psychicznego pacjentów. Niedawno zapytałam jednego z nich, co było szczególnie wartościowym czynnikiem leczącym, który pozwolił mu wyjść z ciężkiego kryzysu. Odpowiedział: „spokój w pani głosie oraz poczucie, że wierzyła pani we mnie mimo iż ja sam przestałem już w siebie wierzyć”. Jestem przekonana, na co istnieje szereg dowodów, że nadzieja stanowi podstawę procesu zdrowienia, czy to psychicznego, czy fizycznego. Jeśli więc „wiosną nadzieje rosną”, zamieńmy lęk przed chorobą na poczucie zdrowia!

P. S. Kilka dni temu, w dzień moich urodzin, pierwszy raz od trzech miesięcy znów zawitała u mnie babcia. Jeszcze nie tak donośnie jak zwykle ale z dawnym entuzjazmem zawołała: „ale piękne krokusy tu wyrosły! Widziałaś?”

LITERATURA:

- A. Brzezińska, B. Ziółkowska, K. Appelt – *Psychologia rozwoju człowieka*. GWP, 2015.
- P. Kwiatek – *znaczenie i rozwój psychologii nadziei w ujęciu Ch. R. Snydera. Seminar. Poszukiwania naukowe 31*, 2012.
- M. Rogiewicz (red.) *Praktyczny podręcznik psychoonkologii dorosłych*. Medycyna Praktyczna, 2015.

Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

DODATKOWE WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ W ZWIĄZKU ZE ZWALCZANIEM EPIDEMII COVID-19

NIPiP-NRPiP-DM.0025.10.2021.MK

Warszawa, dnia 21 stycznia 2021 r.

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

W nawiązaniu do treści Polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., zmienione poleceniem z dnia 30 września 2020 r., po zmianie z 1 listopada 2020 r. w sprawie przyznania dodatkowego wynagrodzenia za pracę określonym grupom personelu medycznego w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19, zwracam się z prośbą o wyjaśnienie następujących wątpliwości.

W powyższym dokumencie zostały umieszczone podmioty lecznicze udzielające *świadczeń w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, wykonujące* działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż świadczenia szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Mając na uwadze powyższe, proszę o wskazanie: jakie podmioty lecznicze objęte są powyższym poleceniem? Czy dotyczy to jedynie wydzielonych oddziałów covidowych w podmiocie? Czy polecenie będzie także obejmować pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem w oddziale nieprzeznaczonym dla takich pacjentów, w tym w oddziałach stacjonarnej opieki psychiatrycznej?

Powyższe polecenie obejmuje jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, lub izby przyjęć. Czy obejmuje także izby przyjęć w stacjonarnej opiece psychiatrycznej?

W poleceniu wskazano, iż świadczenie dodatkowe jest przyznawane osobom, które wykonują zawód medyczny w wymienionych podmiotach leczniczych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W jaki sposób powinno być wyliczone dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek i położnych w powyższych jednostkach? Czy powyższe wyliczenie uzależnione jest od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu pracy, który został poświęcony na realizację tych świadczeń w określonym czasie?

Dlaczego w powyższym poleceniu jest mowa jedynie o szpitalach II i III poziomu, skoro świadczenia zdrowotne pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 są udzielane także w jednostkach I stopnia?

Prezes NRPIP

Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Maciej Miłkowski

Warszawa, 28 stycznia 2021 r.

DSW.054.78.2021.PJ

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 21 stycznia br. w sprawie polecenia Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ dotyczącego dodatkowego świadczenia pieniężnego za pracę przy COVID-19 uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Ad 1: Zgodnie z poleceniem w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 listopada br. regulacją tą objęte są:

- 1) podmioty lecznicze, które na mocy decyzji wojewody / polecenia Ministra Zdrowia są szpitalami II i III poziomu zabezpieczenia;
- 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.

Należy przy tym zauważyć, że polecenie nie wprowadza ograniczenia kręgu osób uprawnionych do świadczenia dodatkowego tylko do personelu zatrudnionego na oddziale / oddziałach objętych decyzją wojewody o uznaniu danego podmiotu leczniczego za szpital II lub III poziomu. Każdorazowo jednak osoba zgłaszana jako uprawniona spełniać musi warunki określone w poleceniu.

Ad. 2 Zgodnie z przedmiotowym poleceniem dodatkowe świadczenie pieniężne w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom podejrzanym o zakażenie i zakażonym wirusem Sars-CoV-2, przysługuje m.in. osobom wykonującym zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, 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 w izbach przyjęć.

W myśl powyższego wszystkie jednostki Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy o PRM oraz izby przyjęć objęte są zakresem polecenia (nie muszą być jednostkami organizacyjnymi szpitali III, II ani I poziomu). W przypadku ww. osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć, warunkiem przyznania świadczenia dodatkowego jest udzielanie w nich świadczeń zdrowotnych.

Ad. 3 Przedmiotowe polecenie nie uzależnia wysokości świadczenia dodatkowego od liczby świadczeń udzielonych w danym miesiącu w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 oraz od wymiaru czasu, który dana osoba poświęca na udzielanie tych świadczeń w danym okresie (czy świadczenia te są udzielane w sposób ciągły czy nie). Zgodnie bowiem z punktem 3 lit. b załącznika do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. w przypadku świadczenia pracy przez osoby uprawnione do świadczenia dodatkowego przez niepełny miesiąc, świadczenie dodatkowe za ten miesiąc podlegać powinno proporcjonalnemu obniżeniu. Jest to zarazem jedyna przyczyna proporcjonalnego obniżenia wysokości świadczenia dodatkowego określona w poleceniu Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r.

Należy również zauważyć, że Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w komunikacie z dnia 2 grudnia opublikowanym na stronie internetowej Centrali wskazała, że: „NFZ nie wymaga ewidencjonowania czasu pracy konkretnego pracownika przy pacjentach z COVID-19. Taki obowiązek nie wynika z polecenia Ministra Zdrowia. Natomiast udzielanie świadczeń medycznych pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 nie może być incydentalne”.

Ad. 4 Wyłączywszy przywołaną wyżej kwestię jednostek PRM i izb przyjęć, a także kwestię laboratoriów diagnostycznych, polecenie zawiera warunek wykonywania zawodu medycznego oraz uczestniczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 (co oznacza wymóg bezpośredniego kontaktu zarówno z pacjentem z podejrzeniem jak i z pacjentem ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2). Powyższy warunek dotyczący kontaktu wynika z założenia, że rozwiązanie regulowane przedmiotowym poleceniem skierowane było do podmiotów wyznaczonych i tym samym formalnie zobowiązanych do udzielania świadczeń zarówno pacjentom z podejrzeniem jak i pacjentom ze stwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Z poważaniem

Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.42.2021.MT

Warszawa, dnia 15 lutego 2021 r.

Filip Nowak
Prezes NFZ

Szanowny Panie Prezesie

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych proszę o podanie informacji czy zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmienione poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. oraz zmienione poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. w sprawie wypłaty dodatku dla pracowników służby zdrowia w związku z pracą z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 pielęgniarki/położne pracujące w Izolatoriach powinny mieć wypłacany w/w dodatek?

Pielęgniarki opiekujące się chorymi niewymagającymi hospitalizacji przebywający w Izolatoriach pozostają w bezpośrednim kontakcie z pacjentami chorującymi na COVID-19, są więc narażone na zakażenie.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnej pielęgniarki powinny być objęte poleceniem, o którym mowa powyżej.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z Małay

Zofia Małas



Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Znak: DEF-WSiKF.401.5.10.2021
2021.44827.BE

Warszawa, 17.02.2021 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

dotyczy: pisma z dnia 15.02.2021 r., znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.42.2021.MT
w sprawie: polecenia Ministra Zdrowia z dnia 1.11.2020 r. zmieniającego polecenie z dnia 4.09.2020 r., zmienione poleceniem z dnia 30.09.2020 r. w sprawie dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Szanowna Pani Prezes,

Uprzejmie informuję, że poleceniem z dnia 1.11.2020 r. Minister Zdrowia zobowiązał Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do przekazania:

- 1) podmiotom leczniczym, które na mocy decyzji wojewody / polecenia Ministra Zdrowia są szpitalami II i III poziomu;
- 2) podmiotom leczniczym, 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 przyjąć;
- 3) laboratoriom 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,

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.), tj. osobom uprawnionym na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobom legitymującym się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, według określonych zasad, na podstawie umowy lub porozumienia zawartego z dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ, 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).

W poleceniu Minister Zdrowia określił, że osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia dodatkowego są:

- 1) 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;
- 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;
- 3) w przypadku osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych wskazanych w pkt 3 (laboratoriów „covid-owych”) - osoby wykonujące czynności diagnostyki laboratoryjnej w tych podmiotach.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w poleceniu z dnia 1.11.2020 r. zmieniającym polecenie z dnia 4.09.2020 r., zmienione poleceniem z dnia 30.09.2020 r., Minister Zdrowia wśród uprawnionych podmiotów leczniczych nie wskazał podmiotów leczniczych prowadzących izolatoria.

Z poważaniem

z up. p. o. Prezesa NFZ

Bernard Waško

Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych

/podpisano podpisem elektronicznym/





NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.65.2021.MT

Warszawa, dnia 5 marca 2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnoszę o zmianę polecenia Pana Ministra z dnia 1 listopada 2020 roku, w sprawie przyznania dodatkowego wynagrodzenia (podwyżka dodatku o 100%) za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19, polegającą na objęciu dodatkowym wynagrodzeniem nowej grupy personelu medycznego – osób pracujących na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej.

Zgodnie z Klasyfikacją zawodów i specjalności do głównych obowiązków pielęgniarki epidemiologicznej należy m.in.: organizowanie i planowanie pracy własnej w zakresie profilaktyki i kontroli zakażeń szpitalnych, organizowanie i prowadzenie szkoleń personelu w zakresie profilaktyki zwalczania zakażeń szpitalnych, rejestrowanie i monitorowanie zakażeń szpitalnych w placówce ochrony zdrowia, zapewnianie jakości opieki nad pacjentem w zakresie profilaktyki zakażeń zakładowych, nadzorowanie stanu sanitarno-higienicznego oddziałów i komórek organizacyjnych szpitala, nadzorowanie funkcjonowania standardów, procedur z zakresu profilaktyki zakażeń szpitalnych, dokumentowanie prowadzonych działań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych.

Od początku pandemii pielęgniarki pracują na pierwszej linii "frontu", doszły im nowe dodatkowe obowiązki jak edukacja personelu i uczulanie na prawidłowe zachowanie (nauka ubierania i zdejmowania kombinezonów), pobieranie wymazów, zgłaszanie i zamykanie ognisk epidemicznych, przekazywanie pacjentów do oddziałów jednoimiennych, kontrola dezynfekcji oddziałów (namglawianie pomieszczeń). Ponadto należy wskazać, że pracują w ciągłym stresie i strachu, muszą być dyspozycyjne o każdej porze dnia, uzupełniają braki środków ochrony osobistej a przede wszystkim dbają aby personel pracujący w szpitalu oraz pacjent czuł się bezpiecznie i był chroniony przed zakażeniem.

Z danych pozyskanych przez NRPiP wynika, że pielęgniarki epidemiologiczne nie zostały objęte dodatkiem za pracę w związku ze zwalczaniem epidemii COVID-19 dlatego też wnosimy o pilne uwzględnienie naszej propozycji.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Warszawa, 11-03-2021 r.

Adam Bodnar

V.7014.6.2021.ET

**Pan
dr n. ekon. Adam Niedzielski**Minister Zdrowia
via ePUAP

Wielce Szanowny Panie Ministrze,

zwracam się do Pana Ministra w sprawie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., zmienionego następnie poleceniem z dnia 1 listopada 2020 r. w sprawie dodatkowego świadczenia pieniężnego, przyznanego 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, dalej: ustawa o działalności leczniczej), uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mającym bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS CoV-2.

Moje zaniepokojenie wzbudziły przekazane mi informacje przez Senatora RP X kadencji Pana Wojciecha Koniecznego¹, a także doniesienia medialne² świadczące o krzywdzących sytuacjach oraz dyskryminacji, jaka zachodzi wobec pozostałych pracowników szpitala, w tym tzw. pracowników pomocniczych, mających również bezpośredni kontakt z osobami zakażonymi lub mającymi podejrzenie zakażenia wirusem SARS-CoV-2, które powyższego dodatku nie uzyskały. Pragnę zauważyć, że niniejszy problem, nie ogranicza się wyłącznie do jednego wskazanego szpitala, a ma charakter systemowy. Wobec czego, może dotyczyć również innych placówek medycznych.

Stosownie do polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., dodatkowe wynagrodzenie pieniężne otrzymały osoby zatrudnione w szpitalach II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, które wykonują zawód medyczny, uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Następnie, poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. zmieniającym polecenie z dnia 4 września 2020 r. grupa osób uprawnionych do dodatku została rozszerzona o osoby wykonujące zawód medyczny w SOR lub izbach przyjęć, zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa oraz osoby wykonujące czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratoriach przy szpitalach I, II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, z którymi NFZ podpisał umowę na wykonywanie testów w kierunku SARS-CoV-2.

Należy przy tym zauważyć, że polecenie posługuje się pojęciem osoby wykonującej zawód medyczny stosownie do art. 2 ust 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie

definicją zawartą w tym przepisie, osoba wykonująca zawód medyczny jest to osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Podkreślenia wymaga, że każda osoba wykonująca zawód medyczny pracująca w warunkach określonych powyżej otrzyma świadczenie dodatkowe 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).

Natomiast jak zostało wskazane w uzasadnieniu polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. celem jego wydania było uatrakcyjnienie warunków pracy i udzielenie rekompensaty za pracę w tak trudnych warunkach - *niniejsze polecenie ma na celu uatrakcyjnienie warunków zatrudnienia osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń w szpitalach przeznaczonych dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-Cov-2, co przyczyni się do utrzymania stanu liczbowego kadry medycznej najbardziej istotnej z punktu widzenia przeciwdziałania COVID-19.*

Wobec powyższego, na mocy wydanych przez Ministra Zdrowia poleceń, przyznających dodatkowe świadczenia pieniężne osobom wykonującym zawód medyczny, doszło do pominięcia pozostałego personelu szpitala, również zaangażowanego w zwalczanie pandemii wirusa SARS-CoV-2 oraz mającego bezpośredni kontakt z pacjentami zakażonymi.

Należy zgodzić się, że nie tylko pracownicy medyczni, pracujący w szpitalu, są bezpośrednio narażeni na zakażenie wirusem SARS-Cov-2, bowiem pozostały personel szpitala np. pracownicy ochrony zdrowia, zajmujący się utrzymaniem czystości w placówkach ochrony zdrowia, w szczególności w salach szpitalnych (salowa/salowy) lub sekretarki medyczne pracujące w SOR również pracują w bezpośrednim kontakcie z chorymi. Zawężenie grupy osób, którym został przyznany dodatek jedynie do pracowników medycznych, powoduje, że pozostali pracownicy szpitala, którzy również narażają swoje zdrowie i życie, pracując w bezpośrednim kontakcie z pacjentami covidowymi, czują się pokrzywdzeni. Natomiast w procesie leczenia chorych na COVID-19 zaangażowanych jest wiele osób, z których każda pełni kluczową rolę i jest niezbędna, aby zapewnić choremu opiekę oraz warunki do jego wyzdrowienia.

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 podnoszonej sprawie.

Z wyrazami szacunku

Adam Bodnar

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DS.015.11.2021.MT

Warszawa, dnia 26 stycznia 2021 r.

Mateusz Morawiecki
Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnoszę o przyznanie renty specjalnej, o której mowa w art. 82 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z funduszu ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2020 poz. 53 ze zm.), osobom najbliższym wspólnie zamieszkującym z pielęgniarkami i położnymi zmarłymi w wyniku zakażenia wirusem SARS-CoV-2, do czego doszło w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej.

Nie wymaga bliższego uzasadnienia, że rodziny zmarłych pielęgniarek i położnych poniosły najwyższą z możliwych cen za walkę z epidemią wirusa SARS-CoV-2. Rodziny straciły nie tylko osoby najbliższe pogrążone w smutku i żalu. W wielu sytuacjach utraciły jedynego żywiciela rodziny. Należy pamiętać, że zmarli członkowie samorządu pielęgniarek i położnych poświęcili swoje życie dla ratowania życia i zdrowia całego społeczeństwa.

Taka ofiara wymaga szczególnego uhonorowania, czego symbolicznym wyrazem będzie przyznanie tego rodzaju świadczenia. Wedle naszego przekonania takie świadczenie powinno być okresowe i przysługiwać dożywotnio, jako wyraz wdzięczności społeczeństwa dla rodzin zmarłych za służbę w ochronie zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Małas

/dokument podpisany elektronicznie/



KANCELARIA PREZESA RADY MINISTRÓW
MINISTER – CZŁONEK RADY MINISTRÓW

Michał Dworczyk

Warszawa, ²⁵ lutego 2021 r.

BPRM.ZŚS.270.15.2021 (4)

**Pani
Zofia Małas**

**Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do wystąpienia Pani Prezes z 26 stycznia 2021 r. uprzejmie informuję, że dotychczas Prezes Rady Ministrów uhonorował w formie okresowych rent specjalnych wszystkich wskazanych przez Ministerstwo Zdrowia małżonków i dzieci pielęgniarek, które zmarły w wyniku zakażenia SARS-CoV-2, do czego doszło w związku z wykonywaniem zawodu. Jednocześnie wyjaśniam, że we wszystkich analogicznych przypadkach, renty specjalne dla członków rodzin osób zmarłych w służbie społeczeństwu przyznawane były w ostatnich latach wyłącznie okresowo.

Natomiast sprawy dotyczące dożywotniego przyznania świadczeń w trybie art. 82 ust. 1 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych wymagają indywidualnych wniosków osób zainteresowanych ich przyznaniem. Wnioski takie powinny być uzasadnione poprzez wskazanie na szczególne okoliczności sprawy i odpowiednio udokumentowane.

Z poważaniem

**w zastępstwie
Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów**
Rafał Siemianowski
**Rafał Siemianowski
Podsekretarz Stanu
Zastępca Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów**



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.27.2021.MK

Warszawa, dnia 4 marca 2021 r.

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do Porozumienia zawartego w dniu 9 lipca 2018 r. w Warszawie, pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia, w którym w pkt 6 wskazano, iż Minister Zdrowia podejmie działania mające na celu wprowadzenie nie później niż od dnia 1 stycznia 2019 r. tzw. porady pielęgniarskiej do świadczeń gwarantowanych z wybranych zakresów, po zasięgnięciu opinii OZZPiP i NIPiP, a także w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1255), zwracam się z prośbą do Pana Ministra o podjęcie działań mających na celu doprowadzenie do realizacji ww. porozumienia.

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, kierują zapytania pielęgniarki POZ i położne POZ, a także kierownicy podmiotów leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kiedy faktycznie zostaną wdrożone przedmiotowe porady.

Wielokrotnie podkreślano, iż z chwilą wydania przez Prezesa NFZ zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie porad pielęgniarki POZ i porady położnej POZ, będzie możliwość samodzielnego realizowania przez pielęgniarki oraz położne dodatkowych świadczeń na rzecz pacjentów, w tym przewlekle chorych. Przede wszystkim dotyczy to doboru sposobu leczenia ran, ordynowania leków, wystawiania recept, ordynowania wyrobów medycznych, wystawiania skierowań na wykonanie badań diagnostycznych.

Bardzo istotna w tych poradach jest także profilaktyka chorób i promocja zdrowia w ramach świadczeń zapobiegawczych udzielanych przez pielęgniarkę, obejmująca przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi, w tym edukację dotyczącą przyjmowania leków i suplementów diety. Powyższa porada ma przede wszystkim na celu przygotowanie świadczeniobiorcy do samokontroli i samoopieki. Niemniej istotna w zakresie edukacji zdrowotnej jest porada położnych dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i ginekologii onkologicznej.

Należy pamiętać, iż w dobie pandemii zmienione zostały warunki realizacji świadczeń zdrowotnych, nastąpiło znaczne zmniejszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych pacjentów przewlekle chorych, także w podstawowej opiece zdrowotnej.

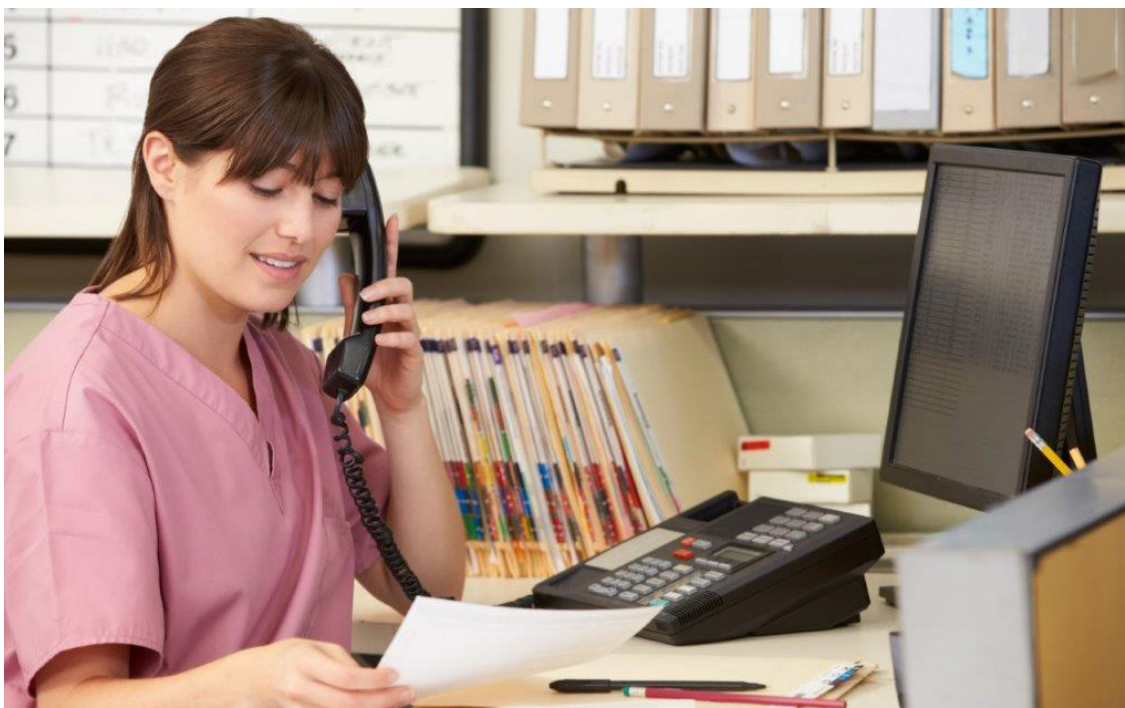
Mając na uwadze powyższe, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań, które umożliwią i doprowadzą do realizacji przedmiotowych porad przez pielęgniarkę POZ i położną POZ.

Z wyrazami szacunku,

Prezes NRPiP

Z Małką

Zofia Małas



GODZINY NADLICZBOWE W PODMIOTACH LECZNICZYCH

PRZECIĘTNY CZAS PRACY W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Zasadnicze normy czasu pracy obowiązujące pracowników podmiotów leczniczych wynoszą na dobę 7 godzin i 35 minut oraz 37 godz. 55 minut na tydzień (art. 93 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej).

Jest to średnia, której nie można przekraczać w okresie rozliczeniowym wynoszącym 3 miesiące (art. 93 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej).

DYŻUR MEDYCZNY A REGULACJE K.P. DOTYCZĄCE GODZIN NADLICZBOWYCH

Pracą w godzinach nadliczbowych nie jest praca w ramach dyżuru medycznego w rozumieniu art. 95 ustawy o działalności leczniczej. Nie stosuje się do niej limitu godziny pracy w godzinach nadliczbowych przewidzianego przez art. 151 § 3 k.p. (150 h w roku kalendarzowym). Praca na dyżurze medycznym jest jednak wynagradzana na zasadach wynikających z przepisów o wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych (art. 95 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej). W przypadku dyżuru wypadającego w dniu wolnym od pracy, wynikającym z rozkładu czasu pracy nie przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy. art. 95 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej).

GODZINY NADLICZBOWE W USTAWIE O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Ustawa o działalności leczniczej nie reguluje wprost limitu czasu pracy w godzinach nadliczbowych. Może to wynikać jedynie pośrednio z wyrażonej w art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej maksymalnej normy czasu pracy w wymiarze 48 godzin tygodniowo, obejmujących dyżur medyczny, jaki może być wykonywany przez pielęgniarkę bez wymogu podpisywania umowy w przedmiocie świadczenia dyżurów medycznych (tzw. klauzuli opt-out).

TYGODNIOWY CZAS PRACY Z GODZINAMI NADLICZBOWYMI

W związku z tym, mając na względzie w art. 131 § 1 k.p., tygodniowy czas pracy pielęgniarki w podmiocie leczniczym łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać przeciętnie 48 godzin w obowiązującym okresie rozliczeniowym. Jest to norma średnia, przeciętna, a więc w danym tygodniu danego okresu rozliczeniowego może być godzin pracy więcej a w kolejnym tego samego okresu rozliczeniowego mniej, tak aby utrzymać wskazany przeciętny limit.

Tygodniowy 48-godzinny limit jest normą przeciętną i tym samym pracownik może przepracować w ramach tego samego okresu rozliczeniowego więcej godzin nadliczbowych w danym tygodniu, a w kolejnych – mniej lub wcale.

DZIENNY LIMIT GODZIN NADLICZBOWYCH

Jeśli zaś chodzi o dzienny maksymalny limit godzin nadliczbowych wynika on jeszcze z innego uprawnienia pracowniczego – czasu obowiązkowego odpoczynku dobowego. W myśl art. 97 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej pracownikowi jest należne w każdej dobie co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

ROCZNY LIMIT GODZIN NADLICZBOWYCH

Zgodnie z art. 151 § 3 k.p. liczba godzin nadliczbowych przepracowanych w związku ze szczególnymi potrzebami pracodawcy nie może przekroczyć 150 godzin w roku kalendarzowym.

Jednakże zgodnie z art. 151 § 4 k.p., dopuszczono ustalenie innej liczby godzin nadliczbowych w roku kalendarzowym niż określone powyżej 150 godzin rocznie.

Taka regulacja powinna być ujęta w układzie zbiorowym pracy (porozumienie pomiędzy pracodawcą a funkcjonującymi w jego zakładzie pracy związkami zawodowymi), a jeśli u danego pracodawcy on nie obowiązuje to – w regulaminie pracy (obowiązkowy w przypadku zatrudnienia powyżej 50 pracowników). Jeśli ten ostatni nie jest wymagany – to w umowie o pracę. Brak regulacji wyższej normy godzin nadliczbowych w tych aktach, wyklucza zastosowanie wyższej normy godzin nadliczbowych, z zastrzeżeniem zarządzeń pracodawcy na czas epidemii lub stanu epidemicznego, o którym mowa powyżej. Jeśli obowiązuje regulamin pracy lub układ zbiorowy pracy to w umowie o pracę nie mogą być uwzględnione inne limity godzin nadliczbowych niż ujęte w regulaminie pracy lub układzie zbiorowym pracy.

Podwyższenie rocznego limitu godzin pracy nadliczbowych ponad 150 godzin, doznaje ograniczeń. Musi uwzględnić maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy (art. 131 § 1 k.p. – przeciętnie 48 godzin pracy wraz z pracą w godzinach nadliczbowych w tygodniu).

REGULACJE EPIZODYCZNE NA CZAS EPIDEMII I STANU ZAGROŻENIA EPIDEMICZNEGO

Jednakże zgodnie z art. 15x ust. 1 pkt. 2 ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: ustawy COVID-19) w czasie trwania epidemii i zagrożenia epidemicznego pracodawca może polecić pracownikowi świadczenie pracy w godzinach nadliczbowych w zakresie i wymiarze niezbędnym dla zapewnienia ciągłości funkcjonowania przedsiębiorstwa.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DS.015.5.2021.MT

Warszawa, dnia 20 stycznia 2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Działając w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, 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. b ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. 2020, poz. 2176) wnosimy o udzielenie informacji na temat wyników prac Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2020, poz. 830), który został powołany Zarządzeniem MZ z dnia 25 września 2020 r. (Dz. Urz. MZ poz. 78) oraz o przedstawienie odpisu projektu aktu prawnego lub projektu założeń takiego aktu prawnego będącego następstwem prac ww. Zespołu.

Z opracowania pracownicy

Prezes NRPiP

Z Małay

Zofia Małay

Dokończenie ze str. 20 „Godziny nadliczbowe w podmiotach leczniczych”

Ponadto w myśl art. 15x ust. 1 pkt. 3 ustawy COVID-19, w tym czasie pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę. Ustawodawca przewidział, że art. 151⁵ § 2 zd. 2 k.p. w tym wypadku się nie stosuje. Tym samym, czas pozostawania pracownika na żądanie pra-

codawcy w miejscu udzielenia świadczeń zdrowotnych poza normalnymi godzinami pracy nie jest ograniczony przez limity czasowe odpoczynku dobowego i tygodniowego.

Zgodnie z art. 15x ust. 2 pkt. 1 lit. a ustawy COVID-19 w zw. z art. 3 ust. 2 p pkt. g) ustawy o zarządzeniu kryzysowym powyżej przedstawione regulacje stosuje się do jednostek systemu ochrony zdrowia.



Minister Zdrowia

Warszawa, 18 lutego 2021

DSW.051.2.2021.PJ

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na wniosek z dnia 20 stycznia br. w sprawie udzielenia informacji na temat wyników prac Zespołu do spraw opracowania propozycji zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który został powołany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2020 r. (Dz. Urz. Ministra Zdrowia poz. 78) uprzejmie informuję, że w efekcie prac tego Zespołu powstał projekt nowelizacji wspomnianej ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., a tożsame regulacje nowelizujące znalazły się w ustawie z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2401).

Przyjęta zmiana ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. polega na przedłużeniu czasu działania zawartej w ustawie mechanizmu waloryzującego wysokości najniższych wynagrodzeń po dniu 31 grudnia 2021 r. przez stworzenie stałego mechanizmu waloryzacji (obecnie obowiązująca ustawa przewiduje, że osiągnięty na koniec 2021 r. poziom najniższych wynagrodzeń nie będzie waloryzowany). Poziomy najniższych wynagrodzeń będą wyliczane jako iloczyn współczynników pracy określonych w załączniku do ustawy oraz wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”.

Ponadto przedmiotową ustawą wprowadzono do aktu prawnego rangi ustawy przepisów gwarantujących osobom wykonującym zawody medyczne, w tym objętym obecnie regulacjami płacowymi zakładającymi przekazywanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia do podmiotów leczniczych „znaczonych” środków finansowych nie pogorszenie po dniu 1 lipca 2021 r. warunków zatrudnienia w związku z wygaśnięciem przepisów przewidujących odrębne strumienie przekazywania „znaczonych” środków finansowych przeznaczonych na finansowanie wzrostów wynagrodzeń dla pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych oraz lekarzy specjalistów.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

STANOWISKO ZARZĄDU KRAJOWEGO OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Z DNIA 18 STYCZNIA 2021 r.

w sprawie wyłaty „dodatków covidowych”

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje dotychczasowe stanowiska w zakresie wyłaty tzw. dodatków covidowych.

W ocenie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, w czasie pandemii, wszystkie pielęgniarki i położne powinny otrzymać dodatek COVID-19 – niezależnie od poziomu zabezpieczenia szpitala, analogicznie jak laboratoria, SORy oraz Izby Przyjęć, tym bardziej, że w szpitalach o I stopniu zabezpieczenia (w których według obecnie obowiązujących przepisów dodatek nie przysługuje) leczeni byli i są pacjenci chorzy na COVID-19.

Podkreślamy, że przepisy regulujące wypłatę dodatków są niejasne, a ich interpretacja przez pracodawców jest dowolna. Z informacji, które otrzymujemy z całego kraju, dowiadujemy się, że dochodzi do olbrzymich nieprawidłowości w wypłacie ww. środków. Pracodawcy albo nie wypłacają w ogóle żadnych środków, albo nie składają do Narodowego Funduszu Zdrowia właściwych list pracowników, którym należą się dodatki, albo nie korygują tych list pomimo zaleceń ze strony NFZ. Pracodawcy wypłacają środki w sposób nieprawidłowy, np. wymagają podania konkretnych zakresów czasowych (godziny, minuty) opieki nad pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie, co jest niezgodne z interpretacją NFZ. Często dochodzi do sytuacji, w których pracodawcy podbierają środki na pochodne z wynagrodzeń należnych pielęgniarkom i położnym, a przecież środki te również otrzymują z NFZ. W wypłatach środków COVID-19 nie wykazywane są pielęgniarki i położne, które świadczą opiekę nad podejrzanym o zakażenie pacjentem.

Wszystko to powoduje, że w rzeczywistości przyznaje się dodatkowe świadczenia w związku z COVID-19 niewielkiej procentowo grupie pielęgniarek i położnych, a cała reszta – pomimo że również walczy z przedłużającą się epidemią i pracuje bez gwarantowanych minimalnych norm zatrudnienia – nie otrzymuje tak hucznie zapowiadanych przecież przez rządzących rekom-

pensat. Do dnia dzisiejszego grupa pielęgniarek nie otrzymała dodatkowych środków jeszcze za październik 2020 r.

Podkreślamy, że zapisy gwarantujące dodatkowe środki COVID-19 dla pielęgniarek i położnych w Poleceniach Ministra Zdrowia do NFZ nie były w ogóle konsultowane ze stroną społeczną.

Polecenia nie były nigdzie publikowane i dopiero na wniosek Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych udało się uzyskać dostęp do ich treści.

Przepisy te doprowadziły do rażącego skrzywdzenia ogromnej rzeszy pielęgniarek i położnych pracujących w różnych innych jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych, gdzie również stykają się z pacjentami chorymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2. W ramach tego samego podmiotu leczniczego powstaną 100% różnice w wysokościach naliczonych i wypłaconych wynagrodzeń. Ta sytuacja wywołuje ogromny gniew i niezadowolenie, które pozbawiają motywacji do pracy ponad siły w walce z trwającą pandemią.

W związku z powyższym oczekujemy natychmiastowej zmiany przepisów gwarantujących dodatkowe środki za heroiczną pracę w czasie epidemii tak, aby:

1. Były one jasne i czytelne dla pracodawców, a ich interpretacja nie budziła żadnych wątpliwości i nie stawała się powodem braku wypłaty należnych środowisku środków finansowych związanych z pracą z pacjentami zakażonymi lub podejrzanymi o zakażenie SARS-CoV-2;
2. Wszystkie pielęgniarki i położne niezależnie od poziomu zabezpieczenia szpitala otrzymywały dodatek COVID-19;
3. Zagwarantowano wypłatę środków dla grup medyków pominiętych w aktualnie obowiązujących poleceniach Ministra Zdrowia, a udzielających świadczeń medycznych w czasie pandemii COVID-19.

Za Zarząd
Krystyna Ptok
Przewodnicząca OZZPiP

INFORMACJA O STANIE PRAC NAD ZMIANAMI W PŁACACH PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

7 MARCA 2021

*SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY, CZŁONKOWIE
OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, NASI SYMPATYCY*

Informuję o ostatnich wydarzeniach dotyczących Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia przy MZ i jego prac nad nowelizacją Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W lutym 2021 roku odbyły się 4 spotkania (5, 10, 17 i 26 lutego), w tym dwa w obecności ministra Adama Niedzielskiego.

Minister oświadczył, że w zakresie wynagrodzeń jest wola porządkowania wynagrodzeń i wzrostu współczynników w ustawie, co pozwoli na wzrost wynagrodzeń. Uważa, że wynagrodzenia nie są przejrzyste i 4 grupom: lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników wzrosty wynagrodzeń płacone są odrębnymi strumieniami. Od takiego rozwiązania chcą odejść i wobec tego znoszone będą dodatki.

Na spotkaniu 26 lutego br. Minister Zdrowia przedstawił swoją PROPOZYCJĘ:

- Od 1 lipca 2021 r. każdy pracownik medyczny i działalności podstawowej osiągnie gwarantowany ustawą poziom najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Odchodzimy od okresu dojścia do tego poziomu dopiero 31 grudnia 2021 r.
- Od 1 lipca 2021 r. obowiązywać będzie mechanizm gwarancyjny zakazujący obniżania wynagrodzeń pracownikom, którzy otrzymywali dotychczas pieniądze odrębnymi strumieniami (lekarze, pielęgniarki, położne i ratownicy).
- Ten mechanizm ma gwarantować dotychczasowe poziomy wynagrodzeń – również te, które przekraczają wynagrodzenia najniższe w grupie.
- Proponuje podwyższenie współczynników dla wszystkich grup zawodowych, które są skorelowane z dotychczasowymi poziomami wynagrodzeń w grupie lekarzy, pielęgniarek, położnych i ratowników – w ocenie ministerstwa spłaszczona nadmierne dysproporcje pomiędzy współczynnikami.

Zgodnie z wnioskiem ministerstwa strona społeczna (każda z grup zawodowych) przekazała do MZ swoje oczekiwania w zakresie zasadniczych wynagrodzeń.

[poziom docelowego wynagrodzenia zasadniczego = współczynnik x 5167,47 zł (średnia krajowa za 2020)]		OBECNIE		PROPOZYCJA MZ OD 1 LIPCA 2021	
		Współczynniki	Poziom wynagrodzenia	Współczynniki	Poziom wynagrodzenia
LEKARZ ze spec. II stopnia	1,27	6 563 zł	1,31	6 769 zł	
LEKARZ ze spec. I stopnia	1,17	6 046 zł	1,20	6 201 zł	
LEKARZ BEZ SPEC. OSOBY wykonujące zawód med. z wyższym wykształceniem i specjalizacją	1,05	5 426 zł	1,06	5 478 zł	
PIEŁĘGNIARKA, POŁOŻNA mgr ze specjalizacją					
LEKARZ stażysta. OSOBY wykonujące zawód med. z wyższym wykształceniem bez specjalizacji	0,73	3 772 zł	0,81	4 186 zł	
PIEŁĘGNIARKA, POŁOŻNA mgr lub specjalistka					
NIEMEDYCZNI PRACOWNICY działalności podstawowej z wyższym wykształceniem					
PIEŁĘGNIARKA z LICENCIATEM lub wykształceniem średnim, OSOBY wykonujące zawód medyczny z wykształceniem średnim,	0,64	3 307 zł	0,73	3 772 zł	
NIEMEDYCZNI PRACOWNICY działalności podstawowej z wykształceniem średnim					
NIEMEDYCZNI PRACOWNICY działalności podstawowej z wykształceniem poniżej średniego	0,58	2 997 zł	0,59	3 049 zł	

Pełna informacja jest na stronie Związku www.ozzpiip.pl > LINK W OPISIE

Reprezentując zrzeszony w Forum Związków Zawodowych OZZPiP WSKAZALIŚMY KONIECZNOŚĆ PODZIAŁU NASZYCH GRUP ZAWODOWYCH NA 6 POZYCJI I W CELU SPŁASZCZENIA RÓŻNIC POMIĘDZY GRUPAMI WSPÓŁCZYNNIKI OD 1,3 DO 1,55, tak samo jak w złożonych sporach zbiorowych. Przekazaliśmy informację, że OCZEKUJEMY:

- wzrostu wynagrodzeń już od 1 lipca 2021 roku, i to BEZ PLANOWANEGO OKRESU DOJŚCIA do 100% średniej krajowej dopiero 31 grudnia 2021 r.,

- zabezpieczenia poziomu wynagrodzeń z OWU (tzw. zembalówka) przed możliwością wypowiedzeń,
- uznania pielęgniarcom i położnym wyższego wykształcenia mającego zastosowanie w ochronie zdrowia (np. mgr zdrowie publiczne, resocjalizacja, pedagogika ze specjalnością pedagogika medyczna – opieka paliatywna...itd.).

Stoimy na stanowisku, że ze względu na ogromne braki kadrowe w naszej grupie zawodowej najniższe wynagrodzenie dla osoby wchodzącej do systemu powinno wynosić 1 średnią krajową (wg komunikatu GUS 5167,47 zł) ZE WZGLĘDU NA DEFICYTY KADR MEDYCZNYCH NIE JEST MOŻLIWE OCZEKIWANIE NA ZMIANĘ POZIOMU WYNAGRODZEŃ DO ROKU 2027 – taką propozycję przedstawiło MZ.

Po przedstawieniu przez MZ tej propozycji tylko z poziomu Forum Związków Zawodowych nie było zgody na taką propozycję z następujących powodów:

1. Zarzucono błędną metodologię dotyczącą określenia wartości pracy dla poszczególnych grup zawodowych opartą wyłącznie na czynniku związanym z wykształceniem pomijając inne istotne dla wartości pracy takie jak doświadczenie zawodowe, narażenia na stres, czynniki środowiska pracy fizyczne, biologiczne i inne.
2. Propozycja dotyczyła wzrostu współczynników tylko w 2021 roku bez dalszej perspektywy.
3. Zrównuje osoby z wykształceniem medycznym, od których wymagamy odrębnych kwalifikacji medycznych wymaganych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, z osobami które takich wymogów nie muszą spełniać.
4. Nie uwzględniono innego wyższego wykształcenia mającego zastosowanie w ochronie zdrowia o co wielokrotnie wnioskowaliśmy.
5. Daliśmy propozycję innego zapisu art.19-22 w ustawie o wzmocnieniu kadr medycznych.

Odrębnym pismem skierowanym do Premiera Rządu i Ministra Zdrowia przedstawiliśmy analizę danych otrzymanych z MZ, a dotyczących przedstawionej propozycji dotyczącej współczynników od 1 lipca 2021 roku dla wszystkich grup zawodowych.

Wynagrodzenia w grupie zawodowej pielęgniarów i położnych:

1. Z naszej analizy wynika, że od 1 lipca największy wzrost wynagrodzenia (około 1164 zł) nastąpi w grupie zawodowej pielęgniarów/położnych z tytułem magistra piel/położ i specjalizacją. Wynagrodzenie zasadnicze ma osiągnąć 5478 zł. W tej grupie mamy tylko 11 800 pielęgniarów i położnych.
2. W grupie magistrów pielęgniarstwa/położnictwa lub specjalistek wynagrodzenie wzrośnie do poziomu 4186 zł. Wg danych MZ byłby to wzrost o kwotę 109 zł. W tej grupie mamy około 30 000 pielęgniarów i położnych.
3. W grupie pielęgniarów z licencjatami lub wykształceniem średnim wzrost wynagrodzenia jest 0%, bo grupa ta wg danych MZ miała poziom wynagrodzeń 3893 zł.

To najliczniejsza grupa, bo licząca blisko 160 000 pielęgniarów i położnych. Ich wynagrodzenie zasadnicze ma wynosić od 01 lipca br. 3772 zł z gwarancją nieobniżenia poziomu.

4. Innym grupom zawodowym proponuje się wzrosty wynagrodzeń zasadniczych od 602 zł do 2036 zł motywując to faktem, że to wyrównanie krzywd, bo ci pracownicy byli pomijani przy podwyżkach, cyt. „a pielęgniarów i położnych otrzymały już znaczące podwyżki wynagrodzeń wynikające z podpisanych Porozumień” (czyli tzw. zembalówkę).

Propozycje Ministerstwa Zdrowia dotyczące nowych wskaźników dla naszej grupy zawodowej, których wysokość powoduje brak wzrostu wynagrodzeń u blisko 160 000 pielęgniarów i położnych, uważam za skandaliczne i oburzające tym bardziej, że w obliczu trzeciej fali pandemii szpitale poszukują pielęgniarów i wzywają do podjęcia dodatkowej pracy.

Pytam: czy ta propozycja jest zachęcająca do dodatkowej pracy? Czy jest to objaw niezrozumienia problemu, braku zainteresowania zawodem i stwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia zagrożenia braku realizacji świadczeń polskiemu społeczeństwu przez pielęgniarów i położnych? W tym kontekście niezrozumiała jest dla nas wypowiedź Ministra Zdrowia o brakach pielęgniarów i podpisana przez Premiera tego Rządu „POLITYKA NA RZECZ ROZWOJU PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA”.

**W mojej ocenie, jako Przewodniczącej OZZPiP:
PROPOZYCJA MINISTERSTWA ZDROWIA
JEST NIE DO PRZYJĘCIA.**

Zachęcam do analizy zamieszczonej tabeli z propozycją MZ oraz zamieszczania swoich reakcji i komentarzy na naszej stronie w serwisie Facebook.

Następne spotkanie w ramach Prezydium Zespołu Trójstronnego zaplanowano na 9 marca br.

Apeluję, aby Członkowie pozostawali w ścisłym kontakcie z Przewodniczącymi zakładowych organizacji, strukturami regionalnymi i krajowymi OZZPiP.

Członkowie związku i ich aktywność to podstawa naszej działalności, a zjednoczone w naszych działaniach potrafimy skutecznie realizować założone cele. Dlatego też zachęcam do zakładania struktur zakładowych organizacji lub wstępowania do organizacji międzyzakładowych i wspólne działanie. Nie zapominajmy, że razem jesteśmy silniejsi, to jest siła naszej organizacji.

*Z życzeniami zdrowia i siły
dziękując za zaangażowanie w nasze sprawy
pozostając do Waszej dyspozycji*

*Krystyna Ptak
Przewodnicząca OZZPiP*

STANOWISKO ZARZĄDU KRAJOWEGO OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Z DNIA 8 MARCA 2021 r.

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, zgromadzony na nadzwyczajnym posiedzeniu w dn. 8 marca 2021 r. po zapoznaniu się z propozycją wysokości współczynników pracy w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tj. Dz.U. z 2020 poz. 830) przedstawioną przez Ministerstwo Zdrowia na posiedzeniu Zespołu Trójstronnego ds. Ochrony Zdrowia w 26.02.2021 r. **odrzuca tę propozycję uznając ją jako wysoce niesprawiedliwą.**

Z naszej analizy – wykonanej na podstawie danych zebranych, opracowanych i przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia – wynika:

- Najwyższy wzrost wynagrodzenia (**maksymalnie ok. 1164 zł**) nastąpi w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych z tytułem magistra i specjalizacją. Wynagrodzenie zasadnicze ma osiągnąć wysokość 5478 zł. **W tej grupie mamy tylko 11 800 pielęgniarek i położnych.**
- W grupie pielęgniarek i położnych z tytułem magistra lub specjalizacją wynagrodzenie wzrośnie do poziomu 4186 zł. Wg danych przedstawionych przez MZ byłby to **wzrost o kwotę 109 zł. W tej grupie mamy około 30 000 pielęgniarek i położnych.**
- W grupie pielęgniarek z licencjatem lub wykształceniem średnim wzrost wynagrodzenia wynosi... **0 zł**, bo grupa ta wg danych MZ miała poziom wynagrodzeń 3893 zł, a ich wynagrodzenie zasadnicze ma obecnie wynosić 3772 zł z gwarancją nieobniżenia poziomu. **To najliczniejsza grupa, bo licząca blisko 160 000 pielęgniarek i położnych.**

Jednocześnie innym grupom zawodowym proponuje się wzrosty wynagrodzeń zasadniczych od 602 zł do aż 2036 zł motywując to faktem, że to „wyrównanie krzywd, gdyż pielęgniarki i położne otrzymały już znaczące podwyżki wynagrodzeń wynikające z podpisanych wcześniej Porozumień” (czyli tzw. zembalowe).

Pragniemy przypomnieć, że Porozumienia z 2015 r. i 2018 r. podpisano *w trosce o zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie opieki zdrowotnej oraz dbając o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, starając*

się zabezpieczyć ilość wykwalifikowanych kadr na należytych poziomach oraz stwarzając warunki powodujące wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr. (preambuła Porozumienia między Ministerstwem Zdrowia, NFZ, NPRiP i OZZPiP z 23.09.2015 r.)

Uważamy, że wszyscy pracownicy ochrony zdrowia zasługują na wzrost wynagrodzeń i należy skończyć z wieloletnimi zaniedbaniami w tym zakresie.

Propozycje Ministerstwa Zdrowia dotyczące nowych wskaźników dla naszej grupy zawodowej, których wysokość spowoduje brak wzrostu wynagrodzeń u blisko 160 000 pielęgniarek i położnych, uważamy za skandaliczne i oburzające tym bardziej, że w obliczu trzeciej fali pandemii szpitale poszukują właśnie pielęgniarek i wzywają do podjęcia dodatkowej pracy.

Pytamy: czy ta propozycja Ministerstwa Zdrowia jest zachęcająca do podejmowania dodatkowej pracy? Czy jest to przejaw niezrozumienia problemu, braku zainteresowania zawodem i stwarzanie przez Ministerstwo Zdrowia zagrożenia braku realizacji świadczeń polskiemu społeczeństwu przez pielęgniarki i położne?

Domagamy się gwarantowanych wynagrodzeń zasadniczych w wysokości właściwej dla deficytowej grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, odzwierciedlających wykształcenie, fachowość, wysiłek i wymagania psychofizyczne, odpowiedzialność, warunki i środowisko pracy.

OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ŻĄDA:

1. Pilnego podniesienia współczynników pracy.

Oczekujemy znaczącego podniesienia współczynników pracy dla grupy ok. 160 000 pielęgniarek i położnych. Stanowisko Związku w tym zakresie jest aktualne tak jak w piśmie Forum Związków Zawodowych z dnia 29.06.2020 b. r. znak L.dz. FZZ IX 761/29/06/20 (podział pracowników – bez grupy lekarzy i pracowników działalności podstawowej – na nowo opisane sześć grup zawodowych z przypisaniem im współczynników pracy w przedziale od 1,3 do 1,55). Uważamy, że deficytowy pracownik z wyższym wykształceniem wchodzący do systemu

ochrony zdrowia powinien otrzymać wynagrodzenie na poziomie średniej krajowej.

Należy uznać również każde inne wyższe wykształcenie w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia.

2. Uznania innych czynników wartościujących pracę do ustalenia najniższego wynagrodzenia, takich jak: fachowość, odpowiedzialność, warunki psychofizyczne i warunki środowiska pracy, zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Organizacji Pracy.

W przeciwnym razie nasza grupa zawodowa uważać będzie, że są to nadal działania dyskryminujące w zakresie ustalania współczynników pracy, a zarazem jej wartości.

3. Wykreślenia w załączniku do ustawy zapisu „wymagane” na danym stanowisku pracy.

Żądamy zmiany zapisu, że kwalifikacje muszą być „wymagane” na danym stanowisku pracy. W praktyce dochodzi do patologicznego wykorzystywania tego zapisu przez niektórych pracodawców. Nie taki był cel ustawy w 2017 r. – zgodnie z jej uzasadnieniem i OSR miał być sygnałem dla pracowników, że podniesienie kwalifikacji zawodowych będzie wiązało się ze wzrostem ich poziomów wynagrodzenia, co w rzeczywistości wciąż nie ma miejsca.

4. Dodania w ustawie zapisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego podniesienia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia kwalifikacji zawodowych.

Oczekujemy wpisania do ustawy zasad i terminu podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia przez pracownika kwalifikacji w trakcie danego roku i zaliczenia go z tego powodu do grupy zawodowej z wyższym współczynnikiem pracy.

5. Wprowadzenie zabezpieczeń ustawowych w zakresie finansowania wzrostów wynagrodzeń dla podmiotów leczniczych.

OZZPiP występuje również w obronie uzasadnionych interesów pracodawców. Oczekujemy, aby NFZ jako płatnik był zabezpieczony w planie finansowym lub z wykorzystaniem ewentualnie innych funduszy pozostających w jego dyspozycji do pokrycia pracodawcom pełnych kosztów jakie wymusi od 01.07.2021 r. podniesienie wynagrodzeń dla pracowników medycznych i pracowników działalności podstawowej wywołane podniesieniem współczynników pracy oraz nową wartością przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej opublikowaną przez GUS za 2020 r. na poziomie 5 167,47 zł. Zabezpieczenie środków w NFZ musi być trwałe i rozpisane na kolejne lata. Koszty dla pracodawców muszą w swojej kalkulacji uwzględniać również coroczne wzrosty wynagrodzenia minimalnego jakie wynikają z ustawy o minimalnym wynagrodzeniu (w 2021 r. to kwota 2 800, zł. na etat), bowiem pracodawcy w tych grupach również zatrudniają pracowników, którzy nie są zaliczeni do pracowników działalności podstawowej. Ponadto kalkulacja kosztów dla pracodawców musi uwzględniać zapis art. 5 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych bowiem podwyżka wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników medycznych i pracowników działalności podstawowej wymusi presję społeczną pozostałych pracowników nie objętych wprost działaniem załącznika do ustawy.



Dodatkowo oczekujemy wprowadzenia dla pracodawców ustawowych gwarancji ciągłego nieprzerwanego finansowania po 30.06.2021 r. podniesionych wynagrodzeń, w tym wynagrodzeń zasadniczych w grupach zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych finansowanych dotąd przez NFZ w ramach wyodrębnionych strumieni środków finansowych, tak aby można było w praktyce zrealizować wprowadzone przez MZ przepisy art. 19–22 ustawy z 27.11.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2401).

W jakim akcie prawnym pracodawcy będą mieli zapisany gwarantowany wzrost kontraktów pozwalający zrealizować podwyżkę wynagrodzeń i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej?

Mimo licznych przykrych doświadczeń w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia mieliśmy jeszcze jakąś nadzieję, że dojdzie do refleksji po stronie rządzących i postulaty strony społecznej oraz pracodawców zostaną zrealizowane. Jednakże po analizie propozycji przedstawionej przez Ministerstwo Zdrowia kompletnie lekceważącej naszą grupę zawodową stwierdzamy, że zważywszy na deficyty kadrowe w grupie pielęgniarek i położnych oraz coraz większe obciążenie pracą, pomimo trzeciej fali wzrostu zachorowań na COVID-19, trudno będzie gwarantować oczekiwany przez Ministra Zdrowia spokój społeczny.

Oświadczamy: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych odrzuca propozycje Ministerstwa Zdrowia.

„Gratulujemy” Panu Ministrowi doprowadzenia w szczycie epidemii do konfliktu z największą ogólnopolską organizacją związkową zrzeszającą pielęgniarki i położne.

STANOWISKO TRÓJSTRONNEGO ZESPOŁU DO SPRAW OCHRONY ZDROWIA

Z DNIA 17 MARCA 2021 r.

Trójstronny Zespół popiera rozpoczęcie procedowania przedstawionej na posiedzeniu w dniu 26 lutego br. propozycji Ministerstwa Zdrowia zmian w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych dotyczących roku 2021.

Strona społeczna oczekuje pilnego rozpoczęcia prac legislacyjnych nad ustawą uwzględniającą propozycje resortu z 26 lutego 2021 r. oraz zapewnienia środków finansowych na ich realizację.

Jednocześnie wszystkie strony Zespołu deklarują gotowość niezwłocznego kontynuowania prac nad zwiększaniem

poziomów minimalnych wynagrodzeń gwarantowanych w kolejnych latach.

(-) Maciej Miłkowski – Wiceminister Zdrowia

Forum Związków Zawodowych zgłasza zdanie odrębne, które zostanie złożone w formie pisemnej w terminie 7 dni zgodnie z regulaminem Trójstronnego Zespołu. FZZ będzie dążyć do przedstawienia propozycji MZ ku zadowoleniu grup zawodowych zgłaszających wątpliwości do propozycji z 26 lutego 2021 r. w zakresie podziału grup zawodowych.

(-) Krystyna Ptok

– Forum Związków Zawodowych / OZZPiP



PRAWO PACJENTA DO TAJEMNICY INFORMACJI Z NIM ZWIĄZANYCH

IWONA MICHAŃCIO

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Potożnych

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta to jeden z najważniejszych aktów prawnych z zakresu służby zdrowia. Wprowadziła urząd Rzecznika Praw Pacjenta powoływanego przez premiera RP. Na Rzeczniku Praw Pacjenta spoczywa obowiązek dbania o przestrzeganie praw pacjentów, reagowanie i podjęcie działań w sytuacji, w której prawa te nie są przestrzegane.

USTAWA O PRAWACH PACJENTA I RZECZNIKU PRAW PACJENTA

z dnia 6 listopada 2008 r.
(tj. z dnia 4 maja 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).

ROZDZIAŁ 1

PRZEPISY OGÓLNE

Art. 1

Ustawa określa:

- 1) prawa pacjenta;
- 2) zasady udostępniania dokumentacji medycznej;
- 3) obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta;
- 4) tryb powoływania, odwoływania i kompetencje Rzecznika Praw Pacjenta;
- 5) postępowanie w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów;
- 6) zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych.

Art. 2

Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

ROZDZIAŁ 4

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Art. 13

Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świad-

czeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Art. 14

1. W celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:
 - 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
- 2 a. Przepisu ust. 1 nie stosuje się także do postępowania przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, o której mowa w art. 67e ust. 1.
- 2 b. W sytuacjach, o których mowa w ust. 2, ujawnienie tajemnicy może nastąpić wyłącznie w niezbędnym zakresie. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 3, zakres ujawnienia tajemnicy może określić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy.
3. Osoby wykonujące zawód medyczny, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3 i ust. 2 a, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta, chyba że zgodę na ujawnienie tajemnicy wyrazi osoba bliska. Osoba bliska wyrażająca zgodę na ujawnienie tajemnicy może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2 b.

4. Zwolnienia z tajemnicy, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeśli ujawnieniu tajemnicy sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7. Sprzeciw dotacza się do dokumentacji medycznej pacjenta.
5. Przed wyrażeniem sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4, pacjent ma prawo do uzyskania informacji o skutkach złożenia sprzeciwu.
6. W przypadku sporu między osobami bliskimi o ujawnienie tajemnicy lub o zakres jej ujawnienia, zgodę na ujawnienie tajemnicy wyraża sąd, o którym mowa w **art. 628** ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1460, z późn. zm.), w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej lub osoby wykonującej zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny może wystąpić z wnioskiem do sądu także w przypadku uzasadnionych wątpliwości, czy osoba występująca o ujawnienie tajemnicy lub sprzeciwiająca się jej ujawnieniu jest osobą bliską. Sąd, wyrażając zgodę na ujawnienie tajemnicy, może określić zakres jej ujawnienia, o którym mowa w ust. 2 b.
7. W przypadku gdy pacjent za życia sprzeciwił się ujawnieniu tajemnicy, o której mowa w ust. 4, sąd, o którym mowa w **art. 628** ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego, w postępowaniu nieprocesowym na wniosek osoby bliskiej, może wyrazić zgodę na ujawnienie tajemnicy i określić zakres jej ujawnienia, jeżeli jest to niezbędne:
 - 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia, z tytułu śmierci pacjenta;
 - 2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.
8. W przypadku wystąpienia do sądu z wnioskiem, o którym mowa w ust. 6 albo 7, sąd bada:
 - 1) interes uczestników postępowania;
 - 2) rzetelność i wiarygodność osoby bliskiej ze zmarłym pacjentem;
 - 3) wolę zmarłego pacjenta;
 - 4) okoliczności wyrażenia sprzeciwu.

KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ PRZYRZECZENIE:

Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki / położnej i uroczyste przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bez-

stronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.

6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

Prawo polskie szanuje godność pacjenta, gwarantując mu nietykalność, ochronę intymności, prywatność i poufność informacji przekazanych lekarzowi, pielęgniarce, położnej w toku leczenia. Oznacza to, że obowiązek dochowania tajemnicy obejmuje nie tylko informacje dotyczące jego zdrowia, metod leczenia oraz pielęgnowania ale również dane dotyczące całej sfery życia prywatnego pacjenta. Obowiązek dochowania tajemnicy nie wygasa w razie śmierci chorego. Nakaz poszanowania tajemnicy sformułowany w Ustawie o Zawodzie Lekarza oraz Ustawie o Zawodach Pielęgniarki i położnej, nakłada powinność dochowania tajemnicy nawet wobec rodziny pacjenta, jeżeli taką wyraził wolę. Jedynie chory może zwolnić z tego obowiązku. Blisko 2500 lat temu genialny lekarz z wyspy Kos sformułował w sposób niezwykle zwięzły i precyzyjny nakaz przestrzegania tajemnicy zawodowej przez lekarzy. Jest to jedna z najważniejszych i najbardziej znanych lekarskich zasad deontologicznych, która nie tylko nie straciła przez wieki na swej aktualności, lecz w miarę demokratyzacji życia publicznego i nabywania coraz to nowych praw przez jednostkę nabiera dziś coraz większego i nowego znaczenia. Wynika bowiem z powszechnie uznanego poszanowania prawa pacjenta do autonomii i prywatności.

Choć zasada ta jest prawie tak stara jak medycyna, to różnie bywało z jej realizacją w praktyce. Od czasów Hipokratesa do dni dzisiejszych tajemnica lekarska przeżyła podobną drogę co demokracja helleńska w kierunku współczesnej demokracji zachodnioeuropejskiej. Choć lekarze chętnie szczycą się swym postannictwem, to jednak nie zawsze skrupulatnie przestrzegają zasad etycznych zawartych w przysiędze Hipokratesa.

Mimo, że niedościgniony zapis Hipokratesa precyzyjnie określa zasadę zachowania tajemnicy lekarskiej, to jednak jego interpretacja w praktyce budzi wiele wątpliwości a nawet trudności. Już samo określenie tego co podlega tajemnicy, nie jest łatwe. Powszechnie uznaje się, że naruszeniem tajemnicy jest ujawnienie informacji powierzonych w zaufaniu. Jeśli pacjent nie czyni tajemnicy z pewnych danych, trudno wymagać, aby czynił to lekarz, pielęgniarka. Równocześnie wydaje się oczywiste, że lekarz czy pielęgniarka nie może uważać, by objęte tajemnicą były tylko takie informacje, przy których chory wyraźnie zastrzeże sobie poufność np. „proszę nikomu nie mówić, że mam cukrzycę”. Skoro bowiem społeczeństwo wie, że lekarz, pielęgniarka składa przysięgę, iż przestrzegać będzie tajemnicy zawodowej, stąd ma prawo sądzić, że wszystko co mówi lekarzowi, objęte jest tajemnicą. Ponadto obowiązująca w Polsce *Ustawa o ochronie danych osobowych oraz RODO* stwierdza, że informacje o stanie zdrowia podlegają tajemnicy i bez zgody zainteresowanego

nie można ich podawać do wiadomości osobom nieupoważnionym.

Z pewnością trzeba sobie uświadomić, że w trakcie wykonywania czynności zawodowych wchodzimy w posiadanie różnych informacji, które często niewiele mają wspólnego ze stanem zdrowia chorego i dotyczą jego stosunków rodzinnych, zamiłowań, posiadanego majątku itp. Czy lekarz, pielęgniarka musi zachować w tajemnicy informacje nie związane bezpośrednio ze zdrowiem pacjenta? Hipokrates stwierdza, że zachować należy w milczeniu „*cokolwiek [się] w życiu ludzi ujrzy lub usłyszy*”. To właśnie dzięki sprawowaniu tego zawodu lekarz, pielęgniarka ma czasem możliwość spostrzec, usłyszeć i zrozumieć takie sprawy, które zachować trzeba w milczeniu, nawet jeśli nikt o to nie prosił.

Od lat toczy się spór o to czy tajemnica zawodowa powinna mieć charakter absolutny. Czy nigdy, nikomu i w żadnych okolicznościach nie można zdradzić tajemnic pacjenta? Czy tajemnicę taką należy traktować na równi z tajemnicą spowiedzi? Niektórzy moralisci nadal uznają absolutny charakter tajemnicy zawodowej i uważają, że w żadnym wypadku, nawet w sytuacji zagrożenia innych ludzi, nie powinno się ujawniać posiadanych o chorym informacji. Postawę swoją argumentują tym, że gdy przykładowo psychiatra dowiaduje się od pacjenta o jego zbrodniczych zamysłach, ma on możliwość leczenia i uchronienia chorego człowieka od zrealizowania groźnych dla otoczenia pomysłów.

Natomiast jeśli pacjenci przestaną wierzyć w obowiązek milczenia ze strony lekarzy i pielęgniarek, to wówczas przestaną im powierzać swoje tajemnice, nie będą się również leczyć, a to w konsekwencji może mieć znacznie gorsze skutki. W wielu jednak przypadkach bardzo trudno jest obronić tezę, że tajemnica zawodowa ma mieć absolutny charakter. Istotnym problemem jest kto ma prawo zdecydować, jakie dane można, a jakie trzeba podać do wiadomości osób trzecich. Jest to bardzo ważne rozróżnienie **co można, a co należy**.

Konieczna jest dobra znajomość prawa przez lekarzy i pielęgniarki, aby względami etycznymi nie usprawiedliwiali swej niekompetencji w zakresie prawnych aspektów wykonywania zawodu.

Wielu uchyla się od podania jednoznacznej wykładni etycznych zapisów zawartych w Kodeksach, gdyż w sytuacjach konfliktów przeciwstawnych interesów łatwo być posądzonym o niewłaściwą interpretację. Tymczasem zwykli lekarze i pielęgniarki chcieliby otrzymać konkretne wytyczne, jak rozwiązywać trudne problemy etyczne.

Z pewnością poza dyskusją jest, podkreślana przez wielu zasada, że śmierć pacjenta nie zwalnia lekarza i pielęgniarki z przestrzegania tajemnicy. Choć ten zapis wydaje się oczywisty, to jednak obecnie coraz częściej powstają spory na temat uprawnień towarzystw ubezpieczeniowych do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia zmarłego klienta w związku z prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym zawartej polisy ubezpieczeniowej na życie.

Nawet jeśli towarzystwo posiada pisemną zgodę klienta na zbieranie informacji o stanie jego zdrowia, jest wiele wątpliwości, czy można to uczynić z prawnego i etycznego punktu widzenia. Wynika to z faktu, że personel czuje się związany

z pacjentem i chciałby bronić jego interesów nawet po jego śmierci. W Polsce prawo zezwala na ujawnienie innym lekarzom informacji niezbędnych dla celów orzeczniczych, ale nie wszystkie kraje podzielają takie stanowisko.

Zarówno prawne jak i etyczne zapisy dotyczące tajemnicy lekarskiej w Polsce nie odbiegają w sposób istotny od rozwiązań przyjętych w Unii Europejskiej. Art. 40 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r. (tj. z dnia 28 lutego 2020 r. **Dz. U. z 2020 r. poz. 514**) nakłada na lekarzy obowiązek zachowania tajemnicy, stwierdza, że obowiązuje ona również po śmierci pacjenta oraz precyzyjnie określa pięć sytuacji zwalniających lekarza z jej przestrzegania.

W Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. z dnia 3 marca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 562) przepis ustawy stanowi, że :

[...]

Art. 17

1. Pielęgniarka i położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.
2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, gdy:
 - 1) tak stanowią odrębne przepisy;
 - 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
 - 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
 - 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.
3. Pielęgniarka i położna, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w ust. 2 pkt 1–3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta”.

Niestety w Polsce problem przestrzegania tajemnicy zawodowej nie sprowadza się do dyskusji na temat jego absolutnego charakteru, czy określania prawno-etycznych warunków dopuszczalności złamania tajemnicy. Niezwykle skąpa znajomość i brak zrozumienia zasad prawa i etyki przez polskie środowisko medyczne powoduje, że w praktycznym aspekcie przestrzegania tajemnicy Polska nie spełnia norm i obyczajów europejskich. Nowoczesne zapisy są w zasadzie papierowe i większość środowiska, od profesorów Akademii Medycznej począwszy a na studentach skończywszy, nie przestrzega w sposób rzetelny tajemnicy zawodowej. Konieczne jest zaangażowanie w ten proces odpowiednich instytucji odpowiedzialnych za kształcenie oraz kontrolę poziomu profesjonalnego i etycznego lekarzy i pielęgniarek. Paradoksalnie, pomimo wielowiekowych tradycji i powszechnej zgody co do słuszności tej zasady, jest ona bardzo często naruszana.

Zwykle następuje to w sposób nieświadomy i nie wynika ze złej woli, lecz jest spowodowane powierzchowną znajomością i rozumieniem przepisów prawnych lub etycznych. Większość środowiska nie dostrzega wcale, że postępuje niezgodnie z zasadami etyki.

STANOWISKO ZESPOŁU KONSULTANTÓW

**w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki z dnia 19.01.2021r,
dotyczące obsady pielęgniarstwa podczas opieki nad pacjentem dorosłym i dzieckiem,
gwarantującej bezpieczeństwo pacjentom poddanym pozaustrojowemu utlenowaniu krwi
(ECMO, ang. *extracorporeal membrane oxygenation*) w oddziałach anestezyjologii
intensywnej terapii**

ECMO jest wysokospecjalistyczną procedurą, której włączenie ma na celu okresowe wspomaganie synergicznie połączonego układu oddechowego i układu krążenia w patofizjologicznych stanach ich skrajnej niewydolności.

Zatem mając na względzie bezpieczeństwo gwarantowane prawami pacjenta¹, podczas sprawowania opieki nad pacjentem wymagającym wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych, kompleksowej i ciągłej opieki pielęgniarstwa - jako absolutny priorytet w planowaniu obsady pielęgniarstwa należy uwzględnić:

- 1. zapewnienie najwyższego poziomu opieki i jej całodobowej ciągłości, poprzez zachowanie bezwzględnie współczynnika pielęgniarstwa : pacjent, co najmniej 1 : 1²,**
2. specjalistyczne świadczenia pielęgniarstwa realizowane przez pielęgniarkę/pielęgniara posiadającą/posiadającego kwalifikacje podyplomowe w zakresie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Podstawa prawna:

¹Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009 poz. 417).

²Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii (załącznik nr 1) i zapis definiujący pacjenta zakwalifikowanego do najwyższego poziomu opieki, jako pacjenta, u którego występuje niewydolność co najmniej 2 narządów, stanowiąca bezpośrednie zagrożenie życia i wymagająca mechanicznego bądź farmakologicznego ich wsparcia (Dz.U. 2016 poz. 2218).

Za Zespół Konsultantów w dziedzinie
pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki

dr n. med. Edyta K. Cudak
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezyjologicznego i intensywnej opieki

STANOWISKO NR 49 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Z DNIA 2 MARCA 2021 R.

w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, po zapoznaniu się z projektem rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki zmieniającego rozporządzenie w sprawie podstaw programowych kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz dodatkowych umiejętności zawodowych w zakresie wybranych zawodów szkolnictwa branżowego, **wyraża stanowczy sprzeciw, wobec proponowanego w programie rozszerzenia zadań zawodowych opiekuna medycznego o dodatkowe czynności, które są zawarte w kompetencjach pielęgniarek i położnych oraz innych zawodów medycznych, co w konsekwencji godzi w bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.**

Zgodnie z przyjętą uchwałą nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarsstwa i Położnictwa w Polsce (z uwzględnieniem etapów prac zainicjonowanych w roku 2018)”, którego jednym z celów było: wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej zawodu wspomagającego pracę pielęgniarek w bezpośredniej opiece nad pacjentem, poprzez:

- podjęcie działań na rzecz dokonania zmian legislacyjnych w zakresie formalnego uregulowania współpracy pielęgniarek i opiekunów medycznych,
- podjęcie działań na rzecz upowszechnienia i efektywne wykorzystania zawodu opiekuna medycznego w systemie opieki zdrowotnej,
- poszerzenie wiedzy i umiejętności zawodowych opiekuna medycznego w celu dostosowania ich do potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych grupy pacjentów z określonymi deficytami zdrowotnymi np. psychiatrii, geriatrici, neurologii, pediatrii.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy kontynuować kształcenie opiekuna medycznego zgodnie z dotychczasowym programem nauczania, który przygotowuje słuchaczy do wykonywania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej, z uwzględnieniem zmian w programie kształcenia w 2019 r. polegających na poszerzeniu uprawnień w zakresie: oznaczenie stężenia glukozy we krwi, przy pomocy glukome-

tru, prowadzenie dobowej zbiórki moczu i bilansu płynów, karmienie przez PEG. W obecnym systemie opieki zdrowotnej istnieje pilna potrzeba usankcjonowania zatrudnienia opiekuna medycznego w podmiotach leczniczych, w których podejmowałby działania w zakresie swoich dotychczasowych kompetencji, czyli realizacji świadczeń w zakresie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej.

Projekt cyt. podstawy programowej kształcenia do zawodu opiekuna medycznego zakłada bezpośrednio poszerzenie programu kształcenia opiekuna medycznego o wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne z zakresu dializoterapii, asystowania do operacji i pobierania krwi żyłnej. Wskazane w cyt. projekcie wymagania dla szkół w zakresie bazy i sprzętu niezbędnych do kształcenia opiekuna medycznego jednoznacznie sugerują nauczanie opiekunów w zakresie kompetencji prawnie przypisanych pielęgniarsce/ pielęgniarzowi, tj. cewnikowania pacjenta, tlenoterapii, pielęgnacji wkłucia centralnego, pielęgnacji portu naczyniowego, wkłucia do szpiczkowego, iniekcji domięśniowych, odśluzowania dróg oddechowych, pielęgnacji rurki tracheotomijnej itd. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych jest to praktyka zawłaszczania kompetencji pielęgniarskich (nabywanych w toku kształcenia na poziomie szkolnictwa wyższego i kształcenia podyplomowego) przez grupę zawodową opiekunów medycznych kształconą w systemie policealnym bez konieczności posiadania świadectwa dojrzałości. Doprowadzi to do bezwzględnego obniżenia, jakości realizowanych świadczeń zdrowotnych oraz znacznego wzrostu występowania zdarzeń niepożądanych. Stanowi również kolejny przykład deprecjonowania roli pielęgniarek i pielęgniarzy w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Dużym nieporozumieniem jest także propozycja nadania opiekunowi medycznemu kompetencji z zakresu prowadzenia przytóżkowej aktywizacji z wykorzystaniem elementów gimnastyki osiowo-symetrycznej w trzech płaszczyznach jednocześnie SOS 3D – Metoda Hoppe, która bezwzględnie występuje w kompetencji magistra fizjoterapii. Ponadto, do-

danie w nazwie kwalifikacji określenia „usług medycznych” wykracza poza sens i znaczenie słowa „opiekun” oraz wchodzi w zakres kompetencji lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty. W zakresie zadań opiekuna medycznego powinno być pomaganie i wspieranie pacjenta, głównie poprzez wykonywanie poleceń ww. pracowników medycznych.

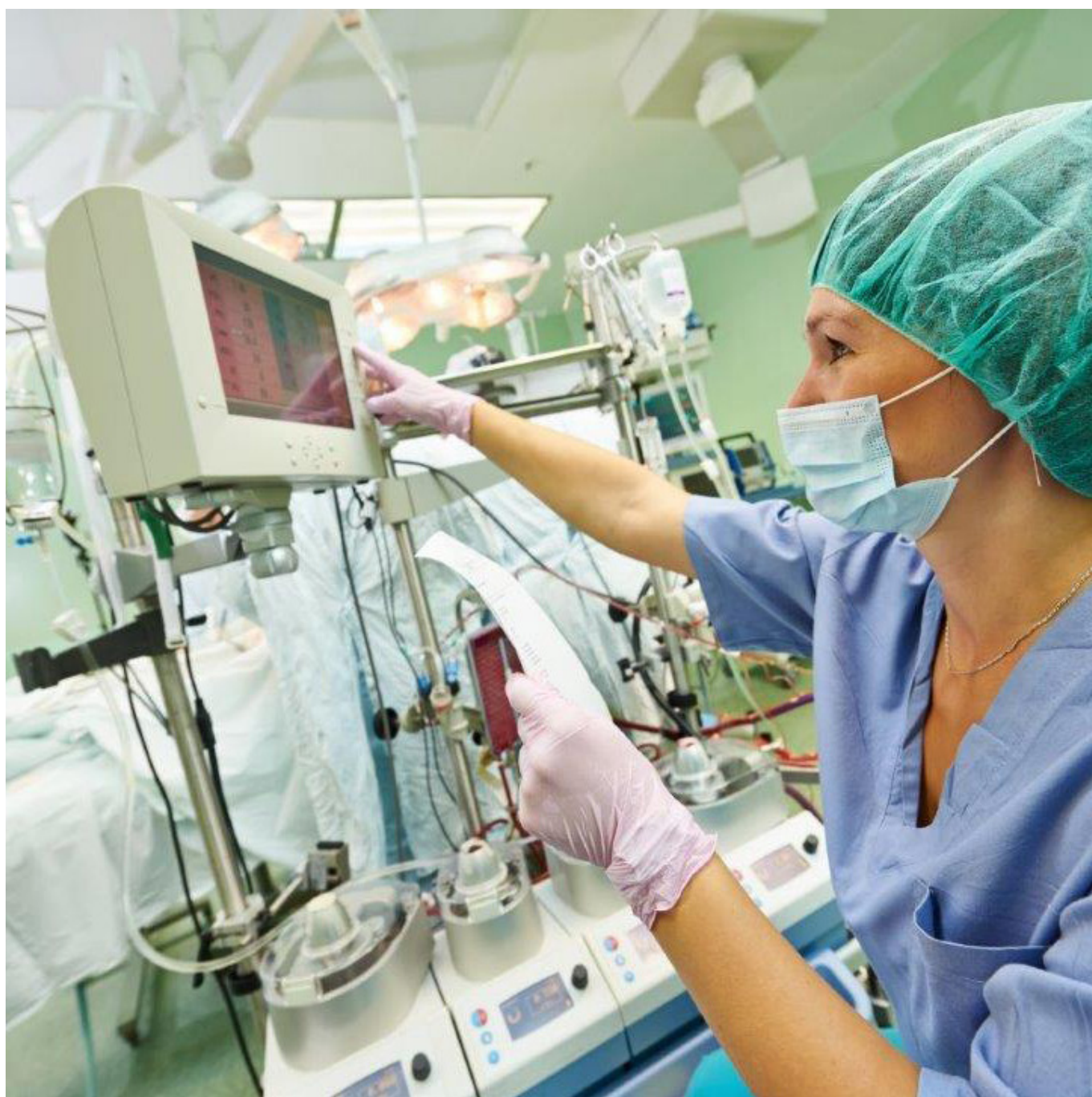
Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej i innymi aktami prawnymi, pacjent, który odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne powinien mieć zagwarantowane świadczenia zdrowotne realizowane przez profesjonalistów z odpowiednimi kwalifikacjami, wykonywane z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowa-

niem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, przy wykorzystaniu wskazań aktualnej wiedzy medycznej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych tworzenie przepisów prawnych ułatwiających przyuczanie do wyspecjalizowanych czynności zawodowych osób spoza grupy profesjonalistów, doprowadzi do chaosu kompetencyjnego, którego konsekwencją będzie realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów oraz zwiększy ryzyko wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*



Warszawa, 29 grudnia 2020 r.

OPINIA PRAWNA

Na zlecenie: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Sporządzający: Kancelaria Lazer & Hudziak Adwokaci i Radcowie Prawni S.K.A.

Przedmiot opinii: ocena zasadności przechowywania / zwrotu dokumentacji medycznej pielęgniarek i położnych / skróconych odpisów aktów urodzenia dzieci pielęgniarek i położnych / orzeczeń o niepełnosprawności dzieci pielęgniarek i położnych / orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego dzieci pielęgniarek i położnych / orzeczeń o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy / zaświadczeń o inwalidztwie pielęgniarek i położnych / dokumentacji związanej z samotnym wychowywaniem dziecka przez pielęgniarki i położne / zaświadczeń wydawanych przez lekarza orzecznika ZUS w zakresie stwierdzenia obciążenia pielęgniarek i położnych chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczenia choroby przewlekłej mającej wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną / zaświadczeń lekarzy specjalistów w zakresie stwierdzenia obciążenia pielęgniarek i położnych chorobami przewlekłymi, na których przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii lub orzeczenia choroby przewlekłej mającej wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną przesyłanych do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) i okręgowych rad pielęgniarek i położnych bez uprzedniego wezwania, poza ramami postępowania administracyjnego, których stroną jest pielęgniarka i położna, która to przedmiotową dokumentację przekazuje. Przedmiotowej dokumentacji towarzyszy pismo przewodnie, w którym nie jest sformułowany żaden wniosek czy żądanie sformułowane przez osobę składającą ww. dokumentację.

Stan faktyczny: W związku z tym, że przesłankami wyłączenia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii zgodnie z art. 47 ust. 3 i 3a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi są okoliczności związane ze stanem zdrowia pielęgniarki i położnej, jej dzieci, dietności, wieku dzieci, wychowania się dzieci pielęgniarki lub położnej w pełnej rodzinie, a wojewodowie oraz Minister Zdrowia utrzymują, że w świetle art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wykaz, o którym mowa w tym przepisie, musi wyłącznie zawierać dane pielęgniarek i położnych, które nie podlegają wyłączeniu od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w rozumieniu art. 47 ust. 3 i 3a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Minister Zdrowia i wojewodowie oczekują od samorządu zawodowego

pielęgniarek i położnych weryfikacji istnienia przedmiotowych okoliczności na etapie sporządzania przedmiotowego wykazu pielęgniarek i położnych.

Podstawy prawne:

- 1) Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845, 2112 z późn. zm.),
- 2) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945, 1493 z późn. zm.),
- 3) Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, 695, 1298 z późn. zm.) - dalej: k.p.a.,
- 4) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: rozporządzenie 2016/679 lub RODO).

Ocena prawna:

Brak obowiązku / uprawnienia do zbierania danych stanowiących negatywną przesłankę do wydania decyzji do skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii

Ani Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ani Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych nie są uprawnione / zobowiązane do przetwarzania danych zawartych we wskazanej w przedmiocie niniejszej opinii dokumentacji w sposób wskazany poniżej. W szczególności nie podlegają one ujawnieniu w rejestrach pielęgniarek i położnych prowadzonych zgodnie z art. 44 ust. 1 i art. 43 ust. 1 oraz 48 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi nie stanowi podstawy prawnej do przetwarzania tego rodzaju danych. Brak w przedmiotowym przepisie lub mu towarzyszącym jednoznacznego upoważnienia ustawowego do prowadzenia jakichkolwiek czynności na tego rodzaju danych osobowych. Odpowiednio brak obowiązku wydania przedmiotowych danych przez pielęgniarki i położne na żądanie organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Zauważyć przy tym należy, że w myśl art. 47 ust. 4a ustawy o ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi znalazło się wyraźne uprawnienie do przetwarzania danych osobowych zawartych w wykazach przez odpowiednio wojewodę lub Ministra Zdrowia. Milczenie ustawodawcy co do upoważnienia dla organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych należy uznać za znaczące.

Przede wszystkim, należy podkreślić, że za taką podstawę nie można uznać sformułowania użytego w tym przepisie, o następującej treści: „osób, które mogą być skierowane do pracy przy zwalczaniu epidemii”. Określenie to jest na tyle dalekie od precyzji, że nie sposób utrzymać, by mogło stanowić podstawę do przetwarzania tzw. danych osobowych wrażliwych, tj. dotyczących stanu zdrowia, dietności, stanu zdrowia dzieci, wychowywania się dziecka w pełnej rodzinie lub nie, a przecież właśnie tego rodzaju okoliczności stanowią negatywne przesłanki skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. Poza tym, należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 47 ust. 2a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w przypadku występowania niektórych negatywnych przesłanek skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, decyzja o skierowaniu może być wydana za zgodą pielęgniarki i położnej. Nie można jednak wywodzić obowiązku samorządu pielęgniarek i położnych do pozyskiwania oświadczeń od pielęgniarek i położnych, czy taką zgodę wydadzą.

Wreszcie przesłanki negatywne do wydania decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii powinny być weryfikowane w ramach postępowania wyjaśniającego poprzedzającego wydanie przedmiotowej decyzji przez organ umocowany do jej wydania, tj. Ministra Zdrowia lub wojewodę (art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych). Organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych nie biorą udziału w tego rodzaju postępowaniu.

Powyższe znajduje potwierdzenie w stanowisku PUODO z 8 grudnia 2020 r. wydanym na zapytanie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: „*Biorąc jednak pod uwagę przepisy o ochronie danych osobowych kluczowe znaczenie ma okoliczność, że pracownik podmiotu leczniczego, którego dane zostały przekazane ma prawo odwołać się od takiej decyzji wojewody lub ministra właściwego do spraw zdrowia. Tak więc w ocenie Urzędu Ochrony Danych Osobowych to na tym etapie powinny być przetwarzane ewentualne dane dotyczące stanu zdrowia tego pracownika i jego szczególnej sytuacji osobistej (ciąża, dane dotyczące ich dzieci).*”

Przedstawione stanowisko Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych nie odnosi się w sposób jednoznaczny pozytywnie do możliwości przetwarzania danych szczególnych kategorii pielęgniarek i położnych. Możliwość taka brana jest pod uwagę wyłącznie w sytuacji postępowania odwoławczego od decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii.

Ocena zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych, które nie są elementem Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych oraz odpowiednio właściwych rejestrów okręgowych izb pielęgniarek i położnych leży w gestii powołanego w danej Izbie Inspektora Ochrony Danych Osobowych oraz właściwych inspektorów w okręgowych izbach pielęgniarek i położnych. Nie ulega jednakże wątpliwości, iż dane osobowe w tym także dane szczególnych kategorii, które mogłyby być uzyskane bądź już zostały uzyskane bez powołania się na należytą podstawę prawną co do zasady naruszają zasady wynikające wprost z przepisów RODO tj. zasadę legalności, minimalizacji danych oraz adekwatności.

Abstrahując od szczególnej kategorii danych osobowych, którym poświęcona jest opinia, podstawą przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO wskazujący, iż można przetwarzać dane osobowe, gdy jest to „niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze” i „niezbędne do wykonywania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi”.

Jednakże w obu wymienionych przypadkach zarówno zadania, jak i sprawowanie władzy publicznej muszą zostać sprecyzowane w przepisach czy to krajowych, czy to unijnych, a więc należy znać i podać konkretną podstawę prawną zadania publicznego lub władzy publicznej.

Zakresem pozyskiwanych w sposób określony w przedmiocie opinii danych mogą być objęte dane wrażliwe, czyli odnoszące się do szeroko rozumianego stanu zdrowia zarówno pielęgniarzek i położnych jak i ich dzieci, ale również pośrednio odnoszące się do orientacji seksualnej wobec informacji o posiadanych dzieciach, pozostawaniu w związku małżeńskim z osobą płci przeciwnej. Zgodnie z RODO przetwarzanie tego rodzaju danych jest co do zasady zakazane (art. 9 ust. 1 RODO). Przepisy przewidują jednakże wyłączenia od takowego zakazu, m.in. wyrażenie wyraźnej zgody przez osobę, której dane dotyczą. W sytuacji opisanej brak jednoznacznych podstaw, by budować twierdzenie o zgodzie na przetwarzanie przedmiotowych danych osobowych.

Kolejną możliwą podstawą przetwarzania tego rodzaju danych jest:

- 1) niezbędność ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą (art. 9 ust. 2 lit g) RODO)
- 2) niezbędność do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia i z zastrzeżeniem warunków i zabezpieczeń, o których mowa w ust. 3 (art. 9 ust. 2 lit h) RODO).

Odnosząc powyższe, do niniejszej sprawy, należy wskazać co następuje.

Obowiązek sporządzenia wykazu, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi wobec braku dostatecznie jednoznacznie wyrażonej woli ustawodawcy wyeliminowania z niego osób, których w myśl art. 47 ust. 3 i 3a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w kontekście

powyżej przywołanych przesłanek dopuszczających przetwarzanie danych wrażliwych nie stanowi dostatecznej podstawy przetwarzania danych osobowych.

Przyjąć należy, że obowiązek przeprowadzenia postępowania administracyjnego przez daną Radę, o którym szerzej w jednostce redakcyjnej niniejszej opinii prawnej rozpoczynającej się poniżej, stanowi taką wystarczającą podstawę. Konieczność przeprowadzenia postępowania administracyjnego przez daną Radę stanowi wzgląd związany z ważnym interesem publicznym, jakim jest rozpatrzenie na rzecz każdego obywatela jego petycji lub wniosku, za który należy uznać sam fakt przedstawienia bez wezwania dokumentów zawierających dane osobowe, bez przetwarzania tych danych w szerszym zakresie. Ponadto, kierunek postępowania administracyjnego wszczętego przez Radę, w zależności od doprecyzowania wniosku, może służyć poinformowaniu organu właściwego (MZ lub wojewody) o istnieniu przesłanek negatywnych skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, a więc podjęciu pracy w takich warunkach, co stanowi odrębną podstawę-wyjątek od generalnego zakazu przetwarzania danych wrażliwych.

Podjęcie decyzji o przetwarzaniu danych osobowych, które dotychczas nie były pozyskiwane oraz przetwarzane przez daną Radę wymaga podjęcia konkretnych kroków przez Inspektora Ochrony Danych Osobowych tj. weryfikacja podstawy prawnej przetwarzania bądź uzyskanie odpowiednich zgód, zachowując przy tym zasadę rozliczalności, spełnienie obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawców, przeprowadzenie analizy ryzyka, uzupełnienie rejestrów czynności przetwarzania danych osobowych, a także przeprowadzenie oceny skutków dla ochrony danych – DPIA. Niewątpliwie zadbanie o bezpieczeństwo fizyczne oraz informatyczne nowych pozyskanych danych jest niezwykle istotne. W przeciwnym przypadku NRPiP oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych mogą narazić się na odpowiedzialność finansową z tego tytułu.

Obowiązek przeprowadzenia postępowania administracyjnego

Wobec braku w piśmie przewodnim, do którego dołączana jest przedmiotowa dokumentacja, zgodnie z art. 64 par. 2 k.p.a. sformułowania konkretnego wniosku/żądania należy wezwać osobę składającą przedmiotowe pismo do sformułowania żądania/wniosku wobec organu do, do którego pismo zostało złożone, wyznaczając na to termin 7 dni, informując jednocześnie o pozostawieniu pisma bez rozpoznania po bezskutecznym upływie tego terminu. Należy jednoznacznie podkreślić, iż brak sprecyzowania wniosku/żądania wnioskodawcy powoduje brak podstawy prawnej, będącej warunkiem legalności przetwarzania danych osobowych, w tym danych wrażliwych wnioskodawcy. Dokumentacja udostępniana przez wnioskodawców NRPiP oraz okręgowym radom zawiera dane osobowe, które do tej pory nie stanowiły elementu przetwarzania przez te podmioty. Tym samym administrator danych osobowych zobowiązany jest do uzyskania jednoznacznej zgody od wnioskodawcy do przetwarzania takowych informacji. Jedynie wszczęcie postępowania administracyjnego na jasny

wniosek/żądanie wnioskodawcy stanowi element legalizujący możliwość rozpatrzenia przesłanej dokumentacji. Ujęcie w piśmie wniosku/żądania jest zatem nie tylko elementem pozwalającym na wszczęcie postępowania administracyjnego przez NRPiP bądź okręgowe rady, ale przede wszystkim daje podstawę prawną do oceny przesłanego wniosku oraz dokumentacji wnioskodawcy.

Należy wyjaśnić wnioskodawcy, że zasadniczo możliwe są w tym wypadku 2 (dwa) rodzaje żądania:

- 1) żądanie niekierowania wobec wnioskodawcy decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych,
 - a) przez wojewodę,
 - b) przez Ministra Zdrowia.
- 2) żądanie nieujmowania wnioskodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych.

Przy tym wskazać należy wnioskodawcy, że w przypadku, opowiedzenia się wnioskodawcy za pierwszym żądaniem wniosek wraz załącznikami zostanie skierowany zgodnie z właściwością odpowiednio do wojewody bądź Ministra Zdrowia zgodnie ze wskazaniem wniosku/uzupełnionego wniosku. Zaś w wypadku sformułowania żądania nieujmowania wnioskodawcy w wykazie, wniosek ten zostanie pozostawiony bez rozpoznania.

W przypadku braku uzupełnienia przedmiotowych braków wniosku przez wnioskodawcę w terminie, tj. sformułowania jednego z dwóch żądań opisanych powyżej, należy wydać postanowienie o pozostawieniu pisma bez rozpoznania i pouczyć o prawie złożenia zażalenia. Złożone dokumenty pozostają w aktach sprawy.

W przypadku sformułowania wniosku/podania o nieujmowanie wnioskodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, bądź uzupełnienie wskazanych powyżej braków pisma w ten sposób, należy zgodnie z art. 61a par. 1 zd. 1 k.p.a. wydać postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania z innych uzasadnionych przyczyn, informując w jego uzasadnieniu, że zgodnie z art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi okręgowe rady pielęgniarek i położnych nie są upoważnione/zobowiązane do zbierania i dalszego przetwarzania tego rodzaju danych oraz brak podstawy prawnej do żądania przez członków samorządu ujawnienia tych danych ich dotyczących w przedmiotowym wykazie. Dodatkowo w uzasadnieniu można wskazać, że przedmiotowa dokumentacja powinna zostać złożona w ramach postępowania wyjaśniającego dotyczącego postępowania o skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii lub przy odwołaniu od ewentualnej decyzji o skierowaniu do

pracy przy zwalczaniu epidemii. Przedmiotowe postanowienie powinno zawierać pouczenie o prawie zażalenia.

Jednocześnie zgodnie z art. 61a par. 1 zd. 2 w zw. z art. 61 par. 5 k.p.a. należy przesłać wnioskodawcy informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679, w zakresie danych przetwarzanych przez organ przekazujący (informacje podawane w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą, podawane w ramach toczącego się postępowania administracyjnego).

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO), administrator danych tj. w tym przypadku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych zobowiązane są do realizacji obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawców. Nałożone na administratora obowiązki informacyjne i odpowiadające im po stronie podmiotu danych (tu: wnioskodawca) uprawnienia informacyjne stanowią przejaw realizacji zasady przejrzystości przetwarzania dla osoby, której dane dotyczą, określonej w art. 5 ust. 1 lit. a RODO.

Należy także podkreślić, że obowiązek informacyjny wiąże administratora niezależnie od tego, czy podmiot danych dostarcza informacji stanowiących jego dane osobowe z własnej inicjatywy, czy na skutek działań podjętych przez administratora. W omawianym stanie, wnioskodawca powinien zatem zostać poinformowany o nowym celu przetwarzania jego danych osobowych. Bez względu na rodzaj przedstawionego przez wnioskodawcę żądania wraz z przedłożeniem do administratora dokumentacji, administrator będzie zobligowany do spełnienia obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawcy.

Forma i sposób realizacji obowiązku informacyjnego wobec wnioskodawcy jest dowolna, jednakże należy mieć na względzie obowiązującą zasadę rozliczalności tj. możliwość wykazania spełnienia obowiązku wobec wnioskodawcy. Dopuszczalna jest zatem także forma elektroniczna. W przypadku ewentualnego sporu dotyczącego przekazania informacji wskazanych w komentowanym artykule ciężar wykazania, że został on należycie zrealizowany, będzie spoczywał na administratorze. Jest to szczególnie istotne z uwagi na konsekwencje naruszenia prawa osoby, której dane dotyczą, do uzyskania wskazanych powyżej informacji. Zarówno sam fakt, jak i stopień realizacji obowiązku informacyjnego podlegają badaniu ze strony organu nadzorczego.

Zaś w przypadku sformułowania wniosku/podania o niekierowanie decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych bądź uzupełnienia wskazanych powyżej braków pisma w ten sposób, należy zgodnie z art. 65 par. 1 zd. 1 k.p.a. przekazać wniosek wraz załączoną dokumentacją odpowiednio do wojewody lub Ministra Zdrowia, w zależności od udzielonej odpowiedzi przez wnioskodawcę. W takim wypadku w aktach sprawy pozostawia się adnotację o przekazaniu wniosku wedle właściwości, nie pozostawiając w aktach jego odpisu ani odpisu załączników do niego.

Jednocześnie zgodnie z art. 65 par. 1 zd. 2 k.p.a. należy powiadomić Wnioskodawcę o przekazaniu wniosku wedle właściwości. Zawiadomienie w świetle art. 65 ust. 1a k.p.a. powinno zawierać informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679, w zakresie danych przetwarzanych przez organ przekazujący (informacje podawane w przypadku zbierania danych od osoby, której dane dotyczą podawane w ramach toczącego się postępowania administracyjnego).

Podsumowanie i wnioski końcowe:

NRPiP oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych nie mają obowiązku zwracania pielęgniarce lub położnej przesłanej przez nią dokumentacji opisanej w przedmiocie opinii. Należy jednak przeprowadzić postępowanie w celu ustalenia przedmiotu żądania wnioskodawcy. Jeśli żądanie będzie dotyczyło nieujmowania wnioskodawcy w wykazie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wniosek pozostaje bez rozpoznania, a przekazana dokumentacja pozostaje w aktach sprawy. Jeśli zaś żądanie będzie dotyczyło skierowania do wnioskodawcy decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii, o której mowa w art. 47 ust. 2 i 4 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych, wniosek należy przekazać wedle właściwości odpowiednio wojewodzie lub Ministrowi Zdrowia. Brak sformułowania żądania skutkować będzie pozostawieniem sprawy bez rozpoznania, z czym nie wiąże się obowiązek zwrotu wniosku ani załączonej do niej dokumentacji. W każdym przypadku należy pouczyć wnioskodawcę o prawie wniesienia środka zaskarżenia.


Joanna Lazer
advokat



ELEKTRONICZNA SKRZYNKA PODAWCZA

Elektroniczna Skrzynka Podawcza (ESP) jest usługą, która pozwala obywatelowi na elektroniczne przesłanie pisma do urzędu, a urzędowi pozwala na gromadzenie pism poprzez platformę E-PUAP. Wystarczy udać się na stronę ePUAP.gov.pl i kliknąć w "Zaloguj się". Logowanie może się odbyć przez login i hasło do Profilu Zaufanego, albo przez bank.

Jak wysłać dokument do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu?

Logujemy się do konta na platformie E-PUAP, klikamy w zakładkę „Katalog Spraw” a następnie „Sprawy ogólne -> pisma do urzędu”.

The screenshot shows the ePUAP portal interface. At the top, there are navigation tabs: STREFA KLIENTA, STREFA URZĘDNIKA, WYSOKI KONTRAST, Zadaj pytanie/Zgłoś uwagę, Dostępność, and English. Below this is a search bar with the text 'Szukaj w całym portalu' and a search icon. To the right of the search bar is a 'Moja Skrzynka' (My Mailbox) icon. Below the search bar are three main navigation buttons: KATALOG SPRAW, AKTUALNOŚCI, and POMOC. Under 'KATALOG SPRAW', there is a sub-section 'Znajdź urząd, w którym chcesz załatwić sprawę' with a search bar containing 'okręgowa izba' and a search icon. To the right of this search bar is a 'Ulubione urzędy' (Favorite offices) button. Below the search bar are four categories of cases, each with a red arrow pointing to it: 'Koronawirus' (with sub-items: Kwarantanna domowa), 'Dziecko' (with sub-items: Narodziny dziecka, Odpis aktu urodzenia dziecka, Zamiędownie dziecka, Rodzina 500+), 'Sprawy ogólne' (with sub-items: Pisma do urzędu kwarantanna, Wpłaty obowiązkowe), and 'Odpis Aktu Stanu Cywilnego' (with sub-item: Odpis urodzenia, małżeństwa oraz zgonu). Each category has a 'Najczęściej załatwiane sprawy' (Most frequently processed cases) button.

Po kliknięciu w „Pisma do urzędu” pokaże się lista spraw, należy rozwinąć listę poprzez kliknięcie w **POKAŻ WIĘCEJ...**

The screenshot shows a list of 'Sprawy ogólne (66)'. At the top right of the list is a close button (X). Below the title are four filter buttons: 'Najczęściej załatwiane sprawy', 'Pisma do urzędu' (which is selected), 'Kwarantanna', and 'Wpłaty obowiązkowe'. The list contains 16 items, each with a truncated title. At the bottom of the list is a 'Pokaż więcej (48)' button with a dropdown arrow.

Na liście należy wyszukać „Pismo ogólne do podmiotu publicznego”

The screenshot shows a list of search results. A red arrow points to the first result: 'Pismo ogólne do podmiotu publicznego'. Other results include: 'Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej', 'Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za poprzedni rok', 'Ponaglenie związane z niezakończoną sprawą w terminie lub prze...', 'Wsparcie imprez lub przedsięwzięć w ramach promocji Powiatu Kro...', 'Wydanie decyzji dotyczącej zmiany terminu zakończenia badań arc...', 'Wydanie dowodu pierwszeństwa dla znaku towarowego, wynalazku...', 'Wydanie orzeczenia lub opinii o potrzebie wczesnego wspomagan...', and 'Wydanie wyługu z rejestru prowadzonego przez Urząd Patentowy...'.

Wybieramy „Załatw sprawę”

Sprawy ogólne: Pisma do urzędu

Zobacz inne sprawy

Pismo ogólne do podmiotu publicznego

Pismo ogólne przeznaczone jest do tworzenia pism w postaci elektronicznej wnoszonych za pomocą elektronicznej skrzynki podawczej lub doręczanych przez podmioty publiczne za potwierdzeniem doręczenia, w przypadkach gdy łącznie spełnione są następujące warunki:

- organ administracji publicznej nie określił wzoru dokumentu elektronicznego umożliwiającego załatwienie danej sprawy,
- przepisy prawa nie wskazują jednoznacznie, że jedynym skutecznym sposobem przekazania informacji jest jej doręczenie w postaci papierowej.



Załatw sprawę ▶

Wyszukujemy OIPIp w Wałbrzychu i wypełniamy kolejne obowiązkowe punkty. Dodajemy załączniki, sprawdzamy poprawność danych i wybieramy „Dalej” a następnie „Przejdź do podpisu” „Podpisz podpisem zaufanym” (jeśli masz profil zaufany) lub „Podpisz podpisem kwalifikowanym” (jeśli masz podpis elektroniczny)

Pismo ogólne do podmiotu publicznego

Wybierz urząd lub instytucję, do której składasz pismo *

Okręgowa Izba pielęgniarek i położnych w Wałbrz

OKRĘGOWA IZBA PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU (58-300 WAŁBRZYCH, WOJ. DOLNOŚLĄSKIE)

Wybierz rodzaj pisma, nadaj mu tytuł i opisz swoją sprawę

Rodzaj pisma *

Wybierz rodzaj pisma ▼

Tytuł pisma *

Wpisz tytuł pisma

Treść pisma *

Wpisz treść pisma

Załączniki

Możesz dołączyć do pisma załączniki

Dodaj załącznik

Dodaj plik z dysku

Opis załącznika

Opisz załącznik

+ Dodaj kolejny załącznik

Dane kontaktowe

Sprawdź poprawność swoich danych

ⓘ Wpisz swój adres e-mail i numer telefonu, aby umożliwić urzędnikowi kontakt w sprawie pisma. Może to przyspieszyć załatwienie sprawy.

Imię *

Wpisz imię

Wypełnij wymagane pole

Nazwisko *

Wpisz nazwisko

Wypełnij wymagane pole

Numer PESEL

Wpisz numer PESEL

Numer telefonu

Wpisz numer telefonu

Adres e-mail

Wpisz adres e-mail

Odpowiedź dostaniesz na skrzynkę ePUAP (Gov).
Chcesz ją dostać pocztą tradycyjną? [Kliknij tutaj](#)

WAŻNE

Proszę sprawdzić w skrzynce czy pismo zostało wysłane. Należy wejść w skrzynkę odbiorczą na stronie głównej PUAP i poszukać Urzędowego Poświadczenia Przedłożenia- **UPP** poświadczająca, że pismo wpłynęło do OIPIp.

Informacja dostępna na www.oipip.walbrzych.pl

PODARUJ 1%

Zostań
Aniołem Hospicjum



POMÓŻ UKOIĆ BÓL

Wałbrzyskie Hospicjum
Podaruj nam



KRS 0000047710

FUNDACJALEMURA.PL

PRZEKAŻ 1% PODATKU NA
WSPARCIE PACJENTÓW
ONKOLOGICZNYCH

KRS 0000726533

Szyjemy poduszki rehabilitacyjne, które wspierają
kobiety po mastektomii na Dolnym Śląsku



Fundacja
Lemura



DI WIDZIMY PRZED NAMI WIDZIE

POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB
Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM
KOŁO W ŚWIDNICY
organizacja pożytku publicznego

ul. K. Słobódzkiego 28, 58-105 Świdnica
tel./fax 74 850 13 88
NIP: 884 27 10 137

Pomóż nam rozwinąć skrzydła
dzieciom niepełnosprawnym

Przekaż nam Twój 1% podatku
to 100 % serca

KRS 0000 350036

www.psouu.swidnica.pl
e-mail: zk.swidnica@psouu.org.pl





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

Edward L. Trudeau

