

BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK POŁOŻNYCH



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych

5

/2021
WAŁBRZYCH
ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ DYPLOM PRYZNANIA STATUETKI Z OKAZJI JUBILEUSZU 30-LECIA SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 2 ◆ NAGRODA KRÓLOWEJ SYLWII QUEEN SILVIA NURSING AWARD
- 3 ◆ PROTEST PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA
- 6 ◆ POSTULATY OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU PROTESTACYJNO-STARJKOWEGO
- 8 ◆ LIST OTWARTY PRZEDSTAWICIELI ORGANIZACJI SZPITALNYCH
- 10 ◆ STANOWISKO ZARZĄDU GŁÓWNEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO
- 12 ◆ KOMUNIKAT OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU PROTESTACYJNO-STARJKOWEGO
- 15 ◆ NAPRAWA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA
- 16 ◆ STANOWISKO PREZYDIUM OZZPIP
- 20 ◆ WSPÓŁCZYNNIKI PRACY – ZAŁĄCZNIK DO USTAWY Z DNIA 28.05.2021 R.

Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

- 21 ◆ PISMO PREZES NRPIP DO MINISTRA ZDROWIA
- 23 ◆ ODPOWIEDŹ Z MZ PODSEKRETARZA STANU NA PISMO PREZES NRPIP
- 26 ◆ OPINIA PRAWNA
- 29 ◆ STANOWISKO NR 54 PREZYDIUM NRPIP Z DNIA 05.10.2021 R.
- 30 ◆ STANOWISKO NR 55 PREZYDIUM NRPIP Z DNIA 05.10.2021 R.
- 32 ◆ UCHWAŁA NR 483/VII/2021 NRPIP Z DNIA 23.09.2021 R
- 34 ◆ PISMO PREZES NRPIP DO PODSEKRETARZA STANU W MZ
- 37 ◆ ODPOWIEDŹ SEKRETARZA STANU NA PISMO PREZES NRPIP
- 38 ◆ PISMO PREZES NRPIP DO MINISTRA ZDROWIA – SYSTEM INFORMACJI MEDYCZNEJ
- 40 ◆ ODPOWIEDŹ Z MZ PODSEKRETARZA STANU NA PISMO PREZES NRPIP
- 43 ◆ PISMO PRZEWODNIE PREZES NRPIP – ODPADY MEDYCZNE
- 44 ◆ PISMO PREZES NRPIP DO ZASTĘPCY GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO
- 46 ◆ ODPOWIEDŹ ZASTĘPCY GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO NA PISMO PREZES NRPIP
- 49 ◆ PISMO PRZEWODNIE PREZES NRPIP – PODWYŻSZENIE STAWKI OSOBODNIA
- 50 ◆ ODPOWIEDŹ Z AOTMIT NA PISMO PREZES NRPIP
- 51 ◆ LODY EKIPY I MIŁOŚĆ ROMEA I JULII CZYLI O TYM, CO NAS SPOTYKA, GDY CHODZIMY NA SKRÓTY
- 56 ◆ POWRÓT DO TRADYCJI
- 58 ◆ POŁOŻNICTWO – STUDIA I STOPNIA, WSZM KŁODZKO
- 60 ◆ OPINIA PRAWNA
- 62 ◆ REKOMENDACJA MZ I GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO DOTYCZY ORGANIZACJI ODWIEDZIN PACJENTÓW PRZEBYWAJĄCYCH NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH
- 67 ◆ REKOMENDACJA MZ I GŁÓWNEGO INSPEKTORA SANITARNEGO DOTYCZY ORGANIZACJI ODWIEDZIN PACJENTÓW PRZEBYWAJĄCYCH W ZOL I ZPO
- 72 ◆ POŻEGNANIE

KONSULTACJI WOJEWÓDZCY DZIEDZINACH:

- PIELĘGNIARSTWA** – dr n. zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA
UM Wydział Nauk Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 71 784 18 45, email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl
- PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – dr n. zdr. WIESŁAW ZIELONKA
Pogotowie Ratunkowe Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59–220 Legnica, tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl
- PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGII 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 Poliklinika SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław, tel.: 26 166 02 07, 608 309 310, email: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl
- PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO OPERACYJNEGO**
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny 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 NIEPEŁNOSPRAWNYCH**
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej Hospicyjnej Będkowo Sp. 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 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. 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. o.o., ul. Poświęca 8 51-128 Wrocław tel. 793 386 502, e-mail. anna.szchowska@gmail.com

**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętrowo)
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 OIPI w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**
Iwona Michańcio

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

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

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



NACZELNA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

przyznaje

Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

STATUETKĘ z okazji Jubileuszu 30-lecia samorządu pielęgniarek i położnych

Utworzenie trzydziści lat temu samorządu zawodowego było przejawem determinacji i siły tysięcy pielęgniarek i położnych wywodzących się z różnych środowisk zawodowych, politycznych i związkowych. To dzięki ich uporowi i determinacji, osoby wykonujące zawód pielęgniarki i zawód położnej, po raz pierwszy w historii, uznane zostały za odrębną grupę zawodową. Fakt ten świadczy o wysokiej świadomości obywatelskiej, poczuciu tożsamości i misji zawodowej, będących ważnym elementem statusu „zawodu zaufania publicznego”, do którego należy samorząd pielęgniarek i położnych.

Każde osiągnięcie jest miarą zaangażowania i zespołowej solidarnej pracy. Największe zasługi w sukcesach całego zawodowego środowiska mają Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, które wykonując zadania ustawowe w swoim okręgu każdego dnia, przyczyniają się do wzmocnienia pielęgniarskiego i położniczego etosu.

Dziękuję Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za codzienną odpowiedzialną pracę na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, za determinację w dążeniu do zapewnienia wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych oraz za dbałość o prestiż naszych zawodów i własny profesjonalny rozwój. Dziękuję za pracowite trzydziści lat i życzę, aby stanowiły mocną podstawę do dalszych działań na rzecz rozwoju samorządności naszych zawodów.

Z prawdziwą przyjemnością przekazuję przygotowaną przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Okręgowymi Izdami Pielęgniarek i Położnych publikację „Samorząd pielęgniarek i położnych wczoraj, dziś, jutro”. Mam nadzieję, że lektura tej książki przyniesie Państwu satysfakcję i dużo przyjemności.



Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Zofia Małas
Zofia Małas

Warszawa, 22 września 2021 r.

Warszawa, dn. 01.09.2021

Nagroda Pielęgniarska Królowej Szwecji Queen Silvia Nursing Award

Rusza szósta edycja Konkursu o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Szwecji Sylwii. Nabór wniosków poprzez platformę zgłoszeniową rusza **01 września** i będzie trwał do **01 listopada 2021**.

Nagroda Pielęgniarska Królowej Szwecji Sylwii to wyjątkowe stypendium, skierowane do wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w zawodzie oraz do studentek i studentów pielęgniarstwa.



Konkurs w Polsce odbywa się pod honorowym patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pani Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już po raz kolejny zasiądzie w Komisji Konkursowej, która wyłoni Laureata tegorocznej edycji.



„Pandemia pokazała nam, jak bardzo pielęgniarki i pielęgniarze są potrzebni. Jesteśmy na pierwszej linii frontu, zarówno w opiece szpitalnej, ale także tej domowej. W kolejnej edycji Konkursu Nagroda Pielęgniarska Królowej Szwecji Sylwii zbierane będą pomysły na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję. Osoby te bardzo ucierpiały podczas pandemii, potrzebują kompleksowej pomocy

ze strony wykwalifikowanych specjalistów. Nagroda Pielęgniarska Królowej Szwecji Sylwii to fantastyczna inicjatywa, która daje szansę ambitnym i kreatywnym osobom i jednocześnie tworzy przestrzeń do dyskusji nad koniecznością rozwinięcia opieki nad osobami starszymi.”
- mówi Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Międzynarodowa nagroda pod patronatem Jej Królewskiej Mości Królowej Szwecji Sylwii w 2021 roku będzie poświęcona najlepszym pomysłom na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję. Nagrodzone zostaną działania już wdrożone lub pomysły, które dopiero będą zrealizowane.

Rok 2021 został ogłoszony przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) „Rokiem Pracowników Ochrony Zdrowia” w uznaniu dla ich zaangażowania w zapewnienie opieki podczas i pomimo trwającej wciąż pandemii COVID-19, która od długiego czasu stanowi wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej na całym świecie. Pandemia bardzo odbiła się na ludziach starszych. Pozostawali oni przez bardzo długi czas w izolacji, która stała się dla wielu osób w podeszłym wieku groźniejsza niż sam koronawirus. Dlatego w roku 2021 mamy powrót tematyki konkursu do zbierania kreatywnych pomysłów na poprawę opieki nad pacjentami, ze szczególnym uwzględnieniem korzyści dla osób starszych lub cierpiących na demencję.



Nagrodą w konkursie jest stypendium w wysokości 25 000 zł oraz staż.

Nagroda została ustanowiona 23 grudnia 2013 r. przez organizację Swedish Care International jako prezent dla Jej Królewskiej Mości Królowej Sylwii z okazji urodzin. Laureat odbiera Nagrodę z rąk Królowej podczas uroczystej gali w Sztokholmie. W czasie spotkania zwycięzcy ze wszystkich krajów wygłaszają przemówienie na temat swojego pomysłu.

Konkurs ma charakter międzynarodowy i równolegle jego edycje odbywają się w Szwecji, Finlandii, Niemczech, na Litwie, na Uniwersytecie Waszyngtońskim w USA oraz w Brazylii. W polskiej edycji konkursu biorą udział prace nadesłane przez osoby, które są w trakcie edukacji w polskiej uczelni lub pracują jako pielęgniarka i pielęgniarz. Za organizację konkursu w Polsce odpowiada Fundacja Medicover.

ZGŁOSZENIA MOŻNA WYSYŁAĆ DO 1 LISTOPADA 2021r.

na stronie internetowej:

https://qsna.awardsplatform.com/?language=pl_PL

Naszym wspólnym celem jest umożliwienie rozwoju przyszłym pielęgniarkom i pielęgniarzom, dlatego też uprzejmie proszę o przekazanie informacji o konkursie o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii osobom z Państwa otoczenia, które są uprawnione do udziału w konkursie, czyli do wszystkich pielęgniarek i pielęgniarzy oraz studentów pielęgniarstwa.

Więcej informacji o konkursie znajduje się na stronie www.queensilvianursingaward.pl

Pytania dotyczące zasad konkursu należy kierować do koordynatora projektu: Anna Jonarska, anna.jonarska@medicover.pl, tel. +48 601 259 677.

NIE MOGŁO NAS ZABRAKNAĆ

11 WRZEŚNIA 2021

- WARSZAWA -

PROTEST PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA



**OGÓLNOPOLSKI KOMITET PROTESTACYJNO-STRAJKOWY
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**





**OGÓLNOPOLSKI KOMITET
PROTESTACYJNO-STRAJKOWY
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

**POSTULATY
OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU
PROTESTACYJNO-STRAJKOWEGO
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA
na spotkanie z Premierem RP
- 10 września 2021 -**

1. Natychmiastowa zmiana ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw – tabela w załączniku nr 1.
2. Realny wzrost wyceny świadczeń medycznych oraz ryczałtów o 30% oraz dobokaretki w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne o 80% od 1 października 2021 roku oraz zobowiązanie AOTMIT do przeprowadzenia ponownej wyceny wszystkich świadczeń do 30 listopada 2022 roku.
3. Zatrudnienie dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego (sekretarki medyczne, rejestratorki, opiekunowie medyczni) oraz wprowadzenie norm zatrudnienia uzależnionych od liczby pacjentów.
4. Zapewnienie zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego i stworzenie systemu ochrony pracowników przed agresją słowną i fizyczną pacjentów.
5. Stworzenie na warunkach chroniących medyków i pacjentów odpowiedniego systemu rejestrowania zdarzeń medycznych niepożądanych (no-fault).
6. Rezygnacja z tworzenia nowych zawodów medycznych przy jednoczesnym efektywniejszym wykorzystaniu obecnych zawodów medycznych poprzez stworzenie im możliwości kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego rozszerzających ich kompetencje.
7. Wprowadzenie urlopów zdrowotnych po 15 latach pracy zawodowej.
8. Uchwalenie ustaw o medycynie laboratoryjnej, zawodzie ratownika medycznego i innych zawodach medycznych.

Załącznik 1 do postulatu nr 1 - Zmiana ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw – tabela.

Grupy zawodowe według kwalifikacji posiadanych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik podstawowy	Współczynnik podwyższający wynagrodzenie zasadnicze
Zawody niemedyczne i medyczne nieokreślone w tabeli poniżej	0,8 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia

Zawody niemedyczne i medyczne nieokreślone w tabeli poniżej po 5 latach pracy w zawodzie	1,0 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia
Zawody niemedyczne i medyczne nieokreślone w tabeli poniżej po 10 latach pracy w zawodzie	1,2 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia
ZAWODY MEDYCZNE: technik elektroradiologii /elektoradiolog, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, fizjoterapeuta, farmaceuta szpitalny wchodzący do systemu	1,3 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia
ZAWODY MEDYCZNE: technik elektroradiologii /elektoradiolog, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, fizjoterapeuta, farmaceuta szpitalny po 5 latach pracy w zawodzie	1,5 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia oraz dodatkowo + 0,2 średniej krajowej za specjalizację
ZAWODY MEDYCZNE: technik elektroradiologii /elektoradiolog, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, diagnosta laboratoryjny, technik analityki medycznej, fizjoterapeuta, farmaceuta szpitalny po 10 latach pracy w zawodzie	1,8 średniej krajowej	+ 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe I stopnia oraz dodatkowo + 0,1 średniej krajowej za wyższe wykształcenie kierunkowe II stopnia oraz dodatkowo + 0,2 średniej krajowej za specjalizację
Lekarz stażysta	1,5 średniej krajowej	-
Lekarz bez specjalizacji	2,0 średniej krajowej	-
Lekarz w trakcie specjalizacji	2,2 średniej krajowej	-
Lekarz specjalista	3,0 średniej krajowej	-

List Otwarty
Przedstawicieli Organizacji Szpitalnych
w związku z Akcją Protestacyjną Pracowników Ochrony Zdrowia,
zaplanowaną na 11 września 2021 roku

Jako pracodawcy: dyrektorzy i prezesi polskich szpitali popieramy postulaty zgłaszane przez protestujących pracowników ochrony zdrowia. Wspieramy starania o godne warunki pracy i płacy.

Od lat znaczna część świadczeń zdrowotnych jest wyceniana poniżej kosztów. Negatywnie wpływa to na wynagrodzenia pracowników.

Ostatnie decyzje placowe Ministerstwa Zdrowia destabilizują system wynagrodzeń, antagonizują grupy zawodowe w ochronie zdrowia, utrudniają pracodawcom możliwość zarządzania placami.

Uzasadnienie

Ustawa o minimalnym wynagrodzeniu w ochronie zdrowia spowodowała podziały wśród pracowników. Niektórym grupom zawodowym podniesiono wynagrodzenie - inne pominięto. Wywołuje to słuszne oburzenie i poczucie niesprawiedliwości.

Nowe regulacje placowe wywołały antagonizmy wśród pielęgniarek. Zawiedzeni są ratownicy medyczni. W podobnej sytuacji znajdują się m.in. szpitalni fizjoterapeuci i pracownicy laboratoriów.

W nowych przepisach zapomniano o podwyższeniu wynagrodzeń pracownikom medycznym, zatrudnionym na kontraktach i innych umowach cywilnoprawnych. W niektórych szpitalach to większość zatrudnionych. Pominięto pracowników administracji i obsługi technicznej – często wysokiej klasy specjalistów. Nie przewidziano podwyżek dla pielęgniarek oddziałowych, ordynatorów, koordynatorów, kierowników pracowni itp.

Publiczne szpitale w Polsce finansowane przez NFZ nie są w stanie sprostać oczekiwaniom placowym grup zawodowych pominiętych w ustawie. Wbrew informacjom z Ministerstwa szpitale nie otrzymują środków finansowych na ten cel. Zaspokojenie ww. oczekiwań ze środków własnych, to dla większości szpitali pogorszenie wyniku, zadłużanie się, niewypłacalność, widmo likwidacji.

Dlatego, popierając słuszne postulaty pracowników ochrony zdrowia, oczekujemy pilnego wzrostu finansowania szpitali, dostosowania wyceny świadczeń do kosztów. Apelujemy o wstrzymanie działań, których efektem są konflikty na tle placowym pomiędzy pracownikami a pracodawcami, między grupami zawodowymi, czy wewnątrz tych grup.

Z poważaniem

Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali
Prezes Zarządu Waldemar Malinowski

Waldemar Malinowski
Waldemar Malinowski
Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych

Polska Federacja Szpitali
Prezes Zarządu Jarosław Fedorowski

Jarosław Fedorowski

Stowarzyszenie Szpitali Małopolski
Prezes Zarządu Adam Styczeń

Adam Styczeń

Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych
Prezes Zarządu Remigiusz Pawelczak

Prezes Zarządu
Wielkopolskiego Związku Szpitali Powiatowych
Remigiusz Pawelczak
Remigiusz Pawelczak

Związek Szpitali Powiatowych Województwa Śląskiego
Prezes Zarządu Władysław Perchaluk

Prezes
Związku Szpitali Powiatowych
Województwa Śląskiego
Władysław Perchaluk
Władysław Perchaluk

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Andrzej Matyja

PREZES
Naczelnej Rady Lekarskiej
Andrzej Matyja
prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

6 września 2021 roku



POLSKIE TOWARZYSTWO PIELEŃNIARSKIE
ZARZĄD GŁÓWNY
01-842 WARSZAWA, Al. Reymonta 8 / 12
POLISH NURSES ASSOCIATION - GENERAL COUNCIL

Stanowisko Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
w sprawie akcji protestacyjnej środowisk medycznych z dnia 11 września 2021

Wobec braku efektywnych działań rządu na rzecz zagwarantowania i poprawy dostępu do bezpiecznej i profesjonalnej opieki zdrowotnej, jako Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie popieramy działania środowisk medycznych prowadzone od dnia 11 września w formie ogólnopolskiej akcji protestacyjnej.

W poczuciu odpowiedzialności za stan polskiego pielęgniarstwa, jego stan kadrowy, miejsce i rolę pielęgniarki w polskim systemie ochrony zdrowia, politykę kształcenia kadr pielęgniarskich, budowanie warunków rozwoju profesji a także rozwój badań naukowych w pielęgniarstwie, nie możemy zgodzić się na wieloletnie pozorowanie przez obecny rząd działań na rzecz pielęgniarstwa.

Wobec dramatycznej sytuacji w której znajdują się polscy pacjenci, którzy z każdym kolejnym dniem tracą faktyczny dostęp do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, a podczas hospitalizacji nie mają zapewnionego dostępu do niezbędnej opieki pielęgniarskiej, nie możemy milczeć i bezkrytycznie wysłuchiwać obietnic politycznych.

Nie zgadzamy się aby decyzje dotyczące zmian systemowych oraz nowe rozwiązania legislacyjne były podejmowane wyłącznie w oparciu o przesłanki polityczne, a nie rekomendacje wypracowane przez środowiska pielęgniarskie, wiedzę ekspercką oraz determinanty zmian oparte na wynikach badań naukowych.

Wyrażamy również nasz stanowczy sprzeciw wobec prowadzonej przez obecny rząd stałej polityki dezinformacji społeczeństwa i obrażania środowisk medycznych.

Z przykrością stwierdzamy, że deprecjonowanie roli i znaczenia pielęgniarstwa w polskiej opiece zdrowotnej, jest oznaką niekompetencji decydentów sektora opieki zdrowotnej, oraz brakiem szacunku do profesjonalistów a także troski o życie Polaków.

Podkreślamy, że nasz protest zrodził się z kilkuletniego braku dialogu ze strona rządową, braku szacunku do środowisk medycznych, braku rozumienia potrzeb polskich pacjentów, a nie wyłącznie z pobudek finansowych.

Uzasadnieniem naszego stanowiska są szczegółowe wnioski dotyczące braku realizacji zgłaszanych przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie postulatów w ramach współpracy z Ministerstwem Zdrowia w okresie 2015-2021 (Załącznik 1).

dr Grażyna Wójcik
 Prezes Zarządu Głównego
 Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

tel.: +48 22 398 18 72 fax: +48 22 398 18 51 www.ptp.na1.pl e-mail: zgptpiel@gmail.com
 konto: PKO BP S.A. VII O/Warszawa, 11 1020 1156 00007202 0050 1601; REGON
 001267113;

Załącznik nr 1

do Stanowiska Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 11.09.2021r. w sprawie akcji protestacyjnej środowisk medycznych

Wykaz niezrealizowanych przez rząd postulatów PTP z okresu 2015-2021

- 1) Brak działań systemowych na rzecz wdrożenia poziomów kompetencyjnych w pielęgniarstwie: pielęgniarstwo ogólne, pielęgniarstwo specjalistyczne, pielęgniarstwo zaawansowanej praktyki APN - rekomendacje Międzynarodowej Rady Pielęgniarek 2002, Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarskich 2015, i zapisy dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarsstwa i Położnictwa w Polsce” 2019.
- 2) Zaniechanie realizacji większości działań zapisanych w dokumencie pn. „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarsstwa i Położnictwa w Polsce” przyjętym uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10.2019 r.
- 3) Brak faktycznego wdrożenia w systemie POZ, porady pielęgniarskiej wynikający z nie zagwarantowania w budżecie NFZ środków finansowych dedykowanych wdrożeniu świadczeń pielęgniarskich kluczowych dla poprawy dostępności do usług POZ. Niezrealizowane obietnice rządu od roku 2018.
- 4) Brak działań na rzecz zagwarantowania bezpiecznych standardów kadrowych w opiece pielęgniarskiej w polskich szpitalach, poprzez przyzwolenie na funkcjonowanie placówek niespełniających norm kadrowych oraz upolitycznienie zarządzania placówkami.
- 5) Brak zmiany od 2015 roku, poziomu finansowania i wyceny świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej i hospicjum domowym, co przy stałym wzroście kosztów pracy doprowadziło do degradacji samodzielnych świadczeń realizowanych przez pielęgniarki na rzecz przewlekłe chorych.
- 6) Brak działań na rzecz wypracowania i wdrożenia rozwiązań systemowych w zakresie wzmocnienia i finansowania rozwoju badań naukowych w pielęgniarstwie, pomimo przyjęcia powyższych zobowiązań w dokumencie „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarsstwa i Położnictwa w Polsce”.
- 7) Brak działań na rzecz rozwoju systemu specjalizacji pielęgniarek i położnych (iluzoryczny sposób finansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek w tym specjalizacji pielęgniarek i położnych), model oparty o założenia z końca XX wieku.
- 8) Brak pełnego wdrożenia do systemu opieki zdrowotnej postanowień Dyrektywy 2005/36 WE w części dotyczącej kompetencji pielęgniarek w podmiotach leczniczych.
- 9) Brak wdrożenia skutecznych mechanizmów motywacyjnych i instrumentów finansowych zachęcających absolwentów pielęgniarstwa do podejmowania decyzji o zatrudnieniu i wykonywaniu zawodu w Polsce.
- 10) Brak zaplecza merytorycznego na poziomie Ministerstwa Zdrowia i wykorzystania wyników badań naukowych dla prowadzenia nowoczesnej polityki pielęgniarskiej państwa. Polityka obecnego rządu w odniesieniu do działalności zawodowej pielęgniarek oparta jest na tradycji, wiedzy potocznej oraz dyskryminacyjnych postawach polityków wobec kobiet.

Warszawa, dnia 11.09.2021 r.

tel.: +48 22 398 18 72 fax: +48 22 398 18 51 www.ptp.na1.pl e-mail: zgtpiel@gmail.com
konto: PKO BP S.A. VII O/Warszawa, 11 1020 1156 00007202 0050 1601; REGON
001267113;



**OGÓLNOPOLSKI KOMITET
PROTESTACYJNO-STRAJKOWY
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

Warszawa, 6 października 2021 r.

KOMUNIKAT

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia (OKPS) zdecydował się na protest pod hasłem „Publiczna ochrona zdrowia kona: wyleczcie albo dobijcie”, który jest ostatnią deską ratunku dla ochrony zdrowia. Nasz protest to próba wyegzekwowania pozytywnych zmian. Zmian, należących się pacjentom! Narracja rządowa o tym, że rząd coś robi dla ochrony zdrowia to – kolokwialnie, ale precyzyjnie określając – „ściemnianie”. Jako osoby biorące udział w rozmowach z przedstawicielami Ministra Zdrowia, nie boimy się używać tego słowa. Ze „ściemnianiem” zderzamy się na każdym spotkaniu z resortem. Choćby wczorajsza wypowiedź Ministra Zdrowia (MZ) mówiącego o 70 proc. podwyżki to olbrzymia manipulacja.

Przebieg rozmów jest żenujący. Udowadniają one, że Minister Zdrowia nie chce żadnych zmian w systemie. Widzimy, że zamysłem rządu jest, by rozmowy trwały i pokazywały „dobrą wolę rządu”. A faktycznie żadnej dobrej woli nie ma. Przedstawiciele Ministra Zdrowia nie są przygotowani, nie otrzymujemy obiecanych dokumentów i analiz. Na każdym spotkaniu wracamy wciąż do punktu wyjścia.

Postulat 1: Natychmiastowa zmiana ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego

Od kilku tygodni próbujemy opisać grupy zawodowe tworzące ochronę zdrowia oraz określić ich ścieżkę rozwoju. To kluczowe, by osoby te miały po co się rozwijać, doksztalać. To oczywiste, iż premiovane powinno być zdobywane doświadczenie. Niestety Minister Zdrowia nie chce widzieć różnic między poziomami wykształcenia i wiedzy, którą nabywamy wraz z praktyką zawodową. Niedopuszczalne jest, by medycy byli wynagradzani za „wymagane” wykształcenie, a nie za realnie posiadane kompetencje. Nie potrafimy wyłączyć swojej wiedzy i wykorzystujemy ją zawsze, kiedy realizujemy czynności zawodowe. Zresztą nauczani doświadczeniem wiemy, iż twórcy prawa mają skłonność do zaniżania na papierze wymaganego wykształcenia: byle mniej płacić. Nie doszliśmy nawet do rozmów o współczynnikach, harmonogramie wprowadzenia zmian, sposobie pokrycia kosztów w poszczególnych grupach. MZ nie zgadza się na żadne większe zmiany w tym obszarze. Wszystkie nasze propozycje zostały odrzucone.

Postulat 2: Realny wzrost wyceny świadczeń oraz ryczałtów

Minister Zdrowia odmawia szybszego przeprowadzenia procesu realnej wyceny, która pokrywa koszty działalności medycznej. Uważa, że tempo zmian wycen jest właściwe. Przypomnijmy, iż są procedury, których wyceny nie zmieniono od 15 lat. Proces wycen rehabilitacji trwa od 2016 roku i wciąż nie ma żadnych konkretów. Utrzymanie takiego tempa zmian, oznacza realny upadek wielu podmiotów. Tylko w roku 2020 inflacja wyniosła 3,4 proc, a w tym roku będzie oscylowała w okolicach 5 proc. Wszystko

OGÓLNOPOLSKI KOMITET PROTESTACYJNO-STRAJKOWY PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA w składzie: Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych * Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy * Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii * Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii * Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii * Związek Zawodowy Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej * Naczelna Izba Lekarska * Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych * Krajowa Izba Fizjoterapeutów * Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych * Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego * Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych * Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii * Federacja Porozumienie Zielonogórskie

podrożało. Tylko za zdrowie nie płaci się więcej. Minister Zdrowia nie widzi problemu w tempie zmian wycen. Nasz harmonogram prac nad wycenami został odrzucony. Oczekujemy na realne wyceny, które pokrywają ponoszone koszty i na nowy harmonogram prac nad wycenami.

Postulat 3: Zatrudnienie dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego

Minister Zdrowia nie chce wprowadzenia norm zatrudnienia dla tych zawodów. Przy braku urealnienia wycen przepis ten stanie się martwym zapisem. Minister Zdrowia odrzucił propozycję OKPS nie przedstawiając alternatywnej propozycji.

Postulat 4: Zapewnienie zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego

Minister Zdrowia zobowiązał się podjęcia w tym zakresie inicjatywy legislacyjnej (do końca października 2021 roku) oraz do wcześniejszego przedstawienia nam projektu. Niestety projekt wciąż nie został przedstawiony.

Postulat 5: Stworzenie systemu chroniącego medyków i pacjentów odpowiedniego systemu rejestrowania niepożądanych zdarzeń medycznych.

OKPS przekazał swoje propozycje Ministrowi Zdrowia. Minister Zdrowia zobowiązał się do podjęcia w tym zakresie inicjatywy legislacyjnej (do końca października 2021 roku) oraz wcześniejszego przedstawienia projektu OKPS. Niestety projekt wciąż nie został przedstawiony.

Postulat 6: Rezygnacja ze stworzenia nowych zawodów medycznych przy jednoczesnym efektywniejszym wykorzystaniu obecnych zawodów medycznych

Minister Zdrowia nie chce zrezygnować ze swoich pomysłów. Nie chce nawet podjąć dyskusji i wysłuchać naszej argumentacji.

Postulat 7: Wprowadzenie urlopów zdrowotnych po 15 latach pracy zawodowej.

Minister Zdrowia zgłosił propozycję modyfikacji kryteriów urlopów zdrowotnych:

- urlop po 20 latach
- wynagrodzenie jak za okres choroby (80% podstawy, pierwsze 15 dni pokrywa pracodawca a kolejne dni – ZUS).
- o urlopie decyduje lekarz orzecznik ZUS, a nie tak w przypadku innych zawodów (m.in. nauczycieli) lekarz medycyny pracy.

Nie zostały nam wyjaśnione powyższe kryteria, szczególnie, iż w przypadku innych zawodów nie są one stosowane (np. nauczyciele).

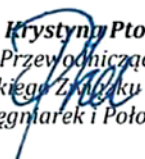
Termin inicjatywy legislacyjnej nie został sprecyzowany, mimo naszych nacisków.

Postulat 8: Uchwalenie innych istotnych ustaw: o medycynie laboratoryjnej zawodzie ratownika medycznego innych zawodach medycznych.

Minister Zdrowia zobowiązał się do przekazania do 6 października projektu Ustawy o medycynie laboratoryjnej. Nie wiemy dlaczego ważne dla rządu projekty są uchwalone zaledwie w ciągu kilkunastu godzin a rozwiązania ważne dla pacjentów są zawieszane na całe lata. Minister Zdrowia pracuje nad projektem medycyny laboratoryjnej już od 5 lat! OKPS czeka na projekty.

W imieniu

**Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego
Pracowników Ochrony Zdrowia**


Krystyna Ptak
Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych


Artur Drobnik
Wiceprezes
Naczelnej Rady Lekarskiej



NAPRAWA SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA

1. **START** Wypowiedzenia umów tam gdzie już jest niebezpiecznie pracować.
2. **START** Normalizacja czasu pracy do 1 etatu.
3. **START** Zmiany pracy na tą z lepszymi warunkami.
4. **START** Z zadaniem o swoje **zdrowie** fizyczne i psychiczne wszelkimi dostępnymi środkami
5. **START** Z oddaniem **krwi** i odpoczynkiem
6. **START** Z odkładanymi od lat **wakacjami i urlopami**.
7. **START** Z **opieką nad bliskimi**, na którą nigdy nie mamy czasu
8. **START** Z **jednością** w niezłomnym trzymaniu się standardów oraz szacunku do pacjentów, kolegów i siebie.
9. **STOP** Zostawiania w pracy po dyżurze.
10. **STOP** Łatania systemu swoim zdrowiem i życiem.

Zaczynamy!

START 2 Tygodnie dla zdrowia. Na odpoczynek i leczenie. Pozostajemy Zdrowi!

START Medyku zadbaj o siebie! Czego Ci potrzeba? Co już od dawna odkładasz? Przestań ratować chory system. Zaczynj ratować siebie.

Październik, Listopad, Grudzień...

Ograniczamy czas pracy każdy w swoim zakresie i regionie. Przy takich niedoborach kadrowych nie jest to szczególnie trudne. **Minimalizujemy ilość pracy.** Dziury będzie widać wyraźnie...

**#DziękujemyOdchodzimy #IdziemyOdśnieżyć
#PolitykNieLeczy**



OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY

Warszawa, 26 lipca 2017 r.

STANOWISKO Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

w sprawie wykonania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Nasza organizacja od początku krytykowała sposób procedowania w/w Ustawy i sprzeciwiała się narzuconym przez Ministerstwo Zdrowia współczynnikom pracy, które są w naszym przekonaniu zaniżone i dała temu wyraz w jednoznacznie negatywnej opinii skierowanej do Ministra Zdrowia w dniu 27.10.2016 r. Sprzeciwiała się również nieracjonalnemu wydłużeniu okresu przejściowego dla tej ustawy i zamrożeniu na okres trzech lat współczynnika pracy na poziomie 3.900,-zł.

Brak akceptacji postulowanych przez OZZPiP współczynników pracy oczywiście całkowicie wywrócił również proponowany pierwotnie podział na grupy zawodowe. Podział na grupy zawodowe był nierozzerwalnie związany z postulowanymi przez OZZPiP współczynnikami pracy, a te miały zależeć od corocznych Komunikatów Prezesa GUS obejmujących obwieszczenie o przeciętnym wynagrodzeniu w gospodarce narodowej za poprzedni rok kalendarzowy.

Zgodnie z Komunikatem Prezesa GUS z dnia 09.02.2017r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2016 r. przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w 2016 r. wyniosło 4.047,21 zł.

Propozycja OZZPiP złożona Ministerstwu Zdrowia w 2015r. (określała minimalne wynagrodzenie brutto i nie była związana z pracami nad w/w ustawą, bo takie nie były wówczas prowadzone) w pierwotnym brzmieniu przedstawiała się w następujący sposób :

- 1/ Pielęgniarka / położna z tytułem magistra ze specjalizacją - **2-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej tj. **8.094,42zł.** miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego,
- 2/ Pielęgniarka / położna ze specjalizacją - **1,75-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej tj. **7.082,62 zł.** miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego,
- 3/ Pielęgniarka / położna bez specjalizacji - **1,5-krotność** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej tj. **6.070,81zł.** miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

Kpiną ze strony Ministerstwa Zdrowia jest ogłaszanie obecnie jakoby OZZPiP zgodził się pierwotnie na podział pielęgniarek i położnych na trzy grupy. Prawda jest taka, że taka zgoda była tylko i wyłącznie w przypadku powiązania tych trzech grup z proponowanymi przez nas współczynnikami pracy (oraz spłaszczeniem różnic pomiędzy poszczególnymi trzema grupami). Nieuczciwe i obraźliwe jest obecnie twierdzenie przez Ministerstwo Zdrowia, że podział pielęgniarek i położnych jest zgodny z wolą Związku Zawodowego. Prawda jest taka, że Ministerstwo Zdrowia przyjęło z naszej propozycji tylko to co było z ich punktu widzenia dla strony rządowej wygodne

tj. podział na trzy grupy zawodowe. Ministerstwo Zdrowia milczy natomiast co do publicznej informacji o tym, że samo jednostronnie zaproponowało abstrakcyjnie niskie współczynniki pracy, nie pisze że drastycznie zaniżyło współczynnik pracy dla ostatniej (trzeciej) grupy zawodowej pielęgniarek i położnych (współczynnik 0,64), a także w sposób kompletnie nieracjonalny zwiększyło różnice pomiędzy trzema grupami. Przykładowo w naszej propozycji różnica pomiędzy pierwszą, a trzecią grupą wynosiła 25%. W propozycji współczynników pracy w wersji Ministerstwa Zdrowia ta różnica pomiędzy pierwszą a trzecią grupą wynosi już **39,05%**.

Skoro Ministerstwo Zdrowia nie zaakceptowało naszej pierwotnej propozycji rozumianej jako propozycja kompleksowa, to powinno się podział naszych grup zawodowych przeprowadzić analogicznie do innych grup medycznych mających tak jak pielęgniarki tytuł licencjata, magistra, specjalizację i przypisać do nich takie same współczynniki pracy. Jeżeli woła Ministerstwa Zdrowia było tak duże zredukowanie współczynników pracy, przy jednoczesnym wprowadzeniu tak odległych czasowo przepisów przejściowych to w naszej ocenie należało rozbudować podział pielęgniarek i położnych na grupy zawodowe (dodając do tych trzech grup jeszcze przynajmniej dwie tj. pielęgniarki / położne z wykształceniem magisterskim oraz pielęgniarki / położne z licencjatem) oraz spłaszczyć różnice pomiędzy tymi grupami. To się niestety nie stało. Nasze postulaty w trakcie rozmów były ignorowane, a Ministerstwo Zdrowia ostatecznie preforsowało najpierw w Rządzie, a potem w Parlamencie ustawę w swoim brzmieniu.

Podkreślamy: nie jest to ustawa, która otrzymała akceptację Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych!

Szczególnie wrażliwa społecznie jest ocena postępowania Ministerstwa Zdrowia, które przyjęło - również jednostronnie - podział na grupy zawodowe pozostałych pracowników medycznych. Dotyczy to szczególnie poz. 6 z Tabeli stanowiącej załącznik do ustawy tj. grupy farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w poz. 1-5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji. **Dla tej grupy zawodowej został przypisany współczynnik pracy na poziomie 0,73. Tymczasem pielęgniarki i położne posiadające wykształcenie wyższe, bez specjalizacji zostały usytuowane w poz. 9 dla której przypisano współczynnik pracy 0,64.**

Przypominamy również, że stronie społecznej do opiniowania projektu ustawy o najniższym wynagrodzeniu przedstawiono podział grup zawodowych w innym kształcie, niż zostało to ostatecznie przyjęte. Pozycja nr 10 miała określony współczynnik pracy wynoszący 0,525 i w grupie tej znajdowali się pracownicy medyczni ze średnim wykształceniem - z wyłączeniem pielęgniarek, które obecnie tytuł zawodowy pielęgniarki/położnej uzyskują w toku studiów wyższych, natomiast kwalifikacje pielęgniarek po liceach medycznych są uznane w Unii Europejskiej i nie ma podstaw prawnych, aby te pielęgniarki pomiędzy sobą różnicować - zwłaszcza, że te z długoletnim stażem pracy są bardzo często mistrzami w zawodzie. Komitet Stały Rady Ministrów w toku konsultacji rządowych nad projektem ustawy zmienił powyższą propozycję współczynników pracy i tym działaniem spowodował, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem zrównane zostały we współczynnikach pracy z pracownikami o niższych kwalifikacjach zawodowych.

Czym się kierowało przy takim podziale Ministerstwo Zdrowia - kompletnie nie wiadomo. Przecież te grupy zawodowe powinny być usytuowane na tym samym poziomie. OZZPiP apelował o to, ale nie było żadnej reakcji ze strony Ministerstwa Zdrowia.

W uzasadnieniu projektu ustawy Ministerstwo Zdrowia wskazywało na art. 18^{3c} Kodeksu pracy zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie **wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym,** a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 18^{3c} § 3 Kodeksu pracy).

Wprowadzając takie zróżnicowanie pomiędzy grupą zawodową z poz. 6 (współczynnik pracy 0,73), a pielęgniarkami i położnymi z wykształceniem wyższym (które przypisane są do poz. 9 ze współczynnikiem pracy 0,64) Ministerstwo Zdrowia doprowadziło w w/w ustawie do rozwiązań dyskryminujących nasze Koleżanki i Kolegów wykonujących zawód pielęgniarki i położnej i posiadających wyższe wykształcenie.

OZZPiP próbował w toku procesu legislacji doprowadzić do zmiany w/w zapisu (kierując postulaty do posłów i senatorów, którzy kierowali Interpelacje w tej sprawie), ale nie uzyskano żadnej zmiany. Jedyną nadzieją to obecnie próba wystąpienia z inicjatywą ustawodawczą w celu nowelizacji krzywdzącego zapisu. Z taką prośbą Związek wystąpi do Prezydenta RP prosząc go o podjęcie tej inicjatywy.

Ostatnia również niezmiernie wrażliwa kwestia to siłowe wprowadzenie do ustawy przez MZ dodatkowego zapisu, że pracodawcy dla potrzeb realizacji w/w ustawy będą mogli posiłkować się środkami jakie otrzymują na podstawie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz.U. z 2015r. poz. 1400 z późn. zm.).

Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych informuje publicznie, że Związek nie był autorem wprowadzenia do w/w ustawy art. 3 ust. 3. Przypominamy, że przepis ten brzmi:

Art. 3 ust. 3.

Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm¹).

Przepisy te zostały wprowadzone w trakcie prac nad w/w ustawą z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, bez konsultacji z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i bez jego akceptacji.

W tym miejscu pozostaje się odwołać do preambuły jaka została zapisana w Porozumieniu między OZZPiP, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia z dnia 23.09.2015r. Porozumienie to miało na celu:

- zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej,
- miało zadbać o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, poprzez zabezpieczenie ilości wykwalifikowanych kadr na należytych poziomie,
- miało stworzyć warunki powodujące wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej.


Zupełnie inny cel przyświecał natomiast wprowadzeniu w/w ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne

zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawa ta ma wprowadzić w odniesieniu do pracowników wykonujących zawody medyczne przepisy gwarantujące ochronę wynagrodzenia zasadniczego, a **dla grup zawodowych pracowników najmniej zarabiających ma stanowić gwarancję stopniowego – rozłożonego w czasie - podwyższania wynagrodzeń zasadniczych.** Celem tej ustawy jest ustalenie najniższych wynagrodzeń zasadniczych, a więc minimalnego poziomu, poniżej którego pracodawca nie może ustalić wynagrodzenia zasadniczego. W ocenie Ministerstwa Zdrowia ustalenie dolnej granicy wysokości wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych ma pozwolić na stopniowe likwidowanie sygnalizowanego przez organizacje pracobiorców zjawiska wprowadzania oszczędności w podmiotach leczniczych poprzez ograniczanie wysokości wynagrodzeń.

Dodatkowo w/w ustawa ma stanowić systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do zniwelowania w latach 2017–2021 dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń podstawowych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie będzie mogło być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r.

Środki zapisane w Porozumieniu, a następnie w znowelizowanym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. miały uatrakcyjnić wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej oraz zachęcić do podejmowania tego zawodu w Polsce i zatrzymać emigrację zarobkową. Ustawa o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym (...) miała natomiast spowodować, że w podmiotach leczniczych w których poziomy wynagrodzeń zasadniczych odbiegają od średniej kraju zostanie wymuszony stopniowy ich wzrost. W efekcie spłaszczą się różnice w poziomach wynagrodzeń naszej grupy zawodowej w różnych podmiotach leczniczych i zostanie zahamowany negatywny trend „podkupywania” pracowników przez podmioty lecznicze mające wyższe poziomy wynagrodzeń. Przy takim jak w/w zapisie art. 3 ust. 3 ustawy procesy wzajemnego „podkupywania” pracowników nasiliły się tym bardziej, że pielęgniarek i położnych z roku na rok ubywa. Pierwszym momentem sprawdzenia będzie data 01.10.2017r. tj. data wejścia w życie obniżonego wieku emerytalnego. Co wówczas Pracodawcy zrobią, gdy nagle z rynku pracy ubędzie skokowo duża grupa pielęgniarek i położnych?

W tych warunkach Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych apeluje do Pracodawców, aby realizując stopniowe wzrosty wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych nie posilkowali się w tym celu środkami otrzymywanymi jako środki oddzielnie wydzielone przez NFZ dla pielęgniarek i położnych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Skoro pozostali pracownicy medyczni mają otrzymać wzrosty wynagrodzeń ze środków własnych wypracowanych przez wszystkich pracowników Pracodawcy, to najbardziej sprawiedliwie społecznie byłoby pokrycie tych ustawowych wzrostów dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych także ze środków własnych Pracodawców.

W imieniu Prezydium
Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych

Krystyna Ptok



DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 21 czerwca 2021 r.

Poz. 1104

USTAWA

z dnia 28 maja 2021 r.

o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

WSPÓLCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1	Lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,31
2	Lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,2
3	Lekarz albo lekarz dentyista, bez specjalizacji	1,06
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentyista stażysta	0,81
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,06
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,81
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,06 5 478 PLN
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa	0,81 4 186 PLN
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,73 3 772 PLN
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia	0,73
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, inny niż określony w lp. 6 i 10	0,59



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10 tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NIPiP-NRPiP-DS.015.277.2021.MT

Warszawa, dnia 15 lipca 2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Jakub Bydło
Dyrektor Departamentu Dialogu
Społecznego w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze, Panie Dyrektoro

W związku z napływającymi pytaniami do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych dotyczących ustawy o minimalnym wynagrodzeniu niektórych pracowników w podmiotach leczniczych i związanych z tym zmianami wynagrodzeń zwracam się z prośbą o zajęcie stanowiska w poniższych zagadnieniach:

1. Czy pielęgniarki, położne wykonujące zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej, które otrzymywały dotychczas dodatek do wynagrodzenia (tzw. zembalowe) są objęte regulacjami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1235) - czy dotyczą ich zapisy ww. rozporządzenia dotyczące ustalenia współczynników korygujących? Czy w/w osoby będą nadal otrzymywać te same kwoty, które otrzymywały dotychczas?
2. Czy środki dotychczas otrzymywane przez pielęgniarki realizujące świadczenia zdrowotne w opiece długoterminowej oraz w opiece paliatywnej i hospicyjnej będą w dalszym ciągu wypłacane w tej samej wysokości (1600 zł)?
3. Do której grupy zawodowej należy przyporządkować pielęgniarki, położne z tytułem zawodowym licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub magister pielęgniarstwa / położnictwa? Zgodnie z załącznikiem do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 r. , poz. 896 ze zm.) określającymi kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędącymi przedsiębiorcami, na stanowisku pielęgniarki może być zatrudniona osoba:
 - z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo,
 - licencjat pielęgniarstwa,
 - posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka.
 Z kolei na stanowisku położnej może być zatrudniona osoba:
 - z tytułem magistra na kierunku położnictwo,

- licencjat pielęgniarstwa,
 - posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka.
- Z kolei na stanowisku położnej może być zatrudniona osoba:

- z tytułem magistra na kierunku położnictwo,
- licencjata położnictwa,
- posiadająca średnie wykształcenie medyczne w zawodzie położna.

Czy mając na względzie załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2020 r., poz. 830 ze zm.) określający grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku powinny być one przyporządkowane do grupy 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjata albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa” czy też właściwym jest porządkowanie takich pielęgniarek lub położnych do grupy 9 „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”?

4. Do której grupy zawodowej należy przyporządkować pielęgniarki, położne które ukończyły średnią szkołę medyczną, a następnie uzyskały tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa/położnictwa lub magistra pielęgniarstwa/położnictwa? Czy prawidłowym jest zaszeregowanie ich w grupie 9 tj. „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia”? Czy ze względu na posiadanie wykształcenie wyższe powinny być one zaszeregowane do grupy 8 tj. „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjata albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa”?
5. Czy pielęgniarka, położna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, która otrzymywała dotychczas dodatek zembalowy obok wynagrodzenia zasadniczego powinna mieć włączony ten dodatek do wynagrodzenia zasadniczego od 1 lipca 2021 r.? Należy wskazać, iż wobec części pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie dokonano wzrostu wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej. Kwoty te były natomiast wypłacane w formie dodatku obok wynagrodzenia zasadniczego. Czy wobec takich osób znajdzie zastosowanie art. 19 ust. 1 pkt 1 ustawy 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. 2020 r., poz.2401)?


Prezes NRPiP


Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia

Departament
Dialogu Społecznego

Warszawa, 21 lipca 2021 r.

DSW.0212.171.2021.MM

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek i
Położnych

Szanowna Pani Prezes,

Odpowiadając na pismo z dnia 15 lipca br. (znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.277.2021.MT) dotyczącego ustawy o minimalnym wynagrodzeniu niektórych pracowników w podmiotach leczniczych i związanych z tym zmianami wynagrodzeń, Departament Dialogu Społecznego uprzejmie prosi o przyjęcie poniższych informacji.

Odpowiadając na pytania pierwsze i drugie należy wskazać, że kwoty odpowiadające kwotom tzw. dodatku "zembalowego" od dnia 1 lipca 2021 r. nadal będą wypłacane w oparciu o przyjęty współczynnik korygujący. Pozwoli to zabezpieczyć wszystkich świadczeniodawców, którzy do dnia 30 czerwca 2021 r. otrzymywali znaczne środki finansowe w fundusze niezbędne do utrzymania wysokości dotychczasowych wynagrodzeń osób które uzyskały wzrost wynagrodzenia zasadniczego na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Zasady ustalania współczynnika korygującego, o którym mowa wyżej określone zostały przez Prezesa NFZ w zarządzeniu Nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych. ust. 1 § 1 tego zarządzenia stanowi, że:

„Określa się współczynniki korygujące dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest

kapitacyjna stawka roczna, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.”

Jednocześnie w ust. 2 § 1 wskazano, że: „Od 1 lipca 2021 r. miesięczna wartość współczynnika korygującego, o którym mowa w ust. 1, jest równa wartości sumy kwot zobowiązań z tytułu świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne określonych w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za czerwiec 2021 r.”.

Odpowiadając na pytania trzecie i czwarte należy wskazać, że załącznik do ustawy ustanawiający 11 grup zawodowych i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku. Pracodawca/kierownik podmiotu leczniczego realizując więc postanowienia ustawy w zakresie kwalifikowania danego pracownika do właściwej grupy zawodowej, powinien więc brać pod uwagę wykształcenie, nie tyle posiadane, co wymagane na stanowisku na którym zatrudniony jest pracownik.

Podkreślenia wymaga, że przepisy ustawy określając jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłączają w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W pierwszym rzędzie dokonując ustalenia wynagrodzenia pracownika pracodawca kierować powinien się ogólną dyrektywą prawa pracy określoną w art. 78 Kp. Ponadto w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - lecz porównywalne - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 18^{3c} Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 18^{3c} § 3 Kodeksu pracy).

Odpowiadając na pytanie piąte uprzejmie informuję, że art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 dotyczy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych będących świadczeniodawcami które wykonują zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, które uzyskały wzrost wynagrodzenia zasadniczego na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Obejmuje więc swym zakresem pielęgniarki i położne zatrudnione u świadczeniodawcy zatrudnione zarówno w ramach stosunku pracy jak i

na podstawie umowy cywilnoprawnej. Pielęgniarkom takim zatrudniający je świadczeniodawcy zobowiązani są zapewnić od dnia 30 czerwca 2021 r.:

- w przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ramach stosunku pracy (stosunku służbowego) - wynagrodzenie, w tym wynagrodzenie zasadnicze, w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie, w tym wynagrodzenie zasadnicze, określone w umowie o pracę aktualne na dzień 30 czerwca 2021 r.;
- w przypadku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w ramach umowy cywilnoprawnej - wynagrodzenie w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie ustalone na podstawie tej umowy na dzień 30 czerwca 2021 r.

Z poważaniem

Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu





M.D. LEGAL SOLUTIONS
MONIKA DRAB
KANCELARIA RADCOWSKA

Warszawa, dnia 15 września 2021 r.

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W związku z przedstawionym zapytaniem przedkładam opinię prawną w sprawie:

Nierówne traktowanie pielęgniarek i położnych w zakresie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego za pracę.

1. Stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 820, dalej jako „Ustawa”) podmioty lecznicze zostały zobowiązane dokonać do dnia 1 lipca 2021 r. podwyższenia wynagrodzeń m.in. pielęgniarek i położnych. Jednocześnie zatrudnienie w podmiocie nowych pielęgniarek i położnych odbywa się już z uwzględnieniem zapisów Ustawy.
2. Wysokość podwyżek została uzależniona od wartości współczynnika pracy dla poszczególnych grup pielęgniarek i położnych.
Najniższy współczynnik (0,73 versus 0,81 i 1,06) Ustawa nadała pielęgniarkom i położnym, które nie posiadają tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - wykształcenie średnie.
Do tej grupy zaliczają się jednak pielęgniarki i położne, które posiadają najdłuższy staż pracy, są filarem pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, często uczą, wdrażają, pomagają innym pielęgniarkom i położnym.
Był to pierwotny system kształcenia tych grup zawodowych. Obecnie w systemie opieki zdrowotnej mamy pielęgniarki i położne, które były kształcone w różnych systemach - mogą mieć wykształcenie: średnie, licencjat, magisterskie ale wszystkie jednak posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu.
5. Załącznik do Ustawy ustanawiający grupy zawodowe i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o **kwalifikacje wymagane** od pracownika na zajmowanym stanowisku oraz, że kierownik podmiotu leczniczego powinien brać pod uwagę **nie tyle posiadane wykształcenie, co wymagane** na stanowisku na którym zatrudniony jest pracownik.
6. Oznacza to, że w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują **takie same obowiązki**, lecz posiadają **różne - lecz porównywalne** - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 18^{3c} Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do **jednakowego wynagrodzenia** za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.

7. Zatem:

- Jeśli w podmiocie leczniczym są pielęgniarki/położne z średnim wykształceniem i z licencjatem, to jeśli realizują **te same** zakresy obowiązków, to powinny otrzymywać jednakowe wynagrodzenie, gdyż nie liczy się to jakie mają wykształcenie a to, jakie jest **wymagane** na stanowisku pielęgniarki, położnej.

Niewątpliwie wszystkie spełniają wymagania do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej. Nie jest jednak uprawnione takie „wyrównywanie” wynagrodzeń, które uwzględnia najniższy wskaźnik zarówno dla pielęgniarki/położnej z średnim wykształceniem, jak i z licencjatem, bo wtedy pielęgniarki/położne z licencjatem zostałyby zakwalifikowane do grupy o współczynniku 0,73 czyli niezgodnie z przepisami Ustawy.

- Jeśli podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada wykształcenie średnie a zatrudnia już pielęgniarki/położne z licencjatem dla których stosuje współczynnik 0,81 i będą one realizować te same zakresy obowiązków, to pielęgniarka/położna z wykształceniem średnim nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z współczynnikiem 0,73 z uwagi na jej staż pracy, wiek i doświadczenie.

Nie ma wątpliwości, że pracodawca może korzystniej uregulować stosunek pracy pracownika. Szczególnie powinien to uczynić w sytuacji, gdy stosując wprost przepisy kontrowersyjnej Ustawy może narazić się na odpowiedzialność za nierówne traktowanie i dyskryminację.

- Jeśli natomiast podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada licencjat, to nie powinien stosować najniższego współczynnika 0,73 gdyż byłoby to niezgodne z Ustawą.

Należy mieć bowiem na uwadze, że licencjat uznawany jest za studia wyższe - zgodnie z systemem wykształcenia wyższego i stopni naukowych w Europie który został zharmonizowany na podstawie tzw. procesu bolońskiego. Zatem osoba z licencjatem nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z wykształceniem średnim.

8. W sytuacji, gdy podmiot leczniczy zatrudni pielęgniarkę/położną z licencjatem i ustali wynagrodzenie w oparciu o współczynnik 0.81 a jednocześnie zatrudnione będą pielęgniarki/położne posiadające wykształcenie średnie, które wykonywać będą te same obowiązki, ale będą miały np. dłuższy staż pracy, doświadczenie i otrzymywać będą wynagrodzenie niższe bo ustalone w oparciu o najniższy współczynnik 0,73 to niewątpliwie:

- pielęgniarka/położna ze średnim wykształceniem jeśli wykonuje ten sam zakres obowiązków co pielęgniarka/położna z licencjatem i otrzymuje niższe wynagrodzenie, to powinna wystąpić do kierownika podmiotu leczniczego o zwiększenie wynagrodzenia;
- nadto, taka sytuacja rodzić może odpowiedzialność podmiotu leczniczego za nierówne traktowanie w wynagrodzeniu.

9. Oczywiście, stany faktyczne mogą być różne i każdy przypadek należy badać i analizować odrębnie. W zależności od konkretnej sytuacji i okoliczności sprawy możliwe staną się procesy związane:

- z dyskryminacją
lub/i
- z nierównym traktowaniem.

10. Wyjaśnić należy, że trzeba odróżnić dyskryminację od nierównego traktowania. Różne są podstawy prawne tych roszczeń. Nie wchodząc w szczegóły, nie ma wątpliwości w judykaturze, że nawet brak dyskryminacji nie uprawnia do różnicowania wynagrodzenia, gdy występuje **sytuacja jednakowej pracy lub pracy o jednakowej wartości** (18^{3c} Kodeksu pracy), co niewątpliwie ma miejsce w przypadku wykonywania prac przez pielęgniarki, położne.

I już samo nierówne traktowanie - czyli bez dyskryminacji - może być podstawą roszczenia o wyrównanie wynagrodzenia i ustalenia wynagrodzenia na przyszłość (tak: wyroki Sądu Najwyższego z 18 września 2014 r., [III PK 136/13](#); z 26 stycznia 2016 r., [II PK 303/14](#); z 22 marca 2016 r., [II PK 29/15](#); z 20 lipca 2017 r., [I PK 216/16](#); z 13 września 2018 r., [II PK 135/17](#)).

11. W konkretnej sytuacji dodatkowo może wystąpić kryterium dyskryminujące. Przykładowo takimi kryteriami mogą być płeć, **wiek**, niepełnosprawność, rasa, religia, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkowa, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientacja seksualna.

Wtedy, taka sytuacja może świadczyć nie tylko o nierównym traktowaniu, a możliwe, że również o dyskryminacji - w przypadku wystąpienia przyczyny dyskryminującej np. wieku - gdy pielęgniarka, położna starsza wiekiem zarabia mniej niż młodsza pielęgniarka, położna choć wykonują te same obowiązki.

12. Generalnie w art. 18^{3b} Kodeksu pracy zawarty jest **jednoznaczny** katalog naruszeń zasady równego traktowania. Za naruszenie zasady równego traktowania w uważa się m.in. niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę, chyba że pracodawca udowodni, że kierował się **obiektywnymi powodami**.

13. Jednak przy tak skonstruowanych przepisach Ustawy, w kontekście fundamentalnych zasad Kodeksu pracy niemożliwe wydaje się sformułowanie przez pracodawców owych „obiektywnych” powodów, które by uzasadniały różne wynagrodzenia pielęgniarek, położnych **jeśli wykonują te same obowiązki i posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu**.

14. Reasumując, z całą mocą należy podkreślić, że wykonując przepisy kontrowersyjnej Ustawy **pracodawcy mają obowiązek** respektować podstawowe zasady prawa pracy tj.:

- **równe** prawo pracowników z tytułu **jednakowego** wypełniania takich samych obowiązków (art. 11² Kodeksu pracy), a także
- prawo do **godziwego** wynagrodzenia za pracę (art. 13 Kodeksu pracy).

15. Ustawa natomiast nie może burzyć ustalonego porządku prawnego.

Monika Drab, radca prawny

Monika Katarzyna
Drab

Digitally signed by Monika
Katarzyna Drab
Date: 2021.09.15 15:02:32 +02'00'

Stanowisko nr 54
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 5 października 2021 r.

w sprawie przywrócenia obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych oraz wznowienia prac w zakresie wdrożenia norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nieobjętych regulacjami prawnymi

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku przywrócenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. *zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.*

Po raz kolejny, we wrześniu 2021 r. normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostały zawieszono, co bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Brak wymogu obowiązku zatrudnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do znacznego zmniejszania przez kierowników podmiotów leczniczych liczby pielęgniarek i położnych na dyżurach w poszczególnych oddziałach szpitalnych, często doprowadzając do stosowania jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych w tych podmiotach.

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają liczne sygnały, iż brak wskaźników zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych doprowadza także do niezatrudniania absolwentów szkół wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub kierunku położnictwo.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rozumie, iż okres pandemii był szczególnym okresem, w którym wszelkie siły i środki należało przeznaczyć do szpitali jednoimiennych i oddziałów covidowych. Jednakże, obecnie wszystkie podmioty lecznicze starają się zrealizować umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2020-2021, co skutkuje znacznie zwiększoną ilością udzielanych świadczeń zdrowotnych, na rzecz zdecydowanie większej liczby pacjentów, co bezsprzecznie wymaga zwiększenia obsad pielęgniarek i położnych w danym oddziale szpitalnym.

Ponadto, należy mieć na uwadze fakt, iż w świetle pogarszających się warunków pracy w podmiotach leczniczych na stanowiskach pielęgniarek i położnych, o których mowa powyżej, zauważalna jest tendencja braku podejmowania pracy na tych stanowiskach przez absolwentów kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje potwierdzenie zależności pomiędzy niewłaściwym poziomem obsady pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, a niską jakością świadczonych usług zdrowotnych, a tym samym bezpieczeństwem pacjentów, oraz bezpiecznym wykonywaniem zawodu pielęgniarek i położnych.

NRPiP wnosi o pilne przywrócenie norm zatrudnienia z zakresu leczenia szpitalnego oraz o wznowienie prac nad wskaźnikami norm zatrudnienia w pozostałych gwarantowanych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, tj. opieka paliatywna, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie uzdrowiskowe.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

Stanowisko nr 55

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 5 października 2021 r.**

w sprawie pilnego wprowadzenia obowiązku stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec braku minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych wykonujących świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie w życie z dniem 3 grudnia 2020 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które **zniosło minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek** określone w

rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1285 ze zm.) skorygowane następnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2020r. (Dz. U. z 2020 r., poz. 1785) – prowadzi do znacznego pogłębienia problemów organizacyjnych w lecznictwie psychiatrycznym.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych od wielu lat monitoruje, iż system lecznictwa psychiatrycznego, nie zapewnia osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej i powszechnie dostępnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Dostępność do oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży jest zależna od miejsca zamieszkania, w przypadkach gdy w tych oddziałach nie ma wolnych miejsc, małoletni pacjenci są umieszczani na oddziałach dla dorosłych. Nie wprowadzono rozwiązań, które mogły ograniczyć zróżnicowanie terytorialne w dostępie do leczenia psychiatrycznego dla małoletnich pacjentów. Nie zostały w pełni zrealizowane cele programu psychiatrii środowiskowej polegające na zmniejszeniu liczby hospitalizacji oraz położeniu nacisku na opiekę nad pacjentem w jego miejscu zamieszkania i profilaktykę zdrowia psychicznego.

Na powyższe nakładają się niedofinansowanie oraz brak przepisów gwarantujących minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, które w konsekwencji nie zapewniają należytej bezpiecznej opieki zdrowotnej pacjentom oraz bezpieczne wykonywanie zawodu przez pielęgniarki.

Kierownicy podmiotów w lecznictwie psychiatrycznym wobec braku wymogu wskaźników norm zatrudnienia znacznie zmniejszają liczbę zatrudnionych pielęgniarek w oddziałach, co często prowadzi do występowania jednoosobowych obsad w oddziałach szpitalnych. Psychiatryczne oddziały szpitalne są oddziałami o wysokiej specyfice i niezapewnienie właściwych obsad pielęgniarek przekłada się na występowanie znacznie zwiększonej liczby zdarzeń niepożądanych u pacjentów, pobiciach pielęgniarek, lub rezygnacji pielęgniarek z pracy w danym oddziale ze względu na znaczne pogorszenie warunków pracy.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mając na uwadze ogromne zagrożenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i bezpiecznego wykonywania zawodu przez pielęgniarki pilnie wnosi o wprowadzenie przepisów prawa określających wskaźniki minimalnych norm zatrudnienia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 483/VII/2021
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 23 września 2021 r.

w sprawie zmiany uchwały nr 136/VI/2013 NRPiP z 4 grudnia 2013 r. zmienionej uchwałą 176/VI/2014 z 19 marca 2014 r. dotyczącej katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r., o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2021, poz. 628) oraz art. 4 ust. 1 pkt 3 i 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2021, poz. 479 ze zm.), oraz art. 14 hb ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020, poz. 1842 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zmienia uchwałę nr 136/VI/2013 NRPiP z 4 grudnia 2013 r. zmienioną uchwałą nr 176/VI/2014 NRPiP z 19 marca 2014 r. poprzez zmianę katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki.

§ 2. Katalog czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

Załącznik nr 1 do Uchwały 483/VII/2021 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2021 r. w sprawie zmiany uchwały nr 136/VI/2013 NRPiP z 4 grudnia 2013 r. zmienionej uchwałą 176/VI/2014 z 19 marca 2014 r. dotyczącej katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki

**KATALOG CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ OPIEKUNA MEDYCZNEGO
U OSOBY CHOREJ I NIESAMODZIELNEJ NA ZLECENIE I POD NADZOREM PIELEGNIARKI**

1.	słanie łóżka z chorym
2.	toaleta jamy ustnej
3.	mycie głowy w łóżku
4.	toaleta całego ciała w łóżku
5.	toaleta całego ciała pod natryskiem

6.	toaleta całego ciała w wannie
7.	higiena intymna
8.	ułożenie pacjenta i zmiana pozycji ułożeniowej
9.	zmiana bielizny osobistej i pościelowej w łóżku
10.	toaleta przeciwoodleżynowa
11.	zastosowanie udogodnień w łóżku
12.	zastosowanie materaca p/odleżynowego
13.	pomiar ciśnienia tętniczego krwi
14.	pomiar tętna
15.	pomiar temperatury
16.	pomiar oddechów
17.	pomiar masy ciała
18.	pomiar wzrostu
19.	przygotowanie i założenie okładu zimnego suchego
20.	przygotowanie i założenie okładu zimnego wilgotnego
21.	przygotowanie i założenie okładu ciepłego suchy
22.	przygotowanie i założenie okładu ciepłego wilgotny
23.	karmienie osoby chorej i niesamodzielnej drogą doustną oraz dojelitową – przez zgłębnik lub gastrostomię, w tym PEG
24.	pomoc osobie chorej i niesamodzielnej w przyjmowaniu leków zleconych przez lekarza różnymi drogami (doustnie, przez skórę i na błony śluzowe), a w przypadku osób, które nie są w stanie samodzielnie przyjąć leku, również podaje go bezpośrednio do ust lub na skórę, bez naruszania powłok skórnych
25.	wykorzystuje glukometr celem oznaczenia stężenia glukozy we krwi osoby chorej i niesamodzielnej oraz dokumentuje dokonanie pomiaru i przekazuje informacje o wynikach pomiaru pielęgniarce lub lekarzowi
26.	wymienia worek stomijny
27.	utrzymuje higienę i pielęgnuje skórę wokół niepowikłanej tracheostomii, gastrostomii, ileostomii
28.	zakłada i zmienia cewnik moczowy zewnętrzny (nakładki na prącie wykonanej z miękkiego silikonu, przez którą mocz sływa do worka na mocz)
29.	wymienia worek na mocz
30.	wymienia worek zewnętrzny na stolec
31.	stawia bańki próżniowe bezogniowe
32.	prowadzi dobową zbiórkę moczu i bilansu płynów
33.	prowadzi trzydniowy dzienniczek mikcji oraz ustala schemat wydalania i wdraża kontrole mikcji i defekacji
34.	wykonuje ćwiczenia bierne w łóżku
35.	pomaga w korzystaniu ze sprzętu rehabilitacyjnego
36.	pomaga w przygotowaniu pacjenta do badań diagnostycznych wykonywanych przez pielęgniarkę
37.	asystowanie pielęgniarce podczas wykonywania zabiegów pielęgniarstwa
38.	asystowanie pielęgniarce w zastosowaniu przymusu bezpośredniego



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NIPiP-NRPIP-DM.0025.106.2021.MK

Warszawa, dnia 21 lipca 2021 r.

Pan
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz w nawiązaniu do ustaleń przyjętych na spotkaniu w dniu 7 lipca 2021 r. z Panem Ministrem, przedstawiam uzasadnienie wyceny porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ).

Na wstępie należy podnieść, iż w ostatnich latach, a szczególnie w czasie pandemii znacznie zmniejszył się dostęp pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym podstawowej opieki zdrowotnej. Na powyższe nakłada się także wielokrotnie sygnalizowany problem znacznego zmniejszenia w ostatnich latach i w kolejnych, kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych, a przede wszystkim pielęgniarek, położnych oraz lekarzy. Wobec wskazanej sytuacji należy podjąć działania mające na celu zwiększenie dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej, którą gwarantuje ustawowo Konstytucja RP.

Jednym z pozytywnych rozwiązań było wdrożenie porady pielęgniarki POZ i porady położnej POZ, której celem było ułatwienie dostępu do świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej pacjentom, w tym przede wszystkim osobom starszym, niepełnosprawnym, którzy wymagają bezpośredniej, a niekiedy pilnej porady, bez konieczności wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ponadto, należy podkreślić, iż istnieje konieczność realizacji porady położnej POZ dla pacjentek z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej, a także kobiet ciężarnych (wykonanie badania KTG).

Powyższe ma na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu ww. pacjentek zamieszkałych na terenach z utrudnionym dostępem do lekarza ginekologa lub lekarza położnika.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż systematycznie od kilku lat kierownicy podmiotów realizujący świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zwracają się z zapytaniem „od kiedy będzie możliwość kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia powyższych

„od kiedy będzie możliwość kontraktowania z Narodowym Funduszem Zdrowia powyższych porad pielęgniarki i położnej”. W uzasadnieniu ww. sytuacji wskazują na pilną potrzebę zastosowania takiego rozwiązania w celu zwiększenia dostępności określonej grupy pacjentów do świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej, podkreślając zasadność realizacji przez pielęgniarki i położne świadczeń gwarantowanych, które są zawarte w tych poradach.

W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wprowadzającego porady pielęgniarki POZ i położnej POZ, projektodawca wskazywał na potrzebę **„usprawnienia funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie świadczeniobiorcom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, które wymagają interwencji bez konieczności bezpośredniego i osobistego zaangażowania personelu lekarskiego przez wyodrębnienie porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej wraz z dookreśleniem warunków ich realizacji”**.

Ponadto, należy przypomnieć, iż obecnie obowiązujące rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w przypadku pielęgniarki POZ, a także położnej POZ ogranicza wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy do przypadków medycznie uzasadnionych.

Przypomnienia wymaga fakt, iż 2 października 2019 r. ogłoszono rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2019 r., poz. 1864) wprowadzające porady pielęgniarskie w poradni chirurgii ogólnej, diabetologicznej, kardiologicznej oraz porady położnej w zakresie położnictwa i ginekologii. W uzasadnieniu do projektu ww. rozporządzenia wskazano, iż wprowadzenie porad było podyktowane w pierwszej kolejności analizą, z której wynikało, że w Rzeczypospolitej Polskiej jedne z najwyższych współczynników chorobowości dotyczą niewydolności serca i innych schorzeń kardiologicznych, cukrzycy oraz związanej z nią powikłań, w tym zespołu stopy cukrzycowej. Ponadto, istotne było także zapewnienie właściwej opieki dla kobiet w zakresie położnictwa i ginekologii.

Świadczenia zdrowotne realizowane w ramach porady pielęgniarki i położnej w AOS zostały wycenione w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 182/2019/DSOZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Szczegółowa wycena procedur dotyczyła świadczeń gwarantowanych w ww. poradniach specjalistycznych, na przykład: oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki, wycięcie wilgotnej tkanki martwiczej, usunięcie szwów ze ściany jamy brzusznej.

Poradę pielęgniarki POZ i położnej POZ należy wycenić analogicznie, jak w przypadku porady pielęgniarki i położnej w AOS. Zasadnym byłoby przyjęcie wyceny dla każdego zakresu świadczenia objętego poradą pielęgniarki POZ:

- 1) profilaktyka chorób i promocja zdrowia,
 - 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
 - 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne,
 - 4) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia,
 - 5) ordynowanie wyrobów medycznych,
 - 6) wystawianie skierowanie na wykonanie badań diagnostycznych,
- oraz dla każdego zakresu świadczenia objętego poradą położnej POZ:

- 1) porada dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej,
- 2) dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego,
- 3) ordynowanie leków zawierających substancje czynne,
- 4) wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji leczenia,
- 5) ordynowanie wyrobów medycznych,
- 6) wystawianie skierowanie na wykonanie badań diagnostycznych,
- 7) wykonywanie oraz interpretacja badania KTG u kobiety ciężarnej.

Ponadto, należy przypomnieć, że w pracach przy tworzeniu porady pielęgniarki POZ, położnej POZ brali udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z Departamentów: Pielęgniarek i Położnych, Polityki Lekowej i Farmacji, Analiz i Strategii, Prawnego, a także przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia. Wypracowany finalnie projekt porady pielęgniarki POZ, położnej POZ rozgraniczał świadczenia zdrowotne, które powinny być wykonywane odrębnie od świadczeń realizowanych w ramach stawki kapitacyjnej.

Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wprowadzenie rozporządzeniem Ministra Zdrowia porady pielęgniarki POZ oraz porady położnej POZ, stanowi realizację postulatów ujętych w § 1 ust. 6 Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r. zawartego między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia, **dlatego oczekujemy pilnej wyceny ww. porad w celu ich kontraktowania przez świadczeniodawców.**

Z wyrazami szacunku,
Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas



Minister Zdrowia

Warszawa, 31 sierpnia 2021

DLU.740.36.2021.AG

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo o znaku NIPiP-NRPiP-DM.0025.106.2021.MK z dnia 21 lipca 2021 r., w sprawie wyceny porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz położnej POZ, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zarządzeniem z dnia 8 lipca 2021 r. (DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.49), Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Do zadań powyższego Zespołu należeć będzie:

- przygotowanie koncepcji zmian dotyczących działania podmiotów POZ;
- wypracowanie zmian w zakresie finansowania świadczeń POZ;
- wypracowanie mechanizmu kształtowania wysokości stawki kapitałowej w odniesieniu do wskaźnika udziału teleporad we wszystkich poradach lekarskich.

Jednym z elementów prac podejmowanych przez ww. Zespół, wpisujących się w przywołane wypracowanie zmian w zakresie finansowania POZ, będzie także wnioskowana porada pielęgniarki oraz położnej POZ.

Nowe rozwiązania przełożą się na zapewnienie odpowiedniego dostępu do świadczeń z zakresu POZ oraz właściwej jakości ich realizacji, wskazując prawidłowy kierunek zmian, korzystnych zarówno dla świadczeniodawców, jak i pacjentów. Wypracowane regulacje prawne przełożą się również na nowe podejście do zagadnień finansowania POZ.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10 tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NIPiP-NRPiP-DM.0025.91.2021.JP

Warszawa, dnia 1 lipca 2021 r.

Pan
Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z treścią art. 56 ust. 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (t.j. Dz. U z 2021 r., poz. 666, ze zm.) oraz występującymi w przestrzeni publicznej oraz w środowisku medycznym licznymi wątpliwościami co do kręgu podmiotów obowiązanych do przekazywania danych o zdarzeniach medycznych do Systemu Informacji Medycznej w ramach platformy P1 oraz zakresu danych podlegających przekazywaniu, zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie informacji w poniższym zakresie:

- 1) czy obowiązek przekazywania danych zdarzenia medycznego, o którym mowa w art. 56 ust. 2a ww. ustawy, obejmuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą (w tym indywidualne i grupowe praktyki zawodowe oraz podmioty lecznicze), niezależnie od zakresu udzielanych świadczeń?
- 2) czy obowiązek przekazywania danych zdarzenia medycznego do systemu P1 dotyczy również podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które nie prowadzą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej lub dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej?
- 3) czy obowiązek przekazywania danych zdarzenia medycznego do systemu P1 obejmuje również udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych, w tym m.in. z zakresu opieki długoterminowej?
- 4) jakie kategorie świadczeń zdrowotnych są wyłączone z obowiązku raportowania danych o zdarzeniach medycznych do systemu P1?
- 5) czy podmiot wykonujący działalność leczniczą (praktyka zawodowa lub podmiot leczniczy), którego warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej jest zobowiązany do przekazywania danych do platformy P1, a jeżeli tak – w jaki sposób powinien zrealizować powyższy obowiązek?
- 6) czy osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej, zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych lub udzielające świadczeń zdrowotnych na rzecz usługodawców w ramach

własnych praktyk zawodowych są zobowiązane do przekazywania danych o zdarzeniach medycznych do systemu P1 oraz, czy są zobowiązane do uzyskania certyfikatów WSS i TLS w systemie P1?

7) kto ponosi koszt dostosowania infrastruktury teleinformatycznej praktyki zawodowej lub podmiotu leczniczego do wskazanych wyżej wymogów oraz, czy przewidziane są formy wsparcia finansowego dla podmiotów zobowiązanych w celu dostosowania swoich działalności do obowiązków wynikających z przywołanych wyżej przepisów prawa?

8) jakie konsekwencje prawne wiążą się z niezrealizowaniem przez usługodawców obowiązków wynikających z art. 56a ust. 2 i 4 ustawy?

Uprzejmie proszę o potraktowanie sprawy jako pilnej i możliwie szybkie udzielenie odpowiedzi w powyższym zakresie, aby uniknąć jakichkolwiek wątpliwości co do zakresu obowiązków ciążyących na przedstawicielach zawodu pielęgniarek i położnych w związku z przywołanymi wyżej regulacjami.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska





Minister Zdrowia

Warszawa, 06 sierpnia 2021

DIWP.024.117.2021.MG

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do pisma znak: NIPiP-NRPIp-DM.0025.91.2021.JP w sprawie obowiązku przekazywania danych zdarzenia medycznego do Systemu Informacji Medycznej (dalej: SIM), uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Od dnia 1 lipca br. usługodawcy zobowiązani są:

- 1) przekazywać do SIM dane zdarzenia medycznego przetwarzanego,
- 2) dokonywać za pośrednictwem SIM wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej (dalej EDM) określonej w przepisach wydanych na podstawie art. 13a ustawy z dnia 29 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666), zwanej dalej „ustawą o SIOZ”.

Obowiązek przekazywania do SIM danych dotyczących zdarzenia medycznego dotyczy wszystkich usługodawców. Pojęcie usługodawcy zostało zdefiniowane w art. 2 pkt 15 ustawy o SIOZ, zgodnie z którym usługodawcą jest świadczeniodawca, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Wskazany przepis z kolei definiuje świadczeniodawcę jako:

- 1) podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej,
- 2) osobę fizyczną inną niż wymieniona w pkt. 1, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej,
- 3) podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne,
- 4) podmiot udzielający opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97).

Należy podkreślić, iż odesłanie w definicji usługodawcy zawartej w ustawie o SIOZ do przepisu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie oznacza, iż usługodawcą będzie wyłącznie podmiot, który posiada umowę z publicznym płatnikiem (NFZ). Art. 5 pkt 41 ww. ustawy nie uzależnia bowiem nabycia statusu świadczeniodawcy od faktu posiadania umowy z NFZ (tak jak czyni to np. art. 5 pkt 14 ustawy dotyczący lekarza ubezpieczenia zdrowotnego), lecz odnosi się do szerokiego pojęcia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, który może udzielać świadczeń zdrowotnych zarówno komercyjnie, jak i finansowanych ze środków publicznych (omawiany przepis nie wprowadza ograniczeń w tym zakresie).

Zatem obowiązek przekazywania do SIM danych dotyczących zdarzenia medycznego dotyczy wszystkich usługobiorców, niezależnie od źródła finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych, jak również niezależnie od rodzaju udzielanych świadczeń. W tym miejscu należy podkreślić, iż przez zdarzenie medyczne należy rozumieć działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania, w tym także świadczenia zdrowotne z zakresu opieki długoterminowej. Szczegółowy zakres danych zdarzenia medycznego jakie usługodawcy zobowiązani są przekazywać do SIM w związku z wypełnieniem ciążącego na nich obowiązku określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. poz. 1253). W tym miejscu warto podkreślić, iż jedną z przekazywanych danych są dane dotyczące elektronicznej dokumentacji medycznej, do której przekazywania będą zobowiązani usługodawcy, którzy z uwagi na rodzaj prowadzonej działalności leczniczej wytwarzają powołaną dokumentację.

Warto podkreślić, iż obowiązek przekazywania danych zdarzenia medycznego ma na celu uzyskanie istotnych i kompleksowych informacji o stanie zdrowia pacjenta. W związku z powyższym pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych w podmiocie leczniczym, jak i udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach własnych praktyk zawodowych wyłącznie w zakładzie leczniczym, na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, nie muszą indywidualnie przekazywać danych o zdarzeniach medycznych do SIM. Wynika to z faktu, iż udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach tych zdarzeń medycznych, pielęgniarki lub położne nie działają jako samodzielny usługodawca, lecz na rzecz (czy też w imieniu) usługodawcy, który je zatrudnia (z którym współpracują). W związku tym to właśnie podmiot leczniczy zatrudniający (współpracujący) na ww. zasadach z pielęgniarkami i położnymi jest w tym przypadku usługodawcą w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy o SIOZ, i tym samym jest zobligowany do przekazywania do SIM danych o zdarzeniach medycznych zrealizowanych w danym podmiocie leczniczym zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy o SIOZ.

W świetle powyższego pielęgniarki i położne, udzielając świadczeń zdrowotnych w ramach praktyk zawodowych wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, nie muszą również podłączać się jako usługodawca do Systemu e-Zdrowia (P1) na zasadach określonych w art. 7 ust. 3a-3c ww. ustawy o SIOZ.

Podkreślenia wymaga natomiast, że jeżeli pielęgniarka lub położna udziela świadczeń zdrowotnych w ramach innych rodzajów praktyk zawodowych niż wykonywane wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład, to wpisuje się ona w ww. pojęcie usługodawcy i wówczas to na niej ciąży obowiązek podłączenia się do Systemu e-Zdrowia i przekazywania danych zdarzenia medycznego.

Obowiązek zapewniania możliwości wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej oraz przekazywania do SIM danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji spoczywa na usługodawcach. Niemniej Ministerstwo Zdrowia, NFZ oraz Centrum e-Zdrowia wspierają świadczeniodawców w procesie transformacji cyfrowej poprzez dofinansowania oraz szkolenia. Takie dofinansowanie było przewidziane w zakresie wdrażania EDM na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ, w efekcie których zrealizowano dwa pilotaże w zakresie elektronicznej dokumentacji medycznej.

Pierwszy Pilotaż EDM trwał od sierpnia 2020 r. do końca kwietnia 2021 r., skierowany był do najliczniejszej grupy usługodawców realizujących świadczenia zdrowotne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego. Usługodawcy mogli uzyskać dofinansowanie nabycia i sfinansowania urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług związanych z uruchomieniem raportowania zdarzeń medycznych lub prowadzeniem wymiany EDM, które kształtowało się w przedziale od 15 tys. do 30 tys. Natomiast w ramach aktywnego udziału w Pilotażu, usługodawcy mogli uzyskać z NFZ finansowanie na poziomie nawet 72 570 zł miesięcznie w przypadku leczenia szpitalnego i 33 456 zł miesięcznie w pozostałych rodzajach świadczeń objętych Pilotażem.

Mając na względzie potrzebę dalszego wsparcia usługodawców w omawianym procesie, uruchomiono drugi etap Pilotażu EDM, który trwał do końca czerwca 2021 r. i był skierowany do wszystkich usługodawców posiadających zawarte umowy z NFZ. W ramach Pilotażu usługodawcy mogli również uzyskać dofinansowanie nabycia i sfinansowania urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług związanych z uruchomieniem raportowania zdarzeń medycznych lub prowadzeniem wymiany EDM (15 tys. zł), oraz finansowanie aktywnego udziału na poziomie 15 tys. zł miesięcznie (kryterium min. tylko 20 wymian EDM miesięcznie).

Ponadto trwają szkolenia w ramach projektu: „Poprawa jakości świadczonych usług medycznych poprzez zapoznanie i przeszkolenie pracowników podmiotów leczniczych z podstawowymi terminami i procesami związanymi z wystawianiem, prowadzeniem i wymianą Elektronicznej Dokumentacji Medycznej” – na każdym ze szkoleń prezentowany jest blok tematyczny obejmujący zakresem EDM i zdarzenia medyczne. Odnosząc się do pytania o konsekwencje prawne związane z niedostosowaniem się usługodawców do obowiązków wymiany danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej oraz przekazywania do SIM danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji, uprzejmie informuję, że na obecną chwilę nie przewidujemy kar lub innych konsekwencji prawno-finansowych. Jednak podmioty lecznicze powinny jak najszybciej dostosować się do ww. obowiązków, gdyż są to obowiązki wynikające z ustawy (art. 56 ust. 2a ustawy o SIOZ).

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Anna Goławska
Podsekretarz Stanu



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10 tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NIPiP-NRPiP-DM.0025.115.2021.JP

Warszawa, dnia 30 sierpnia 2021 r.

**Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

**Członkowie Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowne Państwo

W związku z podjęciem przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych działań i wystąpienia do Głównego Inspektora Sanitarnego z prośbą o wydanie dla pielęgniarek POZ i położnych POZ, realizujących świadczenia zdrowotne w warunkach domowych, wytycznych w zakresie transportu odpadów medycznych, wytworzonych w trakcie wizyty domowej, w załączeniu przesyłam otrzymaną korespondencję, powiadamiającą o podjętych w tej sprawie czynnościach.

Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Załączniki:

1. Pismo z dnia 8 kwietnia 2021 r., znak::025.41.2021.MK, skierowane do Krzysztofa Saczki, Zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego.
2. Pismo z dnia 13 sierpnia 2021 r., znak: HŚ.NS.541.217.2021.JŁ, odpowiedź z Głównego Inspektora Sanitarnego, zawierające pismo z dnia 20 czerwca 2021 r. dr n. o zdr. Marii Cianciary, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych.



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM.025.41.2021.MK

Warszawa, dnia 8 kwietnia 2021 r.

Pan

Krzysztof Saczka

Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

Szanowny Panie Ministrze

W związku ze znacznym wzrostem w środowisku domowym liczby pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, u których pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizują świadczenia zdrowotne, zwracam się z prośbą do Pana Ministra o wydanie zaleceń dotyczących przewożenia komunikacją publiczną przez pielęgniarki POZ odpadów medycznych wytworzonych podczas realizacji świadczeń u pacjenta z COVID-19.

Do odpadów medycznych należą m.in. środki ochrony indywidualnej, materiały opatrunkowe, igły, aparaty do przetaczania kroplowych wlewów dożylnych, opakowania po produktach leczniczych, jednorazowy zestaw narzędzi chirurgicznych.

Zgodnie z art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1845 ze zm.) kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Działania te obejmują w szczególności:

- 1) ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych;
- 2) monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń;
- 3) opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji:
 - a) skóry i błon śluzowych lub innych tkanek,
 - b) wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro i aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, oraz powierzchni pomieszczeń i urządzeń;
- 4) stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych;

- 5) wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej;
- 6) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań, zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

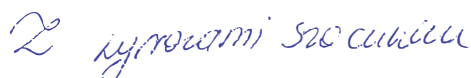
Normy § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017 r. w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz. U. z 2017 r., poz. 1975), stanowią, iż:

1. Podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych lub prowadzące badania i doświadczenia naukowe w zakresie medycyny stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi w zakresie selektywnego zbierania, transportu i wstępnego magazynowania odpadów medycznych wraz z instrukcją selektywnego zbierania odpadów medycznych w miejscu ich powstawania.
2. Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania stosują, opracowaną przez siebie, szczegółową procedurę postępowania z odpadami medycznymi przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania, która zawiera oznaczenie miejsca wstępnego magazynowania odpadów medycznych przez te osoby.

Zgodnie z § 2 ww. rozporządzenia odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, zbierane są do pojemników lub worków, o którym mowa w § 3 ww. rozporządzenia oraz przekazywane niezwłocznie do pomieszczenia lub urządzenia, o którym mowa w § 7 ww. rozporządzenia, z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

Pielęgniarki POZ realizując świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 gromadzą odpady medyczne do pojemników lub worków, o których mowa powyżej, jednakże problem budzi kwestia zachowania odpowiednich środków ostrożności w trakcie ich transportu do miejsca magazynowania, w sytuacji gdy ww. pielęgniarki poruszają się komunikacją publiczną.

W związku z powyższym, zwracamy się do Pana Ministra z prośbą o wydanie szczegółowych wytycznych zachowania odpowiednich środków ostrożności przy wykonywaniu powyższego transportu.


Wiceprezes NRPiP


Mariola Łodzińska



GŁÓWNY INSPEKTOR SANITARNY

HŚ.NS.541.217.2021.JŁ

Warszawa, dnia 13 sierpnia 2021 r.

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

mając na uwadze wystąpienie znak: NIPiP-NRPiP-DM.025.41.2021.MK w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych, proszę po przyjęcie następujących wyjaśnień.

Informuję, iż w przedmiotowej sprawie Główny Inspektorat Sanitarny uzyskał stanowisko Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, z którego wynika, że w celu prawidłowego zabezpieczenia procedury w zakresie postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym u pacjenta z COVID-19, pielęgniarki POZ powinny mieć udostępniony środek transportu-samochód.

W związku z powyższym o opinię w przedmiotowej sprawie poproszono także Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

Po wypracowaniu ostatecznego stanowiska zostanie Państwu przekazana odpowiedź na wspomniane wystąpienie.

Z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny
wz. Krzysztof Saczka
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik

stanowisko Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

niepodległa

POLEKA
STULECIE ODZYSKANIA
NIEPODLEGŁOŚCI

GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY
ul. Targowa 65 | 03-729 Warszawa
+48 22 345 33 00
inspektorat@gis.gov.pl | www.gis.gov.pl



POLSKIE
STOWARZYSZENIE
PIELĘGNIAREK
EPIDEMIOLOGICZNYCH

Łódź, 20.06.2021 r.

Główny Inspektor Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

Szanowny Panie

W imieniu Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych przesyłam odpowiedź na pismo HŚ.NS.541.217.2021.Jł w sprawie realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID – 19, w zakresie przewożenia komunikacją publiczną odpadów medycznych.

Po wnikliwym rozpoznaniu przedmiotowej sprawy na podstawie zgromadzonych informacji w tym Wytycznych Ministra Klimatu i Głównego Inspektora Sanitarnego *w sprawie postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na wywołaną przez niego chorobę COVID-19 (w czasie trwania pandemii/epidemii)* jak najbardziej zasadnym jest postępowanie z odpadami opisane w cytowanym dokumencie i powinno stanowić podstawę do opracowania przez podmiot Podstawowej Opieki Zdrowotnej stosownej procedury.

Proponujemy przykładowe zapisy do procedury :

Cel procedury: Bezpieczne postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta.

Sposób postępowania:

1. Przed udaniem się na wizytę domową u pacjenta należy:
 - zabezpieczyć się w środki ochrony indywidualnej maskę, fartuch jednorazowy , rękawice, środek dezynfekcyjny do skóry rąk,
 - zabrać ze sobą worki foliowe w kolorze czerwonym (odpowiedniej wielkości) jeśli jest konieczność również sztywny pojemnik na ostry sprzęt,
 - dodatkowo pojemnik z wkładem chłodzącym - w przypadku wysokiej temperatury powietrza.
2. Odpady medyczne powstałe w środowisku pacjenta traktować z ostrożnością jako potencjalnie niebezpieczne i zbierać bezpośrednio do worka foliowego lub pojemnika.
3. Po zakończeniu wykonywania świadczenia w worku umieścić również zużyte środki ochrony indywidualnej.
4. Worek zawiązać i umieścić w drugim worku lub w przenośnym pojemniku z wkładem chłodzącym.*
5. Zdezynfekować dłonie.



* W celu prawidłowego zabezpieczenia procedury, pielęgniarki realizujące świadczenie zdrowotne u pacjenta z COVID – 19 w środowisku domowym powinny mieć udostępniony środek transportu - samochód.

W przeanalizowanych dokumentach prawnych, wytycznych, zaleceniach różnych instytucji nie znaleziono bezpośredniego odniesienia dotyczącego transportu odpadów medycznych generowanych przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta.

Źródła:

1. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 5 października 2017 r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
2. Ustawa z dnia 05 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi
3. Wytyczne KE dotyczące postępowania z odpadami COVID-19 z dnia 22 kwietnia 2020
4. Sposoby zagospodarowania niebezpiecznych odpadów medycznych i weterynaryjnych w Polsce oraz innych krajach Unii Europejskiej Opinia i ekspertyzy OE-334. Biuro analiz, dokumentacji i korespondencji. Kancelaria Senatu – maj 2021
5. <https://osha.europa.eu/en/highlights/covid-19-guidance-workplace>

z poważaniem

PREZES
Polskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Epidemiologicznych
Mariane Kubiś
dr n. o zdrowiu Maria Cianciana

Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych
ul. S. Jaracza 106/108, 90- 231 Łódź, tel. 607 – 579 – 277 email: pspe@onet.pl <http://www.pspe.pl>

NIP: 675-12-13-538





NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10 tel.: 22 327 61 61, fax 22 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

NIPiP-NRPiP-DM.0025.116.2021.JP

Warszawa, dnia 30 sierpnia 2021 r.

**Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

**Członkowie Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych**

Szanowni Państwo

W związku z podjęciem przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych działań i wystosowania do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prośby o podwyższenie stawki osobodnia za realizację świadczenia w rodzaju: pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, w załączeniu przedstawiam otrzymaną w tej sprawie korespondencję.

Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska
Mariola Łodzińska

Załączniki:

1. Pismo z dnia 20 lipca 2021 r., znak: 0025.104.2021.JP.
2. Pismo z dnia 5 sierpnia 2021 r., znak: WT.071.27.2021.KL.3.



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

www.aotmit.gov.pl

WT.071.27.2021.KL.3

Warszawa, 05.08.2021 r.

**Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10
02-757 Warszawa**

Dotyczy: prośby o podjęcie działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w rodzaju: pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo NIPiP-NRPiP-DM.0025.104.2021.JP z dnia 20 lipca 2021 roku, dotyczące prośby o podjęcie działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w rodzaju: *Pielęgniarstwa opieka długoterminowa domowa* poprzez wprowadzenie zaproponowanych zmian, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Zgodnie z art. 311a *Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, taryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej jest prowadzona na podstawie planu taryfikacji AOTMiT, sporządzanego w terminie do dnia 1 czerwca danego roku na rok kolejny i akceptowanego przez Ministra Zdrowia. W planie taryfikacji ujmowane są całe obszary świadczeń, wybierane przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: sytuacja epidemiologiczna i procesy demograficzne zachodzące w Polsce, szczególne potrzeby wybranych grup pacjentów, znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa. W planie zawarty jest również punkt *Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*, na podstawie którego Minister Zdrowia może zlecić prace nad wyceną innych świadczeń, o ile w jego opinii istnieje taka potrzeba.

Z powyższego wynika zatem, że jedynym organem uprawnionym do skutecznego zainicjowania procesu wyceny świadczeń jest Minister Zdrowia. Z tego względu prośba o podjęcie pilnych działań w kierunku podwyższenia stawki osobodnia za realizację świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej została przekazana do Ministra Zdrowia, do decyzji o zleceniu Agencji tego zadania.

Jednocześnie proszę przyjąć zapewnienie, że konstrukcja wycen oparta na wskazaniu świadczenia bazowego i wag pozostałych powiązanych produktów względem niego jest stosowana w różnych obszarach i nie rzutuje na możliwość zmiany taryf wybranych świadczeń, w tym świadczenia wskazanego jako bazowe.

Z poważaniem

dr n. med. Roman Topór-Mądry

LODY EKIPY I MIŁOŚĆ ROMEA I JULII CZYLI O TYM, CO NAS SPOTYKA, GDY CHODZIMY NA SKRÓTY

BEATA PIETRZAK
– psycholog kliniczny

Angielski filozof, matematyk i fizyk teoretyczny Alfred North Whitehead powiedział kiedyś, że „Cywilizacja rozwija się przez wzrost liczby operacji, które możemy wykonywać bez myślenia o nich”. No tak, nie tracimy czasu na zastanawianie się, tylko działamy schematycznie, według przepracowanych wcześniej algorytmów, stąd można rozwijać się coraz szybciej. Funkcjonujemy „na skróty”: znamy znaczki firmowe, które oznaczają „drogie i dobre”, korzystamy z intuicyjnych sprzętów, „umawiamy się” jaki kolor paznokci modny jest jesienią 2021, a jaki stał się już *passé*. Wywołano w nas już przemożne poczucie winy po podlaniu wodą z sieci ogródka przydomowego, bo wcześniej pokazano nam wyschnięte, wymarte środowisko i to przez nas właśnie, przez nasze pomidorki czy co gorsza floksy! Żyjemy w poczuciu, że istnieją organizacje, które troszczą się o przyrodę, głodne dzieci czy zwierzęta. Ale to tylko fikcja... Bo kiedy czekam w upalne dni na deszczówkę by podlać swój ogród (który nota bene też jest przyrodą) włączam rozum i wtedy mocno się denerwuję. Czy moje podlanie ogrodu (woda przecież krąży w przyrodzie) jest gorsze od degradowania środowiska przez takie koncerty jak Coca Cola, którą powinniśmy gościć na świątecznym stole?

Krótko mówiąc, myślenie na skróty jest chyba nieuniknione, bo żyjemy w niestychanie skomplikowanym otoczeniu, bardzo szybko się zmieniającym, więc żeby sobie w nim poradzić, musimy korzystać ze skrótów. Trudno wymagać od siebie analizowania i roztrząsania każdego aspektu, każdej osoby i sytuacji napotykaną w ciągu dnia. Nie mamy na to ani czasu, ani energii. W zamian posługujemy się stereotypami, bądź regułami z grubsza tylko prawdziwymi, klasyfikujemy obiekty po ich kluczowych jedynie cechach, by automatycznie zareagować na te spustowe cechy.

Psychologowie opisali kilka takich umysłowych „przejęć na skróty”, których używamy na co dzień w radzeniu sobie z zalewającą nas zewsząd falą bodźców. Nazywają się one **heurystykami sądzenia** i działają podobnie, na zasadzie „drogie – dobre” upraszczając tym samym proces wydawania sądów.

Najczęściej ten zabieg jest dla nas korzystny, czasami jednak bezrefleksyjność naraża nas na kosztowne pomyłki.

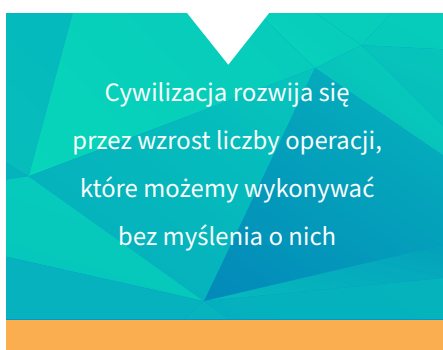
REGUŁA WZAJEMNOŚCI

Pamiętam jak lata temu moja koleżanka, która wyjechała po studiach za chlebem do Szwecji opowiadała jak to tam dostatnio żyje ale mimo wszystko wciąż obco. „Nie wyobrażasz sobie – mówi, jak dziwnie na nas patrzą, gdy pukamy do drzwi sąsiada i prosimy o pożyczenie jajka albo wiertarki... I nie chodzi o to, że nie chcą pożyczyć, wręcz przeciwnie, przyniosą kilka naraz ale pozostajesz z uczuciem, że to nie jest normalne. Albo sytuacja na placu zabaw, w piaskownicy: wyciągam paczkę z cukierkami, podaję swojemu dziecku ale częstuję także inne dzieci. Wtedy widzę napięty uśmiech na twarzach ich matek, które nagle zrywają się, znikają, po czym zjawiają się z masą słodyczy i częstują nimi moje dziecko. I wiesz, to wcale nie było przyjemne, tylko sztuczne jakieś...”

Reguła wzajemności mówi, że każdej osobie, która wyświadczyła nam jakąś przysługę, trzeba się odwdziżyć. Wynika to z faktu, że ludzie mają silne poczucie zobowiązania i z tej przyczyny nierzadko są w stanie spełnić czyjąś prośbę nawet jeśli uważają iż źle postępują. Wystarczy zatem oddać komuś drobną przysługę czy też dać coś od

siebie aby zwiększyć w przyszłości szanse na uzyskanie czegoś potrzebnego w przyszłości. Niekiedy zdarzają się takie krępujące sytuacje w pracy z pacjentami, kiedy pacjent, bądź jego rodzina nalega na przyjęcie czekoladek, zanim cokolwiek jeszcze dla niego zrobimy. Nie ma to wówczas nic wspólnego ze szczerą wdzięcznością za okazaną pomoc czy zainteresowanie.

Ta sama reguła ma szerokie zastosowanie w handlu. Każdy z nas zetknął się pewnie z amerykańską korporacją Amway zajmującą się domokrężną sprzedażą produktów higieny osobistej i środków czystości. W ciągu zaledwie kilku lat z prymitywnego przedsięwzięcia rozwinęła się ogromna korporacja, dzięki zastosowaniu szeregu strategii manipulacyjnych, między innymi umiejętnego wykorzystywania reguły wzajem-



ności. Sprzedawca trafiał do naszego domu i wręczał mały kontener z próbkami różnych produktów do wypróbowania „bez zobowiązania i zupełnie za darmo”. I nie było w tym żadnego kłamstwa. Wiemy już jednak, co się dzieje z klientką, która pozwoliła się obdarować w ten sposób. Najpewniej wpadła w regułę wzajemności i poczuła potrzebę zrewanżowania się, więc... zakupiła produkty z katalogu, o co właśnie chodziło. Przykładów takich naszych decyzji można mnożyć całe mnóstwo: zaakceptowanie beznadziejnej fryzury, całkiem innej niż ta, o którą prosiliśmy, bo fryzjer się napracował. Kupienie niechcianej sukienki, bo sprzedawczyni tyle nam ich naznosiła. Kupienie sera, którego nikt z domowników nie zje, bo zostaliśmy poczęstowani przekąską w markecie itd., itd.

Jedną ze znanych technik odwołującą się do reguły wzajemności jest technika zwana „drzwiami w twarz” opierająca się na obligacji do odwzajemniania ustępstw. Rozpoczynając od dużej prośby, która z pewnością spotka się z odmową, osoba prosi o mniej (na której jej od początku zależało), zwiększając tym samym szanse spełnienia tej prośby. Np. „mamo, czy mogę sobie zrobić tunele w obu uszach?” – „Nie ma mowy”. – „To może chociaż pozwoliś mi na mały tatuażyk?” – „No, z dwojga złego, niech ci będzie”.

Jak się bronić przed drzemiącą w regule wzajemności sile? Przede wszystkim musimy pamiętać, że w naszym życiu napotykamy jednak wiele osób bezinteresownie proponujących nam mniejsze bądź większe dobra. W moim odczuciu odrzucenie przyjęcia czekoladek od rodziny pacjenta, która czuje szczerą wdzięczność za okazane serce jest sytuacją przykrą. Bardziej ludzkie i na miejscu jest zaakceptowanie oferowanego dobra. Chodzi tu jednak o akceptowanie tego, czym jest naprawdę (wdzięczność), a nie tego, na co ma wyglądać, kiedy ktoś próbuje nami w ten sposób manipulować. Jeżeli więc przystuga jest szczerą, powinniśmy ją przyjąć, bo tak każe piękna, stara tradycja sięgająca zarania kultury ludzkiej. Pozwolić dziecku zjeść danego mu cukierka i popatrzeć na to jak na gest przyjaźni a nie zobowiązanie do rewanżu. Jeśli jednak początkowa przystuga okazuje się próbą zmanipulowania nas i wciągnięcia w nieproporcjonalnie wysoki rewanż, to powinniśmy zdać sobie jasno sprawę, iż mamy do czynienia nie z partnerem do wymiany ale naciągaczem i że nie jest to przystuga tylko trik. Nie musimy zatem niczego odwzajemniać.

REGUŁA ZAANGAŻOWANIA I KONSEKWENCJI

Pragniemy być konsekwentni i wyglądać na konsekwentnych w oczach innych. Kiedy już zaangażujemy się w jakieś działanie albo przyjmujemy stanowisko w konkretnej sprawie, odczuwamy wewnętrzną potrzebę postępowania spójnie i konsekwentnie. Względy społeczne i kulturowe nakazują nam trzymanie się swoich wyborów, nawet jeśli w dłuższej perspektywie okażą się one dla nas niekorzystne. W praktyce oznacza to, że jeśli zobowiązujemy się do wykonania czegoś, później z reguły nie wycofujemy się ze swojej deklaracji. Włączając się przy tym mechanizmy usprawiedliwiające nasze działania na wypadek gdyby pojawiał się dysonans i napięcie. Ta automatyczna konsekwencja służy nam głównie jako ochrona przed myśleniem, rozważaniem, zastanawianiem się. Nie powinno nas więc dziwić, jak często wykorzystywana przez tych, którym zależy na tym, byśmy nie użyli rozumu. I tak na przykład mechanizm ten

wykorzystali sprzedawcy zabawek, którym zależało na utrzymaniu wysokiej sprzedawalności zabawek po okresie Bożego Narodzenia. Często obiecujemy dzieciom, że dostaną wymarzoną zabawkę (widzianą w reklamie) pod choinkę. Jednak tuż przed świętami okazuje się, że prezent jest nie do zdobycia, ponieważ ze względu na ograniczony nakład został on aktualnie wyprzedany. Kupujemy zatem prezent zastępczy. Po świętach deficytowy towar znów się pojawia, więc nie mamy wyjścia i kupujemy. Przecież obietnica, to obietnica...

Można wymieniać i inne, bardziej drastyczne przykłady pokazujące, jak człowiek raz skłoniony do bezrefleksyjnego działania czy sądu wpada w macki manipulacji. Berlin z początku lat trzydziestych ubiegłego wieku, gdzie w dzielnicy zamieszkałej przez inteligencję niemiecką pochodzenia żydowskiego, kolejno pokazywały się zakazy dla Żydów. Na początek nie wolno im było siadać na ławkach w parku (ludzie to zaakceptowali!), następnie wchodzić na basen, potem, że Żydom wolno sprzedawać chleb i produkty żywnościowe tylko po 17.00. Mimo, że w pewnym momencie część obywateli zaczęła odczuwać dyskomfort i wewnętrzną niezgodę na rozwój sytuacji, to wcześniejsze zaangażowanie, wymusiło konsekwencję, a napięcie zostało zniwelowane racjonalizacjami w stylu „to ludzie inni, obcy, roznoszą epidemię, zarazki”...

Innym ciekawym przykładem, zaangażowania – konsekwencji, są ceremonie przyjmowania nowicjuszy do swojego grona, tzw. otrzęsiny, kocenia, inicjacje itd. Sprawcy dręczenia, np. w wojsku, jawią się przecież jako ludzie normalni, zaangażowani społecznie i zdrowi psychicznie, którzy wyjątkowo, w jednym momencie zdradzają „sadyistyczne objawy”, to jest podczas otrzęsin nowicjuszy. Wygląda na to, że w tego rodzaju ceremoniach jest coś cennego dla podtrzymujących je grup. Okazuje się, iż przejście przez trudy bycia dręczonym powoduje, iż nowo przyjęci będą wysoko cenić swoją przynależność do grupy, będą się z nią utożsamiać, chętnie i lojalnie działać na jej rzecz, poświęcać się dla jej dobra. Mimo, że nowo przyjęty mocno doświadczy stosowanych wobec niego, nieraz okrutnych działań i mimo że przed inicjacją negatywnie oceniał tego typu praktyki, dokładnie tak samo potraktuje kolejnych nowicjuszy.

Przedstawiciele nauk społecznych udowodnili, że ludzie mają skłonność do brania osobistej odpowiedzialności za własne postępowanie, jeśli myślą, że wynika ono z ich własnego wyboru, bez żadnych nacisków z zewnątrz. Na przykład dużej wartości nagrody stanowią nacisk tego rodzaju ale co ciekawe, o ile mogą skłonić nas do określonych działań, to nie nakłonią nas do wzięcia za nie odpowiedzialności. W konsekwencji, nie będziemy mieć poczucia osobistego zaangażowania w te działania (nasuwa się więc interesujący wniosek: wysokie wynagrodzenie za zleconą pracę nie jest warunkiem osobistego w nią zaangażowania). Podobnie jest z groźbami – mogą wymóc na nas jakieś postępowanie ale szansa na to, iż spowodują nasze trwałe zaangażowanie jest marna.

Reasumując: nie karami, czy nagrodami lecz wywołaniem w drugiej osobie przekonania, że zgodne jest to z jej wewnętrznymi przekonaniem można doprowadzić do wzięcia przez tę osobę odpowiedzialności za własne działania i zmotywować ją do trwałego zaangażowania się (zgodnie z powiedzeniem Samuela Butlera: „Kto zgadza się przeciw swej woli, przy dawnej opinii stoi”).

Żeby nie ulec manipulacji należy włączyć krytyczne myślenie przed podjęciem jakichkolwiek działań i rozważyć, chcę w to dalej brnąć, czy w ogóle jest sens się w to angażować, czy jest zasadne kurczowe trzymanie się zasad „dla zasady?”

SPOŁECZNY DOWÓD SŁUSZNOŚCI

Każdy z nas zetknął się podczas oglądania serialu komediowego bądź innego programu rozrywkowego z tzw. „śmiechem z puszki”. I chyba nikt z nas za nim nie przepada, bo wydaje się być sztucznym, brzmi fakszywie i nachalnie. A jednak towarzyszy nam od lat. Kierownicy telewizyjni muszą mieć zatem powód upartego trwania przy głupim „śmiechu z puszki”. Otóż badania pokazują, iż śmiech z puszki sprawia, iż widzowie jako śmieszniejsze oceniają te programy rozrywkowe (i przy tym dłużej je oglądają), którym towarzyszy sztuczny śmiech od tych bez śmiechu. Puszczowy śmiech najbardziej podnosi ponoć oglądalność kiepskich programów rozrywkowych. Mamy więc telewizję pełną nieśmiesznych programów, przepętnioną sztucznym śmiechem...

Powodem skuteczności sztucznego śmiechu jest kolejne narzędzie wpływu społecznego – zasada społecznego dowodu słuszności. Głosi ona, że o tym, co jest słuszne i poprawne, a co nie decyduje odwołanie się do tego, co myślą na ten temat inni ludzie. Mamy zatem tendencję do rozglądania się, co robią inni ludzie w danej sytuacji w celu określenia, które zachowanie uznać za poprawne. Zwykle stosowanie takiej strategii jest rozsądne, jednak w pewnych sytuacjach, jak ta ze śmiechem z puszki, nasze reakcje są bezrefleksyjne i odruchowe. Dajemy się wówczas zwieść dowodom niepełnym lub pozornym. Innymi przykładami bazowania na zasadzie dowodu społecznego są np.: wrzucanie do stoiczka na napiwki kilku banknotów celem zakomunikowania, że poprzedni klienci byli hojni, że tak wypada. W reklamach słyszymy, że produkt osiąga największą sprzedaż na całym rynku. Nieraz zdarza nam się, w naszych lokalnych warunkach, że podczas oglądania towaru sprzedawca wymienia znane nam osoby, które „już to kupiły” albo „stałe to biorą”, by rozwiązać nasze wątpliwości co do zakupu.

Przebywanie wśród dużej ilości osób może być jednak nie tylko źródłem wiedzy, co robić ale też źródłem tzw. „rozproszonej odpowiedzialności”. W sytuacji, kiedy ktoś potrzebuje pomocy z powodu gwałtownego pogorszenia się samopoczucia (np. z powodu dokonującego się udaru), przebywanie w tłumie nie tylko może nie pomóc ale wręcz zaszkodzić. W grupie, kiedy wydarza się niejasne, nieoczywiste wydarzenie dochodzi do rozproszenia się odpowiedzialności za reakcję. Powody są różne: wątpliwość, czy na pewno dzieje się coś złego, czy to ja powinienem zareagować, czy może ktoś lepiej do tego wykwalifikowany, a może pomoc już jest w drodze? Podczas gdy przechodnie przyglądają się sobie nawzajem, czas bezpowrotnie ucieka. Jeśli to my jesteśmy poszkodowani i jest to jeszcze możliwe, powinniśmy dla wzrostu prawdopodobieństwa uzyskania pomocy wskazać z tłumem konkretną osobę i powiedzieć, co ma zrobić. Np. „pana w niebieskiej kurtce proszę o wezwanie karetki, potrzebuję pomocy! Panią obok proszę o podanie mi leków z mojej torby”. Także osoba udzielająca już pomocy poszkodowanemu powinna wskazać w tłumie konkretne osoby celem współdziałania. Inaczej nie trudno o rozproszenia odpowiedzialności z niedoinformowania i niepewności.

LUBIENIE I SYMPATIA

Nikogo zapewne nie zdziwi stwierdzenie, że prędzej spełnimy prośbę osoby znanej i lubianej aniżeli obcej. Zaskakujące jest jednakże to, że setki obcych nam osób bazując na tej prostej zasadzie nakłania nas do spełnienia ich oczekiwań. Mam tu na myśli np. takie sytuacje jak pokaz produktów Tupperware, czy słynnego Thermomixu. Przyjemna atmosfera, próbujemy, degustujemy, drobne podarunki no i co najważniejsze konsultant odwiedza nas z polecenia naszej krewnej, przyjaciółki, dobrej znajomej. W takich warunkach bardzo ciężko jest odmówić, nie zamówić niczego. Do tego dochodzi jeszcze efekt „stopy w drzwiach” – jeśli zgodziłeś się już na goszczenie w domu konsultanta, czy sam wybrałeś się na prezentację, zostajesz konsekwentny w działaniach: zatem próbujesz, testujesz, kupujesz...

WYPADA JESZCZE DOOKREŚLIĆ KOGO Z REGUŁY LUBIMY I ZA CO?

Po pierwsze wygląda na to, że pozytywnie reagujemy na osoby atrakcyjne fizycznie. Reakcje na ludzi ładnych to przykład na opisywane przez psychologów **zjawisko aureoli**. Polega ono na tym, iż jedna pozytywna cecha człowieka, np. bycie ładnym, opromienia swoim blaskiem pozostałe jego cechy decydując ostatecznie o sposobie patrzenia i oceniania go przez inne osoby. Na przykład skłonni jesteśmy osobie atrakcyjnej fizycznie przypisać jeszcze takie cechy jak: inteligentna, uczciwa, sympatyczna itd. Nadmienić jeszcze trzeba, że zupełnie nie zdajemy sobie sprawy z tego, iż cały pozytywny obraz osoby został nadbudowany jedynie na bazie jej atrakcyjności fizycznej. Stąd wyborcy często wybierają przystojnych kandydatów, atrakcyjność fizyczna jest pożądaną cechą u przedstawicieli handlowych, ludzie ładni mają także większą szansę uzyskania pomocy w potrzebie.

Po drugie podobieństwo. Lubimy ludzi podobnych do nas samych. Dotyczyć to może wyznawanych przekonań, cech osobowości, upodobań, stylu życia, czy doświadczeń życiowych. Z tego właśnie powodu, ci, którzy chcą abyśmy ich polubili (czytaj: łatwiej im ulegali), osiągają to przedstawiając siebie jako osoby podobne do nas.

Po trzecie komplementy. Pamięamy wiersz Ignacego Kraśkiego o malarzach Piotrze i Janie. Piotr – biedny, Jan – bogaty. Dlaczego? Piotr malował podobne, Jan piękniejsze twarze. Mimo, że pochlebców traktujemy niekiedy powściągliwie, to z reguły jesteśmy skłonni wierzyć pochlebstwom, nawet nieprawdopodobnym i lubić pochlebców. Dlatego sprzedawcy często uciekają się do takich słów jak „bo jesteś wyjątkowa”, wysyłają klientom kartki z komplementami itp.

Po czwarte kontakt i współpraca. Zwykle bardziej lubimy to, co znamy. Możemy nie zwracać uwagi na osobę zamieszkujejącą na naszym osiedlu. Możemy w ogóle z nim nie rozmawiać. Jednak jeśli spotkamy te osobę na samotnej wyprawie za granicą, jest ogromne prawdopodobieństwo, że z tłumem ludzi wybierzemy właśnie tę, znaną sobie w jakimś stopniu osobę.

Skuteczną strategią przeciwdziałania niepożądanemu uleganiu osobie, do której czujemy sympatię, jest nauczanie się odkrywania nagłego przyptływu naszej sympatii wobec tejże osoby. Kiedy już taki przyptływ zidentyfikujemy, powinniśmy uciąć na chwilę kontakt z daną osobą i spróbować oddzielić w umyśle uczucia kierowane do niej od uczuć, jakie wzbudza w nas propo-



zycja tej sympatycznej osoby. Po czym powinniśmy spróbować kierować się w wyborze tylko tymi drugimi uczuciami.

AUTORYTET

W znanym eksperymencie Stanleya Milgrama pod pretekstem badań nad pamięcią w rzeczywistości sprawdzano jak wiele bólu są w stanie zadać niewinnej ofierze zwyczajni ludzie pozostający pod presją autorytetu. Ochotnik spotykał w laboratorium dwie osoby: jedną z nich był badacz, o czym świadczył biały fartuch z plakietką, drugą zaś podobny do niego ochotnik. Ochotnik z ogłoszenia dowiadywał się, że celem eksperymentu jest sprawdzenie, w jaki sposób stosowanie kar wpływa na zapamiętywanie wyuczonego materiału. Jeden z uczestników badania – „uczeń” miał uczyć się na pamięć par słów, podczas gdy drugi uczestnik – „nauczyciel” miał sprawdzać postępy ucznia i wymierzać mu kary pod postacią elektrowstrząsów o rosnącej sile, gdyby postępy okazywały się niezadawalające. Nad całością eksperymentu czuwał eksperymentator w białym fartuchu. Na początku wszystko toczyło się gładko. Wstrząsy elektryczne nie były przyjemne ale do zniesienia. Wraz jednak z liczbą popełnianych błędów wstrząsy stawały się coraz boleśniejsze. Uczeń krzychał z bólu i protestował. „Nauczyciel” traktował jednak protesty „ucznia” jako złą odpowiedź i posyłał następny elektrowstrząs.

W rzeczywistości nikt nie otrzymywał żadnych elektrowstrząsów. Błagająca o litość ofiara nie była uczestnikiem z ulicy ale podstawionym aktorem zatrudnionym dla potrzeb eksperymentu. Wnioski jakie dał eksperyment są co najmniej niepokojące. „Nauczyciele”, a dokładnie dwie trzecie uczestników eksperymentu, zamiast ulec prośbom ofiary aplikowały serię coraz silniejszych wstrząsów elektrycznych, dopóki eksperymentator (osoba w białym fartuchu) nie zakończyła badania. Jak wyjaśnić można te przerażające rezultaty? Po

wielu modyfikacjach eksperymentu Milgram uznał, że jest tu związek z naszym głęboko zakorzenionym poczuciem ulegania autorytetom. Stwierdził, iż nie potrafimy się sprzeciwić żądaniom autorytetu – w tym wypadku był to człowiek odziany w biały kitel.

I znowu: z reguły uleganie autorytetom przynosi człowiekowi wiele praktycznych korzyści. Ponieważ często eksperci wypowiadają się z perspektywy niedostępnej nam wiedzy i doświadczenia, uleganie prawomocnym autorytetom jest sensowne. Okazuje się, że na tyle sensowne, że ulegamy im nawet wtedy, gdy żadnego sensu w tym nie ma.

Sama byłam świadkiem niesamowitej dla mnie historii, w której uczestniczyłam. Pewna kobieta dość gwałtownie przestała chodzić. Zaczęły się badania, które w zasadzie niczego nie wносиły. A że była zamożną osobą diagnozowała się również u profesorów za granicą. Któryś z nich zasugerował, że może to być choroba Parkinsona. Mimo, iż kolejne badania tego nie potwierdziły, kobieta miała już wyznaczony termin do wszczęcia stymulatora mózgu. W mojej ocenie, spowodował to jeden lekarz, uznany przez resztę za autorytet, co przyćmiło u reszty racjonalne myślenie. Ostatecznie powodem zaburzeń były czynniki psychiczne a właściwą okazała się terapia psychiatryczno – psychologiczna.

Należy pamiętać, że na sile autorytetu żeruje masa osób, które tego autorytetu same z siebie nie posiadają. Często dajemy się nabrać na opakowanie, a nie zawartość. Oszuści z upodobaniem przywłaszczają sobie tytuły i np. skutecznie sprzedają tzw. „cudowne leki”, stosując odpowiednie ubranie, czy jeżdżą odpowiednimi samochodami, by świadczyły one o ich wysokim statusie społecznym.

Obrona przed niepożądanym wpływem autorytetu polega na udzieleniu sobie odpowiedzi na takie dwa pytania: „Czy ten autorytet jest faktycznym ekspertem?” oraz „Jak daleko moż-

na mu zaufać w obecnej sytuacji?” Pytanie pierwsze ma na celu odwrócić naszą uwagę od samych symboli autorytetu, cech nieistotnych, kierując nas tym samym ku konkretnym. Pytanie drugie skierowuje naszą uwagę do ewentualnych zabiegów, jakie osoba pragnąca uchodzić za autorytet może stosować, aby zdobyć nasze zaufanie.

NIEDOSTĘPNOŚĆ

Pamiętam jak w dzieciństwie, dzień w dzień toczyliśmy z bratem boje o kubek z żółtą kaczką. Nie był to jednak zwykły kubek. Spośród 6 identycznych, na których tkwiły dość tandetne żółte kaczki patrzące w lewą stronę, na tym jedynym kaczka spoglądała w prawo. Szereg pytań tłoczył się nam wtedy do głowy: „dlaczego jest właśnie tak, skoro były spakowane w jednym pudełku? „Czy jest to przypadek, czy celowy zabieg?” „Czy w innych pudełkach też jest jeden kubek – odmieniec?” „A może to zaczarowana kaczka?” Tak czy siak kubek był wyjątkowy i warto było się o niego wytkócać.

Reguła niedostępności jest dobrze znana wszystkim kolekcjonerom. Nie ważne czy chodzi o znaczek pocztowy, antyczny mebel, czy cokolwiek innego, okazy rzadkie i niedostępne przez same bycie białymi krukami zyskują na wartości. Szczególnie ciekawe jest to, iż specyficzna unikatowość okazu wynika niejednokrotnie z jego usterki czy wady – błędnego nadruku na znaczku pocztowym (tak też było najpewniej z naszym kubkiem), czy źle wybitego godła na monecie.

Świeżym przykładem doskonałego wykorzystania reguły niedostępności było wprowadzenie na rynek lodów Ekipy. W marcu pojawiły się w Biedronce i natychmiast się skończyły, przez co wzrosła ich wartość. Papierki po lodach widniały na aukcjach Allegro i osiągały zawrotne, kosmiczne wręcz sumy. Następnie pojawiły się w Lidlu. Do dziś możemy obejrzeć w internecie walki klientów przy zamrażarkach.

Zważywszy na to, że niedostępność dóbr ma wpływ na ocenę ich wartości, łatwo dojść do wniosków, iż zawodowi praktycy wpływu społecznego będą skutecznie wykorzystywać działanie reguły niedostępności. Możliwość utraty czegoś wydaje się bardziej motywować ludzi niż możliwość podobnego zysku o podobnej wielkości. Czy nie zdarza się tak, że nasza decyzja o szybkim kupieniu towaru jest spowodowana tylko tym, że inna osoba też go ogląda, a na stanie aktualnie jest tylko jeden egzemplarz? Zachęcają nas zatem takie hasła jak: „kolekcja limitowana”, „końcówka serii”. Taktyką zbliżoną do ograniczonej liczby egzemplarzy jest taktyka nieprzekraczalnego terminu, w jakim dany produkt może zostać przez nas zakupiony. Słyszymy wówczas „tylko do jutra wyjątkowa oferta”, co budzi w nas zainteresowanie takimi towarami, którymi nikt się wcześniej nie interesował. Czy macie Państwo wrażenie, że „Black Friday” to nic innego jak wyprzedawanie tzw. odpadów z magazynów?

Zabawnym przykładem ilustrującym to, jak bardzo reagujemy na tzw. „okazje”, jest historyjka dotycząca dwóch braci, prowadzących w latach trzydziestych XX wieku sklep z konfek-

cją męską. Każdorazowo, kiedy klient przymierzał przed lustrem garnitur i pytał o cenę, jeden z braci udawał, że niedostępszy. Krzyczał wówczas do swojego brata: „ile kosztuje garnitur mierzony przez pana?” Przykładał rękę do ucha, a wtedy drugi odkrzykiwał: „ooo, to prawdziwy rarytas z prawdziwej wełny. Kosztuje 45 dolarów.” Udający głuchego brat odpowiadał „25 dolarów szanowny panie”. Wielu klientów, mając wrażenie niebywałej okazji spowodowanej głuchotą właściciela, szybko decydowało się na zakup i umykało ze sklepu wraz z garniturem, zanim bracia mogliby zorientować się w swojej „omyłce”. W rzeczywistości garnitur wart był nie więcej niż 25 dolarów a interes braci działał kwitnąco.

Trudno jest przeciwstawić się naciskowi wynikającemu z niedostępności poprzez siłę własnego rozumu, ponieważ zaangażowane tu są nasze emocje. Fala emocji, których doświadczamy może być jednak dla nas sygnałem, iż wyłączyliśmy rozsądek. Wtedy możemy spróbować sobie odpowiedzieć na pytanie, do czego jest nam potrzebne trudno dostępne dobro?

Życie współczesne nie jest spokojne i wciąż nabiera prędkości. Funkcjonujemy w morzu informacji, stawiani jesteśmy przed szeregiem decyzji do podjęcia, wciąż nabieramy nowych umiejętności, bo jak ktoś powiedział „w chwili kiedy przestajesz nadążać za nowościami, przestajesz żyć”. Mimo, iż wszyscy życzylibyśmy sobie tego aby podejmowane przez nas decyzje były rozsądne i przemyślane nie zawsze jest to możliwe, bo zwyczajnie nie mamy czasu na rozważanie każdorazowo wszystkich „za i przeciw”. Ponieważ nasze środowisko jest coraz bardziej przetładowane informacjami i możliwościami wyboru, należy się spodziewać, że będziemy starać się z tym radzić właśnie poprzez chodzenie na skrót. Coraz bardziej będziemy więc ulegać automatycznym wyzwalaczom typu autorytet – słusność, drogi – dobrej jakości. Musimy jednak być uwrażliwieni na wyzwalacze sztucznie sfabrykowane, tzn. autorytet, który posiada tylko zewnętrzne, drugorzędowe cechy autorytetu, drogi produkt, który naśladuje jedynie towar dobrej, sprawdzonej marki, itp. Fałszerstwom takim należy się stanowczo przeciwstawić w przeciwnym razie, nie będziemy mogli w sposób bezpieczny korzystać ze sprawdzonych uproszczeń, bez których nie sposób żyć we współczesnym, skomplikowanym świecie.

Reasumując: trudno powiedzieć na ile jesteśmy wolnymi, stanowiącymi o sobie ludźmi, a na ile nasze reakcje wynikają z wywieranego na nas wpływu innych ludzi. Ważne jest jednak aby mieć tego wpływu świadomość. Ciekawe, czy zdumiewająco silne uczucie dwojga nastolatków – Julii Kapuleti i Romea Monteki wydarzyłoby się gdyby zabrakło waśni dzielących ich rody?

Czy gdyby zabrakło ingerencji rodziców, tych wszystkich przeszkód i oporu młodych, miłość nie byłaby tak mocna? Może gdyby pozostawić ich samym sobie, uczynić uczucie dostępnym, zwyczajnym, przeżyliby krótkotrwałe, zaburzenie nastolatków, po czym każde z nich rozeszłoby się w swoją stronę? Ciekawe...

Uleganie autorytetom przynosi człowiekowi wiele praktycznych korzyści. Ponieważ często eksperci wypowiadają się z perspektywy niedostępnej nam wiedzy i doświadczenia

POWRÓT DO TRADYCJI

20 lipca 2021 r. w Wyższej Szkole Medycznej w Kłodzku po rocznej przerwie w związku z pandemią koronawirusa odbyła się uroczystość „czepkowania”.

Uroczystość otworzył Rektor uczelni prof. dr hab. Juliusz Jakubaszko. Podkreślił społeczne znaczenie zawodu pielęgniarki i położnej, zasygnalizował najważniejsze problemy, z którymi aktualnie zmagają się pracownicy ochrony zdrowia. Władze samorządowe reprezentował Pan Marcin Krzyżanowski, Wicemarszałek Województwa Dolnośląskiego, który w imieniu władz Sejmiku gratulował uczestnikom wyboru kierunku studiów, podkreślił niezwykle ważną rolę jaką pełnią pielęgniarki. Przedstawiciel lokalnego samorządu, Starosta Kłodzki Maciej Awiżeń, złożył na ręce Rektora Wyższej Szkoły Medycznej prof. Juliusza

Jakubaszki list gratulacyjny skierowany przez Władze Powiatu Kłodzkiego. Do gratulacji dołączył się również dr Henryk Szlemp – Dyrektor ds. Lecznictwa Specjalistycznego Centrum Medycznego w Polanicy Zdroju. Na uroczystości przysięgę złożyli studenci, którzy ukończyli I rok studiów. Wyjątkowo tym razem ze względu na trwającą pandemię również studenci, którzy ukończyli II rok studiów. W uroczystości „czepkowania” uczestniczyło 31 studentek i studentów, którzy wspólnie złożyli uroczystą przysięgę, odśpiewali hymn pielęgniarski, otrzymali białe czepki – symbolicznie dołączając do społeczności pielęgniarskiej.





POŁOŻNICTWO

STUDIA I STOPNIA

Czas trwania studiów: 6 semestrów, 3 lata

Tryb studiów: stacjonarne weekendowe

Organizacja studiów: zajęcia prowadzone są w formie hybrydowej. Studia składają się w 50% z zajęć praktycznych. Zajęcia prowadzone są w pracowniach, pracowniach zajęć symulowanych oraz okolicznych placówkach medycznych.

Opłaty: To od Państwa zależy jaką opcję wpłaty czesnego wybierzeć.

Opłata wpisowa: 0 zł

12 rat po 540 zł

10 rat po 638 zł

2 raty po 3140 zł

1 rata po 6170 zł

Przy wpłacie jednorazowej oszczędzacie Państwo aż 310 zł

Opłata rekrutacyjna: 85 zł

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA
W KŁODZKU

NOWOŚĆ
STUDIA I STOPNIA
POŁOŻNICTWO

Czekamy na Ciebie!

74 867 13 02
WWW.WSM.KLODZKO.PL

Kadra naukowo - dydaktyczna: wybitni eksperci i specjaliści z wieloletnią praktyką zawodową

Warunki uzyskania świadectwa: Egzamin dyplomowy połączony z obroną pracy dyplomowej

Absolwent otrzymuje: dyplom ukończenia studiów wyższych wraz z suplementem poświadczającym osiągnięte efekty kształcenia

Rekrutacja: <https://wsm.klodzko.pl/rekrutacja/>

Kontakt:

57-300 Kłodzko, ul. Warty 21
telefonicznie: 74 662 90 57

**NAJNIŻSZE CZESNE
W REGIONIE**

kom. 531 604 500
e-mail: dziekanat@wsm.klodzko.pl

Plan uruchomienia kierunku położnictwo jest zdecydowaną odpowiedzią Władz Uczelni na potrzeby zaobserwowane na rynku medycznym.

Zmiany w strukturze społecznej i niepokojące procesy demograficzne dotykające wiele regionów naszego kraju, uzmysławiają nam jak potrzebne jest inwestowanie w profesjonalne kadry medyczne o profilu położniczym i tworzenie zaplecza do opieki specjalistycznej.

Proces wprowadzane nowych programów społecznych, edukacyjnych, a także tworzenie nowych placówek, wymagają bezpośredniego wsparcia kadr medycznych. Ich kształcenie stanowi absolutny priorytet, który zagwarantuje uzupełnianie i wymianę kadr w środowisku pielęgniarek i położnych.



Położnictwo stwarza możliwość niesienia bezpośredniej pomocy drugiemu człowiekowi i praktycznej nauki reagowania na potrzeby pacjentki. Studia w WSM to doskonałe warunki do nabycia wielu umiejętności niezbędnych do skutecznego wykonywania zawodu oraz zdobywania najnowszej wiedzy z zakresu położnictwa w oparciu o świetnie przygotowane zaplecze dydaktyczne. Kierunek ten jest najmłodszym kierunkiem prowadzonym w Wyższej Szkole Medycznej i skierowany jest zarówno do absolwentów szkół średnich jak i do specjalistek i specjalistów już funkcjonujących na rynku usług medycznych, którzy chcą uzupełnić swoje kwalifikacje zawodowe.

Położnictwo uznawane jest za zawód zaufania publicznego i stwarza możliwości niesienia pomocy nie tylko na oddziałach szpitalnych, ale także w poradniach i szkołach rodzenia.

To doskonała możliwość realizowania się w branży usług medycznych, ale także w działaniach z zakresu edukacji i profilaktyki.

Położnictwo to zawód wymagający profesjonalizmu i empatii.

Nauka w Wyższej Szkole Medycznej gwarantuje edukację na najwyższym poziomie!



ZAPISZ SIĘ JUŻ DZIŚ



OPINIA PRAWNA W SPRAWIE: CZY POŁOŻNA MOŻE OBJĄĆ SAMODZIELNIE OPIEKĄ RODZĄCĄ Z CESARSKIM CIĘCIEM W WYWIADZIE, JEŚLI PACJENTKA WYBIERA PORÓD W WARUNKACH DOMOWYCH I PROSI POŁOŻNĄ O OPIEKĘ

PODSTAWA PRAWNA

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018, poz. 1756).

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm., tj. z dnia 9 listopada 2018 r. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zgodnie z którym Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca w uzasadnieniu do obowiązującego rozporządzenia nowy Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej wskazał, że:

- uwzględnia ono wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz
- doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Jednocześnie, zgodnie z uzasadnieniem projektu rozporządzenia „Projekt zwraca szczególną uwagę na właściwe wykorzystanie wiedzy i kompetencji położnych.

W związku z powyższym zaproponowane przepisy powinny pozwolić położnym na większą samodzielność w sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem.”

SPRAWOWANIE OPIEKI PRZEZ POŁOŻNĄ

Położna została wskazana w pkt I ust. 4 pkt 7 a) jako jedna z osób „sprawujących opiekę”, która jest odpowiedzialna za wykonywanie świadczeń określonych w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej.

ZADANIA OSOBY SPRAWUJĄCEJ OPIEKĘ – POŁOŻNEJ

Do zadań osoby sprawującej opiekę należy szereg czynności wskazanych w pkt I ust. 8 Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w tym m.in. ocena stanu zdrowia ciężarnej, a także ocena występowania czynników ryzyka (pkt III ust. 5).

W przypadku stwierdzenia przez położną, że występują czynniki ryzyka, których katalog otwarty jest zawarty w pkt III ust. 1–4, ciężarna powinna **pozostawać pod opieką lekarza położnika** o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym odpowiednią opiekę.

Jednym z czynników ryzyka, który położna powinna zidentyfikować na podstawie pkt III ust. 1 pkt 8 Standardu jest:

stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytych wynicowaniach macicy.

Cięcie cesarskie (*łac. sectio caesarea*) to niewątpliwie operacja położnicza polegająca na rozcięciu powłok brzusznych oraz macicy.

Zatem **STAN PO** cięciu cesarskim może stanowić ryzyko powikłań okołoporodowych.

Stan ten zobowiązuje zidentyfikować osobę sprawującą opiekę.

Położna na mocy pkt III ust. 7 *po zidentyfikowaniu u ciężarnej takiego stanu po cięciu cesarskim, który rodzi ryzyko powikłań okołoporodowych zobowiązana jest omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym tak, aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.*

OSTATECZNA DECYZJA NALEŻY DO CIĘŻARNEJ

Powyższe rozwiązanie ustawodawcy oznacza, że to oczywiście ciężarna podejmuje ostateczną decyzję co do miejsca porodu i może wybrać warunki poza szpitalne nawet jeśli wystąpią czynniki ryzyka. Nie ma ustawowego zakazu porodu

w warunkach poza szpitalnych dla ciężarnej. Ale jest powinność pozostawiania ciężarnej pod opieką lekarza położnika gdy stwierdzone zostaną czynniki ryzyka.

Decyzja ciężarnej musi być podjęta na podstawie rzetelnych informacji przekazanych przez położną, która jest odpowiedzialna za stosowanie Standardu.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ POŁOŻNEJ

Sam fakt cięcia cesarskiego nie wyklucza możliwości kolejnego porodu w warunkach domowych, o ile stan po cięciu cesarskim na to pozwala.

Jednak, odpowiedzialność położnej jest daleko idąca i obejmuje zarówno odpowiedzialność zawodową, karną, jak i odszkodowawczą, która skutkować może egzekucją z majątku prywatnego (gdy nie wystarczy kwot z ubezpieczenia) odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty na rzecz poszkodowanego.

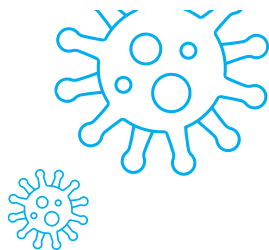
Dlatego też, w sytuacji, gdy wg oceny położnej istnieje ryzyko związane z rodzeniem przez ciężarną po cesarskim cięciu

w warunkach domowych – **powinna rozważyć odmowę samodzielnej opieki.**

Sytuację każdej pacjentki należy rozpatrywać indywidualnie pamiętając o tym, że zgodnie z pkt I ust. 12 Standardu położna, która wykonuje świadczenia w warunkach poza szpitalnych **jest zobowiązana do zapewnienia ciągłości opieki** w czasie porodu oraz połogu. Jeżeli położna ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

*Monika Drab, Radca prawny NIPiP
15 lipca 2021 r.*





Rekomendacje
Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego
dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów
przebywających na oddziałach szpitalnych
w okresie epidemii COVID-19
w związku z postępowaniem realizacji
Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19

Warszawa 6 września 2021 r.

W związku z realizacją Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, w tym zaszczepieniem znaczącej części osób z grup ryzyka poważnych skutków zachorowania na COVID-19, opracowano niniejsze **rekomendacje dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych**, z zachowaniem odpowiednich środków zapobiegania i kontroli zakażeń w tych jednostkach.

Na potrzeby niniejszych rekomendacji przyjmuje się następujące definicje:

1. Przez **osobę zaszczepioną przeciw COVID-19** należy rozumieć osobę, która otrzymała pełny cykl szczepienia przeciw COVID-19 i której wystawiono Unijny Certyfikat COVID z tytułu bycia zaszczepionym szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej, oraz upłynęło co najmniej 14 i nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki szczepionki:
 - a. w przypadku większości szczepionek (Pfizer, Moderna, Astra-Zeneca) na szczepienie składają się 2 dawki - osoby, które przyjęły dopiero pierwszą z dawek znajdują się w trakcie szczepienia i nie są jeszcze osobami zaszczepionymi w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii,
 - b. wyjątek stanowi szczepionka Johnson & Johnson, która jest jednodawkowa - przyjęcie pojedynczej dawki oznacza, że osoba jest w pełni zaszczepiona.
2. Przez **osobę, która przebyła zakażenie wirusem SARS-CoV-2** należy rozumieć osobę, u której minęło od 11 do 180 dni od otrzymania pozytywnego wyniku testu PCR lub testu antygenowego (zgodnego z listą wzajemnie uznawanych testów antygenowych opracowaną przez Komitet Bezpieczeństwa Zdrowotnego) potwierdzającego zakażenie i posiada Unijny Certyfikat COVID z tytułu przebycia zakażenia;
3. Przez **osobę posiadającą negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2**, należy rozumieć osobę, która wykonała test PCR lub test antygenowy (zgodny z listą wzajemnie uznawanych testów antygenowych opracowaną przez Komitet Bezpieczeństwa Zdrowotnego) nie wcześniej niż 48 godzin przed dniem odwiedzin oraz posiada dokument potwierdzający wykonanie testu w tym terminie i uzyskanie negatywnego wyniku tego testu.

Organizacja odwiedzin dorosłych pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych powinna odbywać się z uwzględnieniem poniższych warunków:

1. Jeżeli **pacjent**:
 - **jest zaszczepiony przeciw COVID-19** lub
 - **przebył zakażenie wirusem SARS-CoV-2**,

rekomenduje się umożliwienie odwiedzin przez:

- a. **osoby zaszczepione przeciw COVID-19**, przy zachowaniu reżimu sanitarnego (załącznik nr 1);
- b. **osoby niezaszczepione przeciw COVID-19**, które:
 - **posiadają negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2¹**
 - lub
 - **przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2**,
 przy zachowaniu reżimu sanitarnego (załącznik nr 1);
- c. **osoby niezaszczepione przeciw COVID-19**, które nie spełniają warunków określonych w punkcie 1b (tj. **nie uzyskały negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2** oraz **nie przebyły zakażenia wirusem SARS-CoV-2**), przy zachowaniu wzmoczonego reżimu sanitarnego (załącznik nr 2).

2. Jeżeli **pacjent** nie spełnia warunków wskazanych w pkt 1, tj.:

- **nie jest zaszczepiony przeciw COVID-19**,
- **nie przebył zakażenia wirusem SARS-CoV-2** oraz
- **nie posiada negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2**,

rekomenduje się umożliwienie odwiedzin przez:

- a. **osoby zaszczepione przeciw COVID-19**, przy zachowaniu wzmoczonego reżimu sanitarnego (załącznik nr 2);
- b. **osoby niezaszczepione przeciw COVID-19**, które spełniają warunki określone w punkcie 1b (tj. **uzyskały negatywny wynik testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2 lub przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2**), przy zachowaniu wzmoczonego reżimu sanitarnego (załącznik nr 2)².

Nie rekomenduje się odwiedzania pacjenta, o którym mowa w pkt 2, przez **osoby niezaszczepione przeciw COVID-19**, które nie spełniają warunków określonych w punkcie 1b (tj. **nie uzyskały negatywnego wyniku testu w kierunku wirusa SARS-CoV-2** oraz **nie przebyły zakażenia wirusem SARS-CoV-2**), z wyjątkiem sytuacji szczególnych, które powinny być określone przez kierownika podmiotu leczniczego (np. w przypadku wizyt pożegnalnych pacjentów tego podmiotu).

Nie rekomenduje się również wizyt **przedstawicieli handlowych i medycznych**.

Zgodnie z art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ *pacjent podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej ma prawo do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami*.

Prawo to, w myśl art. 5 ww. ustawy, może jednak zostać ograniczone w wyjątkowych przypadkach, tj. w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego, ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów czy też możliwości organizacyjne podmiotu. Decyzje w tym zakresie podejmuje kierownik podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważniony przez niego lekarz, uwzględniając przede wszystkim dobro pacjentów takiej podmiotu leczniczego.

Należy jednak zaznaczyć, że **przepis ten zezwala jedynie na ograniczenie, a nie na całkowite wyłączenie możliwości korzystania z poszczególnych praw pacjenta**.

Zgodnie z ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴, kierownicy podmiotów leczniczych oraz inne osoby udzielające świadczeń zdrowotnych są obowiązani do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

¹ Testy antygenowe w kierunku wirusa SARS-CoV-2 mogą być wykonywane na terenie podmiotu leczniczego – w przypadku, gdy dany podmiot dysponuje tymi testami i zdecyduje się na ich wykorzystanie przy organizacji odwiedzin u pacjentów.

² i.w.

³ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.).

⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 ze zm.).

W związku z powyższym **ostateczne decyzje dotyczące wprowadzenia lub zniesienia określonych ograniczeń w danym podmiocie leczniczym w związku z epidemią COVID-19 dotyczących odwiedzin pacjentów powinny być podejmowane przez kierownika takiego podmiotu po rozważeniu wszystkich istotnych okoliczności**, tj. z uwzględnieniem m.in.:

- bieżącej sytuacji epidemicznej w podmiocie leczniczym i na danym obszarze;
- ewentualnych przepisów lub poleceń oraz wytycznych związanych z epidemią COVID-19 obowiązujących na danym obszarze;
- konsultacji z lokalnymi służbami sanitarnymi i ew. organem założycielskim podmiotu leczniczego;
- postępu realizacji procesu szczepień przeciw COVID-19 na danym obszarze oraz wśród pacjentów i osób odwiedzających podmiot leczniczy;
- możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego;
- dostępności środków dezynfekcyjnych i środków ochrony osobistej.



Wszystkie aktualne informacje na temat obowiązujących zasad organizacji odwiedzin pacjentów w danym podmiocie leczniczym powinna być publikowana na stronie internetowej podmiotu i umieszczona w widocznym miejscu dostępnym dla wszystkich potencjalnych odwiedzających pacjentów takiego podmiotu.

WAŻNE!

Niniejsze rekomendacje **nie dotyczą**:

- Organizacji odwiedzin pacjentów małych dzieci przebywających na oddziałach pediatrycznych (i innych oddziałach szpitalnych) przez ich rodziców lub opiekunów.
Zalecenia w tym zakresie zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia⁵.
- Organizacji odwiedzin pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych i innych podmiotach leczniczych udzielających opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.
Zalecenia w tym zakresie zostały opublikowane na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia⁶.
- Organizacji odwiedzin w szczególnych przypadkach, takich jak wizyta pożegnalna pacjenta chorego terminalnie.
Wytyczne w tym zakresie zostały opracowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie epidemiologii i opublikowane online przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy⁷.

Niemniej jednak kierownicy i personel podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego powinni **umożliwić i wspierać odwiedziny** przebywających w nich pacjentów przez ich bliskich **w sytuacjach szczególnych, w których odwiedziny są niezbędne**, takich jak wizyty pożegnalne czy też wizyty w celu opieki nad pacjentem, u którego nieobecność opiekuna/osoby bliskiej może powodować stres, a tym samym ograniczać efekty leczenia lub pogarszać jego stan zdrowia, w tym w szczególności opieki nad pacjentem z:

- chorobą otępienną (np. chorobą Alzheimera);
- niepełnosprawnością intelektualną;
- całościowym zaburzeniem rozwojowym (np. autyzmem);
- chorobą psychiczną (w przypadku hospitalizacji niezwiązanej z leczeniem tej choroby).

W przypadku braku możliwości odbycia osobistych odwiedzin pacjenta przebywającego na oddziale szpitalnym przez jego bliskich – ze względu na ograniczenia epidemiczne wprowadzone w podmiocie leczniczym lub inne powody leżące po stronie osoby odwiedzającej lub odwiedzanego pacjenta – kierownictwo i personel podmiotu leczniczego powinien, w miarę możliwości, **umożliwić i wspierać pacjenta w podtrzymaniu bieżącego kontaktu z bliskimi w sposób zdalny, poprzez wykorzystanie telefonu lub Internetu.**

⁵ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen> (pkt 6. *Pediatrya* – materiały do pobrania)

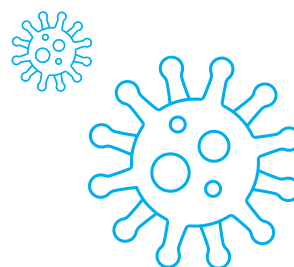
⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wytyczne-dla-poszczegolnych-zakresow-i-rodzajow-swadczen> (pkt 7. *Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień* – materiały do pobrania)

⁷ <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/06/zalecenia-dla-plac%C3%B3wek-dot.-odwiedzin-os%C3%B3b-umieraj%C4%85cych.pdf>

Załącznik nr 1.

Podstawowe zasady reżimu sanitarnego, które powinny być bezwzględnie przestrzegane podczas odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych:

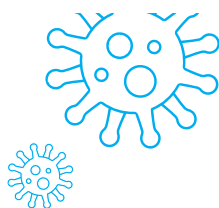
1. Pacjenta może odwiedzać jednocześnie 1 osoba, a w szczególnych sytuacjach – 2 osoby.
2. Wskazana jest rejestracja osób odwiedzających (imię, nazwisko, data wizyty, kontakt, dane odwiedzanego pacjenta).
3. Osoba odwiedzająca nie może mieć objawów infekcji (w tym m.in. kataru, kaszlu, gorączki, bólu gardła).
4. Osoba odwiedzająca zobowiązana jest do dokładnego (min. 30 sek.) umycia rąk wodą z mydłem lub dezynfekcji rąk preparatem na bazie min. 60% alkoholu, niezwłocznie po wejściu do podmiotu leczniczego.
5. Podczas wizyty konieczne jest stosowanie maseczki zasłaniającej usta i nos przez cały czas przebywania na terenie podmiotu leczniczego.
6. Osoba odwiedzająca powinna unikać podczas wizyty dotykania rękoma twarzy, szczególnie okolicy ust, nosa i oczu.
7. Należy unikać gromadzenia się osób odwiedzających w jednym miejscu/pomieszczeniu.
8. Po wejściu na oddział osoba odwiedzająca powinna ponownie zdezynfekować ręce i nałożyć jednorazowy fartuch flizelinowy otrzymany od personelu oddziału. Osoba odwiedzająca zdejmuje fartuch flizelinowy przed wyjściem z oddziału, usuwając go do dedykowanego pojemnika na odpady i ponownie dezynfekuje ręce.
9. Podczas wizyty należy unikać bardzo bliskiego kontaktu fizycznego z pacjentem, takiego jak przytulanie, uściski, pocałunki, itp.
10. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy odwiedzanym pacjencie przez osobę odwiedzającą jest możliwe po uprzednim (bezpośrednio przed kontaktem) dokładnym umyciu lub zdezynfekowaniu przez nią rąk.
11. Ilość artykułów (rzeczy osobistych, artykułów żywnościowych, napojów, środków higieny osobistej, itp.) dostarczonych odwiedzanemu pacjentowi przez osobę odwiedzającą powinna być ograniczona do niezbędnego minimum – wszystkie artykuły powinny zmieścić się w szafce przyłóżkowej pacjenta.
12. Gdy wizyta odbywa się w budynku, personel podmiotu leczniczego odpowiedzialny jest za wietrzenie pomieszczenia, w którym odbywają się odwiedziny – przed i po wizycie oraz, w miarę możliwości, również w jej trakcie.



Załącznik nr 2.

Zasady wzmoczonego reżimu sanitarnego, które powinny być bezwzględnie przestrzegane podczas odwiedzin pacjentów przebywających na oddziałach szpitalnych:

1. Pacjenta może odwiedzać jednocześnie maksymalnie 1 osoba.
2. Wskazana jest rejestracja osób odwiedzających (imię, nazwisko i dane kontaktowe odwiedzającego, data wizyty, imię i nazwisko odwiedzanego pacjenta).
3. Rekomenduje się ograniczenie czasu odwiedzin do 15 min.
4. Osoba odwiedzająca nie może mieć objawów infekcji (w tym m.in. kataru, kaszlu, gorączki, bólu gardła).
5. Osoba odwiedzająca zobowiązana jest do dokładnego (min. 30 sek.) umycia wodą z mydłem lub dezynfekcji rąk preparatem na bazie min. 60% alkoholu, niezwłocznie po wejściu do podmiotu leczniczego.
6. Podczas wizyty konieczne jest stosowanie maseczki zasłaniającej usta i nos przez cały czas przebywania na terenie podmiotu leczniczego.
7. Osoba odwiedzająca powinna unikać podczas wizyty dotykania rękoma twarzy, szczególnie okolicy ust, nosa i oczu.
8. Rekomenduje się stworzenie takich warunków w podmiocie leczniczym, aby odwiedzający miał kontakt tylko z osobą odwiedzaną i zaszczepionym personelem podmiotu leczniczego wskazanym do organizacji odwiedzin.
9. Osoba odwiedzająca powinna bezpośrednio skierować się do odwiedzanego pacjenta, a po zakończeniu wizyty jak najszybciej opuścić teren podmiotu leczniczego – w miarę możliwości przy pomocy wyznaczonego pracownika doprowadzającego/ odprowadzającego.
10. Należy unikać gromadzenia się osób odwiedzających w jednym miejscu i ograniczyć możliwość kontaktu osób odwiedzających z innymi osobami poza odwiedzanym pacjentem.
11. Po wejściu na oddział osoba odwiedzająca powinna ponownie zdezynfekować ręce i nałożyć jednorazowy fartuch flizelinowy otrzymany od personelu oddziału. Osoba odwiedzająca zdejmuje fartuch flizelinowy przed wyjściem z oddziału, usuwając go do dedykowanego pojemnika na odpady i ponownie dezynfekuje ręce.
12. W czasie wizyty zalecane jest zachowanie dystansu min. 1,5 m pomiędzy osobą odwiedzającą a odwiedzanym pacjentem (i innymi osobami przebywającymi w podmiocie leczniczym) oraz unikanie przez osobę odwiedzającą bliskiego kontaktu z pacjentem twarzą w twarz.
13. Nie jest wskazane wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy odwiedzanym pacjencie przez osobę odwiedzającą.
14. Ilość artykułów (rzeczy osobistych, artykułów żywnościowych, napojów, środków higieny osobistej, itp.) dostarczonych odwiedzanemu pacjentowi przez osobę odwiedzającą powinna być ograniczona do niezbędnego minimum – wszystkie artykuły powinny zmieścić się w szafce przyłóżkowej pacjenta.
15. Preferowaną formą realizacji odwiedzin są spotkania na zewnątrz budynku podmiotu leczniczego (ogród, park, altana, itp.) – jeśli pozwalają na to stan zdrowia pacjenta i warunki techniczne podmiotu leczniczego.
16. Gdy wizyta odbywa się w budynku, personel podmiotu leczniczego jest odpowiedzialny za wietrzenie pomieszczenia, w którym odbywają się odwiedziny – przed i po wizycie oraz, w miarę możliwości, również w jej trakcie.



Rekomendacje Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego

dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych/pielęgniacyjno-opiekuńczych (ZOL/ZPO) w czasie epidemii COVID-19, w związku z postępowaniem realizacji Narodowego Programu Szczepień

Warszawa 07.07.2021 r.

W związku z realizacją Narodowego Programu Szczepień, w tym zaszczepieniem przeciwko COVID-19 większości pacjentów i personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych/pielęgniacyjno-opiekuńczych (ZOL/ZPO), zasadne jest **stopniowe wznowienie możliwości odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL/ZPO**, z zachowaniem odpowiednich środków zapobiegania i kontroli zakażeń w tych placówkach.

Na potrzeby niniejszych rekomendacji przyjmuje się, że:

- Przez **osobę zaszczepioną przeciw COVID-19** należy rozumieć osobę, która otrzymała pełny cykl szczepienia przeciwko COVID-19 i której wystawiono Unijny Certyfikat COVID z tytułu bycia zaszczepionym szczepionką, która została dopuszczona do obrotu w Unii Europejskiej i upłynęło co najmniej 14 i nie więcej niż 365 dni od podania ostatniej dawki szczepionki:
 - w przypadku większości szczepionek (Pfizer, Moderna, Astra-Zeneca) na szczepienie składają się 2 dawki - osoby, które przyjęły dopiero pierwszą z dawek znajdują się więc w trakcie szczepienia i nie są jeszcze osobami zaszczepionymi w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii,
 - wyjątek stanowi szczepionka Johnson & Johnson, która jest jednodawkowa - przyjęcie pojedynczej dawki oznacza, że osoba jest już w pełni zaszczepiona;
- Przez **osobę, która przebyła zakażenie wirusem SARS-CoV-2** należy rozumieć osobę, u której minęło od 11 do 180 dni od otrzymania pozytywnego wyniku testu PCR potwierdzającego zakażenie i posiada Unijny Certyfikat COVID z tytułu przejścia choroby;
- Przez **osobę posiadającą negatywny wynik testu PCR lub antygenowego** (zgodnego z listą wzajemnie uznawanych testów antygenowych opracowaną przez Komitet Bezpieczeństwa Zdrowotnego), należy rozumieć osobę, która wykonała test nie wcześniej niż 48 godzin przed dniem odwiedzin i posiada dokument potwierdzający wykonanie testu w tym terminie.

W każdej z poniżej opisanych sytuacji, w których dopuszcza się możliwość:

- opuszczania ZOL/ZPO przez pacjenta oraz
- odwiedzania pacjenta przez gości na terenie placówki,

konieczne jest zachowanie reżimu sanitarnego w trakcie całego okresu przebywania pacjenta „na przepustce” oraz w czasie wizyty.

W każdej z poniżej opisanych sytuacji, w których dopuszcza się możliwość:

- opuszczania ZOL/ZPO przez pacjenta oraz
- odwiedzania pacjenta przez gości na terenie placówki,

konieczne jest zachowanie reżimu sanitarnego w trakcie całego okresu przebywania pacjenta „na przepustce” oraz w czasie wizyty.

Mając na względzie aktualną sytuację epidemiologiczną w kraju, przygotowano zalecenia dotyczące odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL/ZPO z uwzględnieniem poniższych warunków:

1. Jeżeli pacjent:

- jest **zaszczepiony przeciwko COVID-19** albo
- **przebył zakażenie wirusem SARS-CoV-2**, albo
- **posiada negatywny wynik testu PCR lub antygenowego**,

rekomenduje się umożliwienie:

- a) przebywania pacjenta poza terenem placówki np. w celu odwiedzenia bliskich, lub odbycia konsultacji lekarskich, przy zachowaniu reżimu sanitarnego (**załącznik nr 1**);
- b) odwiedzania pacjenta na terenie placówki przez gości, którzy również zostali **zaszczepieni przeciwko COVID-19**, przy zachowaniu wymaganego reżimu sanitarnego (**załącznik nr 2**);
- c) odwiedzania pacjenta na terenie placówki, przez osoby niezaszczepione, które:
 - **posiadają negatywny wynik testu PCR lub antygenowego**¹,
 - albo
 - **przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2**,
 przy zachowaniu reżimu sanitarnego (**załącznik nr 2**);
- d) odwiedzania pacjenta na terenie placówki przez osoby niezaszczepione, które **nie spełniają warunków określonych w punkcie 1 c**, z zachowaniem zasad wzmożonego reżimu sanitarnego (**załącznik nr 3**).

2. Jeżeli pacjent **nie spełnia warunków wskazanych w pkt 1, tj.:**

- **nie jest zaszczepiony przeciwko COVID-19**,
- **nie przebył zakażenia wirusem SARS-CoV-2**,
- **nie posiada negatywnego wyniku testu PCR lub antygenowego**,

rekomenduje się umożliwienie:

- a) odwiedzania pacjenta na terenie placówki przez gości, którzy zostali **zaszczepieni przeciwko COVID-19**, przy zachowaniu wzmożonego reżimu sanitarnego (**załącznik nr 3**);
- b) odwiedzania pacjenta przez osoby niezaszczepione, które **spełniają warunki określone w punkcie 1 c** (tzn. uzyskały negatywny wynik testu antygenowego lub PCR w kierunku wirusa SARS-CoV-2, wykonanego na 48 godzin przed planowaną wizytą, lub przebyły zakażenie wirusem SARS-CoV-2), przy zachowaniu wzmożonego reżimu sanitarnego (**załącznik nr 3**)².

Nie rekomenduje się umożliwienia odwiedzania pacjenta, o którym mowa w pkt 2, przez osoby niezaszczepione, które nie spełniają warunków określonych w punkcie 1 c (tzn. nie wykonywały testu antygenowego lub PCR w kierunku wirusa oraz nie przebyły zakażenia wirusem SARS-CoV-2).

¹Testy antygenowe mogą być wykonywane na terenie placówki – w przypadku, gdy dana placówka dysponuje tymi testami i zdecyduje się na ich wykorzystanie przy organizacji odwiedzin u pacjentów.

²Testy antygenowe mogą być wykonywane na terenie placówki – w przypadku, gdy dana placówka dysponuje tymi testami i zdecyduje się na ich wykorzystanie przy organizacji odwiedzin u pacjentów.

Dodatkowo, jeśli pacjent nie został zaszczepiony ani nie przebył zakażenia wirusem SARS-CoV-2, zaleca się szczególną ostrożność oraz indywidualne rozważenie w każdym przypadku możliwości rozszerzania zakresu jego aktywności poza terenem placówki, jak i umożliwiania odwiedzin przez osoby bliskie, zwłaszcza w sytuacjach, w których aktywność poza terenem placówki lub odwiedziny są konieczne (np. wizyty lekarskie, pożegnanie).

Ostateczne decyzje w zakresie aktywności pacjentów poza terenem ZOL/ZPO oraz organizacji odwiedzin pacjentów przez gości na terenie placówki powinny być podejmowane przez kierownika danego zakładu, przy uwzględnieniu bieżącej sytuacji epidemiologicznej występującej na danym obszarze oraz w podmiocie, a także postępu realizacji szczepień w tej placówce.



Załącznik nr 1.

Zasady reżimu sanitarnego do stosowania przez pacjenta poza terenem placówki

Podczas przebywania pacjenta poza terenem placówki powinno się bezwzględnie przestrzegać następujących zasad:

1. W miejscach publicznych zachowywać dystans społeczny wynoszący min. 1,5 m od innych osób, unikać zbiorowisk oraz miejsc zatłoczonych, nie witać się poprzez podanie ręki, pocałunki, przytulanie (wirus przenosi się drogą kropelkową, ale także przez kontakt ze skażoną powierzchnią).
2. Unikać wszelkich wizyt i kontaktów z innymi osobami, które nie są niezbędne, w szczególności dużych spotkań rodzinnych i towarzyskich.
3. Będąc w otoczeniu innych osób zasłaniać usta i nos maseczką, najlepiej z filtrem lub stosować podwójną maseczkę (wirus przenosi się drogą kropelkową podczas np. mówienia, kichania, kaszlu). Kaszląc lub kichając zasłaniać usta i nos chusteczką lub zgięciem łokciowym.
4. Często myć ręce wodą z mydłem (min. 30 sek.) lub dezynfekować je wcierając ok. 3 ml preparatu do dezynfekcji rąk (1 doza) aż do całkowitego wyschnięcia (istnieje ryzyko przeniesienia wirusa z zanieczyszczonych powierzchni na ręce lub przez dotyk z innymi osobami, np. poprzez podanie ręki).
5. Regularnie wietrzyć pomieszczenia, w których przebywa pacjent.



Załącznik nr 2.

Podstawowe zasady reżimu sanitarnego, które powinny być bezwzględnie przestrzegane podczas odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL/ZPO:

1. Osoba odwiedzająca nie może mieć objawów infekcji (w tym m.in. kataru, kaszlu, gorączki, bólu gardła).
2. Osoba odwiedzająca zobowiązana jest do dokładnego (min. 30 sek.) umycia rąk wodą z mydłem, niezwłocznie po wejściu do podmiotu leczniczego.
3. Podczas wizyty konieczne jest stosowanie maseczki zasłaniającej usta i nos.
4. Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy pacjencie przez osobę odwiedzającą możliwe jest po uprzednim (bezpośrednio przed kontaktem) dokładnym umyciu lub zdezynfekowaniu przez nią rąk.

5. Podczas wizyty należy unikać gromadzenia się w jednym miejscu oraz bardzo bliskiego kontaktu z pacjentem, jak: przytulanie, uściski, pocałunki.
6. Pacjenta może odwiedzać jednocześnie 1 osoba, a w szczególnych sytuacjach 2 osoby.
7. Niezbędna jest rejestracja osób odwiedzających (imię, nazwisko, data wizyty, kontakt, dane odwiedzanego pacjenta).
8. Personel placówki odpowiedzialny jest za wietrzenie pomieszczenia, w którym odbywają się odwiedziny – przed i po wizycie oraz w miarę możliwości również w jej trakcie.

Bardziej szczegółowe wytyczne/rozwiązania dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL/ZPO powinny być opracowywane i wdrażane przez kierowników i personel danej placówki, przy uwzględnieniu:

- bieżącej sytuacji epidemiologicznej w tym podmiocie oraz na danym obszarze,
- po konsultacji z lokalnymi służbami sanitarnymi, a także
- w zależności od postępu realizacji procesu szczepień w placówce.



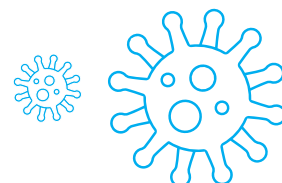
Załącznik nr 3.

Zasady wzmoczonego reżimu sanitarnego, które powinny być bezwzględnie przestrzegane podczas odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL/ZPO:

1. Osoba odwiedzająca nie może mieć objawów infekcji (w tym m.in. kataru, kaszlu, gorączki, bólu gardła).
2. Osoba odwiedzająca zobowiązana jest do dokładnego (min. 30 sek.) umycia wodą z mydłem, niezwłocznie po wejściu do podmiotu leczniczego.
3. Podczas wizyty konieczne jest stosowanie maseczki zasłaniającej usta i nos.
4. Preferowaną formą odwiedzin są spotkania na zewnątrz budynku (ogród, park, altana).
5. W czasie wizyty zalecane jest zachowanie dystansu min. 1,5 m od odwiedzanego pacjenta i innych osób przebywających w placówce.
6. Rekomenduje się stworzenie takich warunków w placówce, aby odwiedzający miał kontakt tylko z osobą odwiedzaną i zaszczepionym personelem placówki wskazanym do organizacji odwiedzin.
7. Pacjenta może odwiedzać jednocześnie maksymalnie 1 osoba.
8. Niezbędna jest rejestracja osób odwiedzających (imię, nazwisko, data wizyty, kontakt, dane odwiedzanego mieszkańca).
9. W szczególnych sytuacjach jak np. pożegnanie – gdy wizyta odbywa się w budynku, personel placówki odpowiedzialny jest za wietrzenie pomieszczenia, w którym odbywają się odwiedziny – przed i po wizycie oraz w miarę możliwości również w jej trakcie.

Bardziej szczegółowe wytyczne/rozwiązania dotyczące organizacji odwiedzin pacjentów przebywających w ZOL/ZPO powinny być opracowywane i wdrażane przez kierowników i personel konkretnej placówki, przy uwzględnieniu:

- bieżącej sytuacji epidemiologicznej w tym podmiocie oraz na danym obszarze,
- po konsultacji z lokalnymi służbami sanitarnymi, a także
- w zależności od postępu realizacji procesu szczepień w placówce.



Polacy dumnie bili brawo, okazując w ten sposób wdzięczność za ciężką pracę medykom, którzy walcząc z epidemią koronawirusa, narażają własne zdrowie i życie oraz swoich bliskich.

Niestety zdarza się, że zamiast oklasków i słów wsparcia, lekarze i pielęgniarki spotykają się z hejtem.

Na szczęście są to nieliczni, ale nie możemy być obojętni wobec napiętnowania i złości. Najbardziej skuteczną bronią jest

REAGOWANIE

Tym nielicznym *TERAZ I NA PRZYSZŁOŚĆ*
Przypominajmy, że

ŻYCZLIWOŚĆ WYSTARCZY

W swoich miejscach pracy, tam gdzie można – przyklej naklejkę.
Jeżeli znajdzie taka potrzeba, wskaż ją bez zbędnych słów.



*Odeszłaś cicho bez słów pożegnania.
Tak jakbyś nie chciała, swym odejściem smucić...
tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,
że masz niebawem z radosną wieścią wrócić.*

Ks. Jan Twardowski

*Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy, że 10 czerwca 2021 roku
odeszła nasza Koleżanka*

TERESA BRYĆKO

*Pielęgniarka Epidemiologiczna Specjalistycznego Szpitala im Dr A. Sokołowskiego w Wałbrzychu,
wcześniej Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii Ogólnej
Szpitala im S. Batorego w Wałbrzychu.*

*Długoletni i doświadczony pracownik naszego Szpitala.
Dobra i oddana Koleżanka, Przyjaciółka, cierpliwa powierniczka.*



*Pozostanie na zawsze w naszej pamięci!
Koleżanki Pielęgniarki
Specjalistycznego Szpitala im Dr A. Sokołowskiego w Wałbrzychu*

Janusz Szulik

Prezes Zarządu / Vorstandsvorsitzender / President of the Board
TU INTER Polska S.A
TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.



Warszawa, dnia 17 września 2021 r.

Pani Maria Pałeczka
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

Szanowna Pani Przewodnicząca

Mamy przyjemność poinformować, że w trosce o jak najlepsze zaspokojenie zmieniających się potrzeb i oczekiwań Naszych Klientów – Pielęgniarek i Położnych, TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. wprowadza nowe, bardziej atrakcyjne zasady do ubezpieczenia INTER Medyk Life.

INTER Medyk Life to kompleksowe ubezpieczenie na życie z dodatkową opcją na wypadek niezdolności do pracy.

W ramach umowy ubezpieczenia oferujemy:

- ✓ Świadczenie dzienne wypłacane za okres od 1-go, 15-go lub 31-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby i od 1-go dnia w wyniku nieszczęśliwego wypadku (w zależności od wybranego wariantu)
- ✓ Co najmniej 9 000 zł miesięcznie na pokrycie zobowiązań finansowych w życiu zawodowym i prywatnym dla osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą
- ✓ Zabezpieczenie finansowe rodziny w przypadku śmierci Ubezpieczonego

Zapewniamy ograniczone do minimum formalności związane z zawarciem umowy ubezpieczenia i wypłatą świadczeń.

Więcej informacji na temat ubezpieczenia INTER Medyk Life znajdą Państwo na stronie www.interpolska.pl/iml. Do Państwa dyspozycji pozostają także nasi doradcy, którzy pomogą w wyborze odpowiedniego wariantu ubezpieczenia.

Mamy nadzieję, że zmodyfikowane ubezpieczenie INTER Medyk Life spełni Państwa oczekiwania.

Z poważaniem

Janusz Szulik
Prezes Zarządu



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

Edward L. Trudeau

