

Pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

ISSN 1642-1000

# NASZ GŁOS

4/VII-VIII/2021



**11 września 2021 r. jesteśmy razem w Warszawie!**



**KUL** 1918

**KATOLICKI  
UNIwersYTET  
LUBELSKI  
JANA PAWŁA II**



# PIEŁĘGNIARSTWO

**studia II stopnia  
stacjonarne i niestacjonarne**

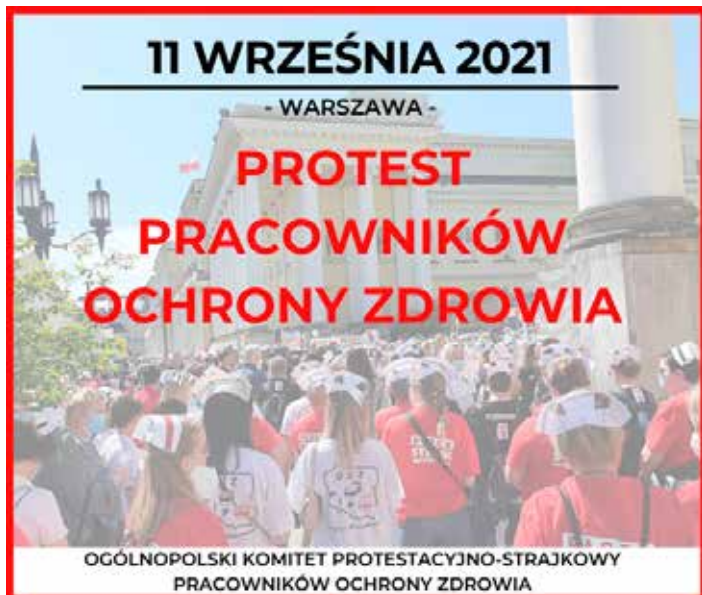
**rekrutacja trwa do 20 września**

## **Dlaczego warto studiować na KUL?**

- Wykładowcy-praktycy z wieloletnim doświadczeniem zawodowym
- Zajęcia w nowoczesnych pracowniach dydaktycznych i laboratoriach wyposażonych w wysokiej klasy sprzęt naukowo-badawczy
- Indywidualne podejście do studenta
- Zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe realizowane w partnerskich placówkach ochrony zdrowia
- Duży nacisk na kompetencje miękkie, niezwykle cenne w pracy z chorymi
- Dyplom KUL jest uznawany na całym świecie, a absolwenci zajmują wiele prestiżowych stanowisk w renomowanych firmach i instytucjach

**KANDYDAT.KUL.PL**





## W numerze:

### Co otrzymujesz od Izby?



Drogie Koleżanki i Koledzy faktem jest, że samorząd pielęgniarek i położnych utworzony został w celu reprezentowania osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Faktem jest również, że przynależność do samorządu jest obowiązkowa i tworzą go pielęgniarki oraz położne, które mają stwierdzone prawo wykonywania zawodu i które wpisane zostały do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę pielęgniarek i położnych. Faktem jest także, że samorząd posiada majątek, na który składają się środki finansowe oraz mienie ruchome i nieruchomości.

*Czytaj na str. 5*

### Dyplomatorium



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie od lat kształci studentów na studiach licencjackich i magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo.

Coraz większe zapotrzebowanie na rynku pracy spowodowane niedoborem pielęgniarek to problem nie tylko polskich pracodawców sektora ochrony zdrowia, ale także innych państw. Zapotrzebowanie na pielęgniarki z Polski w krajach Unii Europejskiej jest bardzo duże. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie wyszła naprzeciw zapotrzebowaniu i rozpoczęła w roku akademickim 2017/2018 kształcenie studentów na kierunku Pielęgniarstwo studia I<sup>o</sup> w języku angielskim.

*Czytaj na str. 7*

### Wynagrodzenie medyków po 1 lipca 2021 roku.

1 lipca 2021 roku weszły w życie nowe regulacje dotyczące wynagradzania pracowników medycznych. Przygotowaliśmy listę najczęściej zadawanych pytań na temat wynagrodzeń medyków po zmianie przepisów. Zapoznaj się z odpowiedziami.

*Czytaj na str. 15*

## spis treści:

Głos przewodniczącego	str. 4
Co otrzymujesz od Izby?	str. 5
Dyplomatorium	str. 7
Uroczystość „Zawieszenie wiechy” SPSK Nr 1 w Lublinie	str. 9
III Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej	str. 10
Nierówności w zdrowiu i znaczenie ich pomiaru w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)	str. 14
Aktualna sytuacja w polskim systemie opieki zdrowotnej	str. 18
List otwarty do pacjentów	str. 20
Z prac OIPIP – katastrofa legislacyjna	str. 21
Wynagrodzenie medyków po 1 lipca 2021 roku.	str. 22
Odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania	str. 22
Opinia prawna	str. 27
Z prac NIPiP	str. 28
Ważne	str. 36
Kondolencje	str. 37
Ogłoszenia – kształcenie podyplomowe	str. 38

### Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Andrzej Tytuła** tel. 81 536-67-66  
przyjmuje w sprawie skarg i wniosków w godzinach pracy OIPIP

### Wiceprzewodniczące Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Maria Olszak-Winiarska** – I i IV wtorek m-ca godz. 10.00 – 15.00  
**Agnieszka Kais** – wtorek, czwartek tel. 81 536-67-65

### Serretarz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Krystyna Amborska** tel. 81 536-67-69  
przyjmuje w sprawie skarg i wniosków w godzinach pracy OIPIP

### Skarbnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

**Marzena Siek** tel. 81 536-67-55  
wtorek, czwartek

### Sędzia Dyżurny

tel. 81 536-67-50  
I i III czwartek miesiąca • godz. 15.00 – 17.00

### Dyżur Rzecznika

tel. 81 536-67-51  
II i IV czwartek miesiąca • godz. 15.00 – 17.00

### Radca Prawny

tel. 81 536-67-59  
przyjmuje w poniedziałek • godz. 13.00 – 15.00

### Godziny pracy biura:

poniedziałek	godz. 8.00 – 16.00
wtorek	godz. 8.00 – 17.00
środa	godz. 8.00 – 16.00
czwartek	godz. 8.00 – 16.00
piątek	godz. 8.00 – 15.00

### Nasz adres:

**OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

20-072 LUBLIN, ul. Czechowska 3a

tel. 81 536-67-67 • 81 536-67-66 • fax 81 536-67-60

www.oipip.lublin.pl • e-mail: info@oipip.lublin.pl

Nr konta:

BNP Paribas 73 2030 0045 1110 0000 0050 6780

### Redaguje zespół w składzie:

Krystyna Amborska, Anita Jaształ-Kniażuk, Agnieszka Kais,  
Marzena Siek, Maria Olszak-Winiarska, Andrzej Tytuła.

**NASZ GŁOS** wydawany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie jest oficjalnym pismem samorządu pielęgniarek i położnych. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków samorządu.

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania zmian tytułów, skrótów i korekty redakcyjnej. Za treść zamieszczonych ogłoszeń nie ponosi odpowiedzialności.

**DRUK:** Drukarnia „PUNKTGRAF II”, Lublin, ul. Łęczyńska 51 • nakład: 2000 egz.

**Drogie Koleżanki, Koledzy**

Okres urlopowy trwa, podmioty lecznicze udzielają świadczeń zdrowotnych w rzeczywistości COVID-19, absolwenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo ubiegają się o uzyskanie uprawnień do wykonywania zawodu, samorząd realizuje swoje ustawowe obowiązki. W zasadzie nic nadzwyczajnego nie dzieje się, względny spokój, czy rzeczywiście tak jest? W ostatnim czasie zapadły przecież istotne decyzje dotyczące systemu ochrony zdrowia. Faktem jest, że środowiska medyczne, w tym pielęgniarki i położne nie akceptują decyzji Sejmu w sprawie nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw ale prawo zostało ustanowione o czym zdecydowali posłowie na Sejm RP bezwzględną większością głosów, należy je zatem respektować. To fakt nie pod-



legający dyskusji, prawo zostało ustanowione, pomimo jawnego sprzeciwu środowisk medycznych, pomimo szeroko prowadzonej akcji informacyjnej na temat kondycji polskiego systemu ochrony zdrowia, pomimo apeli oraz merytorycznych argumentów co do słuszności zgłaszanych przez środowiska medyczne poprawek do przegłosowanej ustawy ... prawo zostało ustanowione. Wobec takiego stanu rzeczy przedstawiciele medycznych samorządów zawodowych oraz przedstawiciele związków zawodowych zrzeszonych w branży ochrony zdrowia wspólnie podejmujący działania w kierunku poprawy warunków pracy, wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia oraz uświadamiania społeczeństwa polskiego jak również decydentów o złej kondycji polskiej ochrony zdrowia i jej konsekwencjach, zdecydowali o konieczności podjęcia kolejnej akcji protestacyjnej. Odbędzie się ona w dniu **11 września 2021 r. w Warszawie** jako **Wielki protest pracowników ochrony zdrowia**. Pomimo zaplanowanych działań, środowiska medyczne nadal zainteresowane są podjęciem

z Premierem RP konstruktywnego dialogu, w wyniku którego ostatecznie podjęte zostaną decyzje służące polskiemu społeczeństwu, ochronie zdrowia jak również pracownikom tego systemu, bowiem od lat nie znajdujemy odpowiedzi na pytanie kiedy bezdyskusyjnie przyjęta zostanie prawda, że w systemie ochrony zdrowia czynnik ludzki odgrywa wiodącą rolę. Kolokwialnie rzecz ujmując „Jesteśmy zaprawieni w bojach”, walka o godne wynagrodzenia, dobre warunki pracy służące jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, szacunek należy osobom wykonującym zawód pielęgniarki i położnej, a przede wszystkim dobro pacjenta trwa niezmiennie od przynajmniej 30 lat.

**Jesteśmy jak zawsze wszyscy razem!**

Z pozdrowieniem  
**dr Andrzej Tytuła**

**Przewodniczący ORPiP w Lublinie**



**CENTRUM EDUKACJI MEDYCZNEJ**  
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



## PODZIĘKOWANIE

dla Szanownego Pana

**Dr n. med. Andrzeja Tytuła**

Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

W imieniu Władz Uczelni składam Panu gorące podziękowania za zaangażowanie oraz owocną współpracę z Wydziałem Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Mamy nadzieję na kolejne lata efektywnej oraz wartościowej wspólnej pracy.

Proszę o przyjęcie gorących życzeń dalszych sukcesów w pracy zawodowej oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

**prof. dr hab. n. med. Kamil Torres**  
Prorektor ds. Kształcenia i Dydaktyki  
UM w Lublinie

Lublin, 30 czerwca 2021



# Co otrzymujesz od Izby?

Drogie Koleżanki i Koledzy faktem jest, że samorząd pielęgniarek i położnych utworzony został w celu reprezentowania osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Faktem jest również, że przynależność do samorządu jest obowiązkowa i tworzą go pielęgniarki oraz położne, które mają stwierdzone prawo wykonywania zawodu i które wpisane zostały do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę pielęgniarek i położnych. Faktem jest także, że samorząd posiada majątek, na który składają się środki finansowe oraz mienie ruchome i nieruchomości. Majątek Izby jest wspólnym dobrem wszystkich pielęgniarek i położnych. Środki finansowe w głównej mierze pochodzą ze składek członkowskich ale również z budżetu państwa, wówczas przeznaczone są na realizację konkretnych zadań, a także pozyskiwane są z działalności prowadzonej przez Izbę. Majątkiem tym zarządza Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na podstawie planu finansowego przyjętego na konkretny rok kalendarzowy. Każda decyzja finansowa podejmowana jest gremialnie, w oparciu o przepisy prawa, co służyć ma tzw. przejrzystości finansowej. Działalność finansowa Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych podlega cyklicznym kontrolom prowadzonym przez organy i instytucje zewnętrzne.

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie „Co otrzymujesz od Izby”, w oparciu o dane z minionego roku przygotowaliśmy zestawienie, które prezentujemy poniżej. Liczba i wartość pozycji zawartych w zestawieniu daje nam obraz konkretnej pracy, która wykonana została na rzecz członków OIPiP w Lublinie oraz informuje nas o tym jakiego rzędu koszty generowała ta praca. Koszty te, to konkretne kwoty, które wracają do pielęgniarek i położnych w postaci pieniężnej wówczas kiedy ubiegają się One o dofinansowanie do kształcenia podyplomowego lub bezzwrotną zapomogę losową. Wyraźnie zaznaczyć należy, że miniony rok generował przede wszystkim koszty dotyczące świadczeń z tytułu zachorowania członka OIPiP w Lublinie na COVID-19, w tym koszty związane z koniecznością nabycia środków ochrony indywidualnej, jak również związane ze wsparciem finansowym w sytuacji nie świadczenia pracy w związku z przebywaniem na kwarantannie czy okresowym zawieszenia działalności przez zakład pracy. Formą wsparcia generującą koszty w rzeczywistości COVID-19 był również zakup i dystrybucja środków ochrony osobistej oraz płynu dezynfekcyjnego, które kierowane były do konkretnych miejsc pracy, a także możliwość bezpłatnego korzystania z porad prawnych. Nadal kontynuowaliśmy ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej członków naszej Izby, na szeroką skalę prowadziliśmy działalność informacyjną, a także kontynuowaliśmy kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Zadania, które z uwagi na epidemię SARS-CoV-2 nie mogły być realizowane w formie kontaktowej realizowane były w inny, bezpieczny sposób. Ich efektem był konkretny rodzaj wsparcia pozostawiający ślad na indywidualnych rachunkach bankowych członków samorządu lub stanowił formę nieocenionej pomocy rzeczowej i merytorycznej.

Na pytania „Co otrzymujesz od Izby” i „Czy samorząd pielęgniarek i położnych faktycznie niczego nie daje swoim członkom...?” odpowiedzmy sobie indywidualnie, w swojej ocenie pozostawmy obiektywni i konsekwentni, zwłaszcza w sytuacjach, w których swoimi opiniami dzielimy się z innymi.

► Ciąg dalszy na str. 6

## OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W LUBLINIE

### Co dajemy ze składek pielęgniarkom? – rok 2020

PRZYCHODY	Kwota
<b>SKŁADKI OGÓŁEM</b>	<b>3900 000,00</b>

KOSZTY		Kwota
	<b>ŚWIADCZENIA BEZPOŚREDNIE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH</b>	<b>2 202 000,00</b>
1	Pomoc związana ze stanem epidemiologicznym (płyny, maseczki, przyłbice, obiady, izolacje, wczasy itp..)	195 000,00
2	<b>Zapomogi Covid 19 – 137 osób</b>	<b>190 000,00</b>
3	Ubezpieczenie OC pielęgniarek	22 000,00
4	NASZ GŁOS (z kosztem wysyłki)	70 000,00
5	Bezpłatne szkolenia prowadzone przez OIPIP	165 000,00
6	Dofinansowania do kształcenia (studia, szkolenia, kursy)	440 000,00
7	Komercyjne szkolenia po kosztach w naszym OKPPIP	240 000,00
8	<b>Zapomogi losowe (powódź, pożar), turnusy rehabilitacyjne – 93 osoby</b>	<b>365 000,00</b>
9	Pożegnanie emerytek i upominki	100 000,00
10	Pożegnania członków VII kadencji	90 000,00
11	Konferencje, sympozja i zjazdy (krajowe i zagraniczne) – dofinansowania	6 000,00
12	Komisje problemowe i zwrot kosztów podróży dla piel. i poł., posiedzenia, pełnomocnicy	106 000,00
13	Porady prawne - organy Izby	45 000,00
14	Specjalizacje ( umowy z Ministerstwem Zdrowia)	75 000,00
15	Specjalizacje bezpłatne organizowane przez OKPPIP (SpAiIO/2019, 2020; SpCHIR/2019, 2020; SpINT/2019, 2020; SpOD/2019, 2020; SpPAL/2020)	93 000,00

## OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W LUBLINIE

### Co dajemy ze składek pielęgniarkom? – do 30 czerwca 2021 r.

PRZYCHODY	Kwota
<b>SKŁADKI OGÓŁEM w pierwszym półroczu 2021 r.</b>	<b>2 000 000,00</b>

KOSZTY		Kwota
	<b>ŚWIADCZENIA BEZPOŚREDNIE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH</b>	<b>1 760 000,00</b>
1	<b>Zapomogi Covid 19 – 1356 osób</b>	<b>850 000,00</b>
2	Ubezpieczenie OC pielęgniarek	21 000,00
3	NASZ GŁOS (z kosztem wysyłki)	31 000,00
4	Bezpłatne szkolenia prowadzone przez OIPIP	145 000,00
5	Dofinansowania do kształcenia (studia, szkolenia, kursy)	110 000,00
6	Komercyjne szkolenia po kosztach w naszym OKPPIP	60 000,00
7	<b>Zapomogi losowe (powódź, pożar), turnusy rehabilitacyjne – 105 osób</b>	<b>210 000,00</b>
8	Pożegnanie emerytek i upominki	120 000,00
9	Komisje problemowe i zwrot kosztów podróży dla piel. i poł., posiedzenia, pełnomocnicy	3 000,00
10	Porady prawne - organy Izby	15 000,00
11	Specjalizacje ( umowy z Ministerstwem Zdrowia)	90 000,00
12	Specjalizacje bezpłatne organizowane przez OKPPIP (SpAiIO/2019,2020; SpCHIR/2019,2020; SpINT/2019,2020; SpOD/2019,2020; SpPAL/2020)	105 000,00

# DYPLOMATORIUM



Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie od lat kształci studentów na studiach licencjackich i magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo.

Coraz większe zapotrzebowanie na rynku pracy spowodowane niedoborem pielęgniarek to problem nie tylko polskich pracodawców sektora ochrony zdrowia, ale także innych państw. Zapotrzebowanie na pielęgniarki z Polski w krajach Unii Europejskiej jest bardzo duże. Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie wyszła naprzeciw zapotrzebowaniu i rozpoczęła w roku akademickim 2017/2018 kształcenie studentów na kierunku Pielęgniarstwo studia I<sup>o</sup> w języku angielskim. Kształcimy studentów z Irlandii, Norwegii, Kazachstanu, Ukrainy, Litwy, Indii, Bangladeszu, Zimbabwe, Gujany, Sudanu, RPA i wielu innych krajów. Studia w języku angielskim podejmują także studenci z Polski.

W dniu 20.07.2021 roku w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie odbyła się już druga uroczystość wręczenia dyplomów absolwentom Pielęgniarstwa w języku angielskim. W roku akademickim 2020/21 dyplom pielęgniarki/pielęgniarsza otrzymało 32 osoby. Dotychczas studia pierwszego stopnia ukończyło ponad 70 osób.

W uroczystości wzięli udział przedstawiciele Władz Uczelni, nauczyciele akademicki oraz zaproszeni goście, m.in.: dr Andrzej Tytuła – Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, który przybliżył absolwentom zasady ubiegania się o prawo wykonywania zawodu.

Wręczenie dyplomów studentom zagranicznym, zwłaszcza z krajów Afryki zawsze ma bardzo uroczysty charakter. W trakcie uroczystości głos zabrał przedstawiciel studentów Pan Elijah Denhere, który w imieniu swoim i absolwentów podsumował lata studiów w WSEI, przybliżył plany na przyszłość.



Dla absolwentów jest to chwila bardzo radosna. Wręczeniu dyplomów towarzyszą oklaski, śpiewy narodowych pieśni, sesje zdjęciowe z nauczycielami, przyjaciółmi i rodziną, która niejednokrotnie przyjechała na uroczystość do Polski z zagranicy. Jedna z absolwentek przygotowała okazjonalny tort z logo Uczelni

► Ciąg dalszy na str. 8



Ukończenie studiów I stopnia otwiera absolwentom drogę zawodową. Większość z nich wybiera pracę za granicą, głównie w Wielkiej Brytanii. Niektórzy wracają do swoich krajów i tam podejmują pracę. Część absolwentów kontynuuje naukę na studiach drugiego stopnia w Polsce lub w Wielkiej Brytanii.

Wśród absolwentów są również osoby, które po ukończeniu studiów I stopnia ubiegają się o polskie prawo wykonywania zawodu i podejmują pracę jako pielęgniarka/pielęgniarz w Polsce, wybierając Lublin, Gdańsk, Katowice, Bydgoszcz. I to nas najbardziej cieszy, że studenci z zagranicy, którzy ukończyli WSEI chcą zostać w Polsce i tu dalej rozwijać się zawodowo.

WSEI w Lublinie od roku akademickiego 2021/22 również będzie kształcić studentów na kierunku Pielęgniarstwo II stopnia w języku angielskim.

Praca ze studentami anglojęzycznymi jest dużym wyzwaniem i doświadczeniem dla pracowników WSEI i nauczycieli akademickich. Wymaga nie tylko profesjonalnego przygotowania, ale także znajomości języka angielskiego. Z roku na rok, a właściwie z semestru na semestr liczba studentów Pielęgniarstwa anglojęzycznego rośnie. Obecnie studiuje ponad 300 osób, a kolejni chętni prze-

chodzą proces rekrutacji na studia w nowym roku akademickim.

Dlatego jeśli jesteś pielęgniarką/pielęgniarzem, po-



śługujesz się językiem angielskim w stopniu komunikatywnym, chcesz zdobyć nowe doświadczenie w pracy ze studentami z innych krajów i kultur, chcesz się rozwijać, chcesz rozwijać zdolności językowe, zgłoś się do WSEI w Lublinie. Chętnie nawiążemy współpracę w celu prowadzenia zajęć ze studentami.

Zapraszamy!

Zdjęcia: WSEI





# Uroczystość „Zawieszenie wiechy” Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie



6. lipca na placu budowy SPSK 1 od strony Al. Solidarności odbyła się uroczystość związana z realizacją kolejnego etapu Programu pn. **„Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”**.

Tym razem okazją do spotkania na placu budowy największego budynku, który powstaje w głównej lokalizacji Szpitala przy ul. Staszica 16, było symboliczne **„zawieszenie wiechy”** - następuje ono z chwilą ukończenia stanu surowego budynku. W imieniu **Realizatora, Inwestora** oraz **Wykonawcy** inwestycji, zgromadzonych powitali, a następnie zaproszeni zostali do pierwszej fotografii z wiechą: Dyrektor Naczelna SPSK 1 - Beata Gawelska, JM Rektor UM - prof. dr hab. n.med. Wojciech Załuska oraz Dyrektor Budownictwa Ogólnego Budimex SA - Jakub Nagraba.

Udział w uroczystości wziął Pana dr n. med. Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.



Podczas uroczystości wręczono również dyplomy studentom kierunku „Architektura” Politechniki Lubelskiej, za uczestnictwo w konkursie dotyczącym opracowania koncepcji kolorystycznej wnętrza nowego budynku G-16. Zwyciężyli studenci: Darya Antanuk, Nastassia Blazheyeuskaya, Yehor Pobortsew. Konkurs współorganizowany był przez nasz Szpital oraz Politechnikę Lubelską.

Źródło: [www.spsk1.lublin.pl](http://www.spsk1.lublin.pl)

# III Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

W dniach 28-29 czerwca 2021r, w Warszawie odbyła się III Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej organizowana przez Polskie Centrum Edukacji, podczas której realizowany był 11-godzinny kurs - „Kompetencje i zadania pielęgniarki medycyny szkolnej”.

Gośćmi konferencji byli:

- mgr Wisława Ostręga - kierownik Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży - Pracownia Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka
- prof dr hab. n. med. Anna Oblacińska - Konsultant w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Pracownia Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka
- dr Hanna Nałęcz - zastępca kierownika Zakładu Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Koordynator Pracowni Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka

W konferencji uczestniczyło 115 Pań pielęgniarek, pracujących w szkolnych gabinetach profilaktycznych w całej Polsce.

Na konferencji przedstawiono tematy takie jak :

- "Dokumentacja elektroniczna - zagadnienia związane z przygotowaniem aplikacji do wymiany danych z platformą P1".
- "Zasady wypełniania sprawozdania MZ06"
- "Pozyskiwanie środków na teleinformatyzację gabinetów medycyny szkolnej"
- "Wpływ Covid na stan psychiczny mózgu - trening mózgu"
- "Kontraktowanie świadczeń w medycynie szkolnej"
- "Wady postawy u uczniów"
- "Zabiegi poprawiające jakość życia - funkcjonowania psychospołecznego w kontekście pandemii Sars Cov 2 personelu pielęgniarskiego"

## I. Zasady wypełniania sprawozdań MZ 06:

Ustawy i rozporządzenia na podstawie, których mamy obowiązek przekazywania danych do statystyki publicznej:

- ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. 2019 poz. 1078)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r.w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2019 poz. 736)
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. 2019 poz. 1199)

Art 28. Podmioty sprawujące opiekę zdrowotną nad uczniami w szkole prowadzą sprawozdawczość z realizacji tej opieki zgodnie z przepisami o statystyce publicznej.

Art. 23. 1. Zadania w zakresie monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniami wykonują:

- 1) wojewodowie;

2) Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, zwany dalej „Instytutem” – na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. W zakresie, o którym mowa w ust. 1, wojewoda przetwarza i gromadzi informacje o realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami pozyskane w ramach statystyki publicznej. Sprawozdanie MZ 06 z realizacji opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach przekazujemy za pomocą portalu <https://ssoz.ezdrowie.gov.pl> w terminie składania sprawozdań zgodnie z PBSSP 2020 (z danymi za rok szkolny 2020/2021)

## II. Pozyskiwanie środków na teleinformatyzację gabinetów

Specjalista z zakresu zdrowia publicznego oraz dyplomacji publicznej, prawnik Pan Jakub Ciołek przedstawił temat:

„Pozyskiwanie środków na teleinformatyzację gabinetów. Jakie programy, gdzie szukać i czego możemy się spodziewać w najbliższym czasie.” Podczas konferencji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej przekazał najważniejsze informacje dotyczące dofinansowania na usługę telemedycyny, jak i także na zakup niezbędnego sprzętu i oprogramowania, aby taką usługę móc realizować.

Obecnie, ze względu na nowe rozdanie funduszy unijnych, które trafiają zarówno do rozdania przez instytucje państwowe oraz samorządowe, wiele dofinansowań będzie dopiero uruchomione.

Najwięcej informacji na ten temat przekazuje w swoich ogłoszeniach Narodowy Fundusz Zdrowia na stronie internetowej: [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl). Dodatkowo informacje dotyczące dofinansowań z krajowych programów operacyjnych, jak i wojewódzkich można znaleźć na stronie: <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/wszystkie-serwisy-programow/>.

Obecnie prowadzony jest nabór na pilotaż Elektronicznej Dokumentacji Medycznej - II etap - dla wszystkich podmiotów, na których został nałożony obowiązek posiadania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Z informacji zasłyszanych od pracowników NFZ, przeprowadzany będzie III pilotażowy etap, na który można będzie się zgłosić. Prawdopodobny termin otwarcia tego konkursu to wrzesień 2021 r., jednak z zastrzeżeniem, że termin ten, jak i sam konkurs może ulec przesunięciu bądź zostać całkowicie wygaszony.

Link do obecnego konkursu: <https://sip.lex.pl/aktyprawne/dzienniki-resortowe/warunki-udzielania-i-rozliczaniaw-2021-r-finansowania-informatyzacji-35887295> oraz <http://www.nfz-warszawa.pl/dla-swadczeniodawcow/aktualnosci/dofinansowanie-informatyzacji-swadczen>

► Ciąg dalszy na str. 11



opieki-zdrowotnejw-ramach-pilotazu-edm-etap-ii,1483.html

### III. Wpływ Covid na stan psychiczny mózgu

Covid kontra mózg - hipotezy

- Uszkadza komórki nerwowe i włókna nerwowe (w badaniach obrazowych jak „sito”) prof. Marcin Wojnar WUM
- Zakażenia dodatkowe czy zmiany biochemiczne spowodowane burzą cytokinową – dr Artur Zaczyński MSWiA
- Jest w stanie przełamać barierę krew-mózg. Zatem może tworzyć w mózgu mikrozakrzepy a w efekcie jest to rozsiana niedokrwiennosc – dr Paweł Grzesiowski

Symptomy np.

Tzw mgła mózgową

- Dezorientacja
- Niezdolność do skupienia się
- Problemy z komunikacją
- Zapominanie
- Depresje
- Udary
- Halucynacje

Covid w sferze psycho-społecznej:

- Izolacja
- Destabilizacja ( rodzina, szkoła )
- Lęk w związku z przekazami medialnymi nt. koronawirusa
- Zagrożenia w internecie ( cyberprzemoc )
- Uzależnienia od Internetu

Skutki:

- STANY LĘKOWE
- DEPRESJE
- ZABURZENIA ODŻYWIANIA
- ZACHOWANIA AUTODESTRUKCYJNE
- PRÓBY SAMOBÓJCZE

STAN PSYCHICZNY CZŁOWIEKA ZALEŻY OD CAŁEGO NASZEGO STANU ZDROWIA , ZALEŻY TEŻ OD TEGO CZY WIDZIMY SENS ŻYCIA

Jak trenować mózg ?

- Zmuszamy go do pracy, przełamujemy codzienną rutynę.
- Utrudniamy mu życie, robiąc coś do czego nie jest przyzwyczajony
- Zaskakujemy

Kiedy zmuszamy mózg do pracy ?

- Aktywne życie towarzyskie wśród NOWYCH LUDZI – najwyższe obroty dla mózgu
- Rozmowa
- Dyskusja
- Nowe poglądy, uaktualnianie wiedzy
- Analizowanie i wyciąganie wniosków
- Koncentracja

Zapamiętywanie chodzi o spotkania w ramach społeczności - nie na ławce przed blokiem

- Podczas aktywności fizycznej Ping pong NAJLEPSZY Z aktywności , bo aktywuje mózg do: aktywnego śle-

dzenia wzrokiem lotu piłki, szybkich reakcji i planowania strzałów, przewidywania strategii przeciwnika, dostosowywania swoich ruchów do zachowań przeciwnika

To tzw. aerobowe szachy dla mózgu -bardzo skuteczny trening poznawczy, który usprawnia myślenie.

- Podczas żonglowania, to rewelacyjny trening aktywności mózgu, zwiększenie koncentracji, synchronizacja prawej i lewej strony mózgu, zwiększenie aktywności mózgu, usprawnienie czytania w przypadku dysleksji, poprawa nastroju i osłabienie nadpobudliwości w przypadku ADHD, poprawa koordynacji ruchowo-wzrokowej, aktywacja mózdzku do wykonywania coraz bardziej precyzyjnych ruchów

Kiedy przełamujemy rutynę ?

- Pisanie lewą ręką
- Pyszczyć z zamkniętymi oczami
- Powrót inną drogą niż zwykle
- Kawa w innej filiżance
- Przetawione rzeczy na biurku
- Zakupy w innym sklepie
- Spacer z psem w kompletnie nowe miejsce
- Czytanie książki w innym miejscu niż w domu
- Nowy sposób ubierania

Kiedy utrudniamy mu życie ?

- Czytanie do góry nogami
- Czytanie od tyłu
- Liczenie od tyłu
- Krzyżówki
- Łamigłówki
- Zagadki

Kiedy mózg zaskakujemy ?

Kiedy podejmujemy kompletnie nową aktywność

- Nauka języka, nauka tańca, nauka szydełkowania, nauka rysunku
- Nowe hobby
- Kompletnie nowa decyzja np. zostanę wegetarianinem

Co lubi mózg ?

- Śmiech
- Aktywność fizyczną
- Wodę
- Zdrowe jedzenie
- Towarzystwo
- Sen
- Ciszę
- Zapachy

### IV. Zasady kontraktowania świadczeń w medycynie szkolnej

W drugim dniu konferencji pracownik Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ, Pani Barbara Kaczmarzka omówiła zasady kontraktowania świadczeń w medycynie szkolnej.

Finansowanie - zasady

► Ciąg dalszy na str. 12

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej znajduje się katalog świadczeń pielęgniarstwa szkolnego obejmujące dzieci i młodzież w wieku szkolnym i przedszkolnym. Rozporządzenie MZ określa również liczbę uczniów przypadającą na jedną pielęgniarkę szkolną w zależności od typu szkoły.

Zgodnie z założeniami zasad przyjętych dla poz świadczenia wykonywane przez pielęgniarkę szkolną finansowane są stawką kapitałową z zastosowaniem współczynników korygujących przypisanych do różnych typów szkół, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej.

1. typ szkoły I – szkoła podstawowa, szkoła, która w przeszłości była gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach szkoły, która w przeszłości była gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z okresem kształcenia nie dłuższym niż 2,5 roku:
  - a. uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) – współczynnik 1,0,
  - b. uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnik 1,7,
  - c. uczeń z niepełnosprawnością typu A w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) – współczynnik 5,0,
  - d. uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) – współczynnik 9,4,
  - e. uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) – współczynnik 25,0;
2. typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnik 1,7;
3. typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):
  - uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III (typ ucznia IIIA) – współczynnik 5,0,
  - uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnik 9,4,
  - uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnik 25,0.

Stawką kapitałową finansowane są także świadczenia wykonywane w ramach profilaktyki fluorkowej.

Podmiot ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego, przedkłada w Wojewódzkim Oddziale Funduszu aktualną na dzień złożenia wniosku, informację o szkołach, z którymi zawarł porozumienie o współpracy i charakterystyce populacji uczniów, która w tych szkołach zostanie objęta opieką świadczeniodawcy na podstawie zawartej umowy.

Przedmiot umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zwanej dalej „umową” lub „umową poz”, stanowi realizacja świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu MZ, udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – w warunkach domowych albo w środowisku nauczania i wychowania, finansowa-

nych przez Fundusz. Pielęgniarka szkolna obejmuje opieką dzieci i młodzież objętą obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki począwszy od oddziałów przedszkolnych w szkołach podstawowych do ostatniej klasy szkoły ponadpodstawowej, z wyłączeniem szkół dla dorosłych.

Listy uczniów, o których mowa, należy potwierdzać nie rzadziej niż dwukrotnie (w marcu i październiku) w każdym roku, podpisane przez dyrektorów szkół informacją o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę w każdej szkole; informacja sporządzana zgodnie ze wzorem określonym w umowie przekazywana jest do Oddziału Funduszu w formie pisemnej, w terminie: do dnia 7 marca oraz do dnia 7 października każdego roku. Podstawę rozliczania świadczeń w miesiącu lipcu i miesiącu sierpniu stanowią liczby uczniów zweryfikowane na dzień 1 czerwca roku obowiązywania umowy. W przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych świadczeniodawców, Fundusz ma prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

## V. Wady postawy u uczniów

Wady postawy są odchyleniami od ogólnie przyjętych cech prawidłowej postawy, właściwej dla wieku oraz płci. Pojawiają się najczęściej w okresie wzrostu. Do najczęściej występujących wad postawy zaliczamy:

- Postawę skoliozytyczną
- Skoliozę
- Plecy okrągłe
- Plecy płaskie
- Plecy okrągło-wklęsłe
- Plecy wklęsłe
- Płaskostopie
- Koślawość/szpotawość kolan

Czynniki wpływające niekorzystnie na postawę dziecka Istnieje wiele czynników, które mogą wpływać na dysfunkcje układu mięśniowo-szkieletowego dzieci w wieku szkolnym i nie tylko. Czynniki te mogą zostać skategoryzowane w następujący sposób:

- przebywanie w obciążających, stojących i siedzących pozycjach ciała (np. „praca szkolna” w pozycjach zgięciowych)
- aktywność fizyczna i sportowa oraz przyjmowanie dużych obciążeń, często ponad możliwości i stan wytrenowania organizmu dziecka.
- funkcjonowanie w środowisku pozbawionym obciążenia grawitacyjnego i stymulacji sensorycznej, gdzie dochodzi do ograniczonej aktywizacji systemów stabilizujących – brak bodźców dla systemu proprioceptywnego (np. oglądanie telewizji w wygodnych fotelach, chodzenie po płaskich, równych powierzchniach z użyciem wygodnego obuwia czy też postęp technologiczny w rozumieniu ułatwiania aktywności ruchowej
- noszenie na jednej stronie ciała tornistrów, toreb itp.
- deficyty żywieniowe - przebyte choroby np. krzywica - jednostronne i te same karmienie dziecka piersią matki.

► Ciąg dalszy na str. 13



#### Plan działania:

Jeżeli występuje taka możliwość warto zaopatrzyć dziecko w opiekę interdyscyplinarną (pielęgniarka, lekarz z nakreśloną specjalizacją np. ortopeda, fizjoterapeuta z funkcjonalnym sposobem myślenia, psycholog, dietetyk), gdzie w koncepcji wspólnego porozumienia nakreślony zostanie problem rodzicom.

„Nie bać się rozmawiać o rzeczach trudnych (emocjach) dla nas wszystkich, a szczególnie dla dziecka, które dopiero poznaje ten świat.

„Trudny początek - owocne zakończenie”

Ważne, aby w postępowaniu terapeutycznym uwzględnić dokładny wywiad, możliwie naprecyzowaną diagnostykę (badanie funkcjonalne), a w końcowej fazie dobrać odpowiednie środki terapeutyczne (praca manualna zabiegi, ćwiczenia), które pozwolą wrócić dziecku do radosnego funkcjonowania wśród rówieśników

#### VI. „Zabiegi poprawiające jakość życia – funkcjonowania psychospołecznego. W kontekście pandemii sars cov 2 personelu pielęgniarskiego” – Szymon Formela

##### Jakość życia

- Jakość życia jest subiektywną oceną dokonywaną przez człowieka
- Człowiek ocenia swoje położenie życiowe porównując je z określonym standardem
- Standardy bywają kształtowane na podstawie przyjętego przez człowieka systemu wartości
- JAKOŚĆ ŻYCIA jest oceną różnicy, jaka istnieje między sytuacją upragnioną (idealną) a rzeczywistością istniejącą (realną)
- Jakość życia zależy od stopnia zaspokojenia najważniejszych dla człowieka potrzeb
- Potrzeby wg Masłowa: fizjologiczne, bezpieczeństwa, przynależności, szacunku, potrzeby poznawcze, potrzeby estetyczne, samorealizacja, transcendencja.

Im większa różnica między sytuacją upragnioną a realną tym niższa jakość życia (stąd dążenie do minimalizowania tej różnicy)

##### Jak poprawić jakość życia ???

- Poprzez poprawę warunków sytuacji realnej (np. podawanie leków zmniejszających ból, troskliwa opieka itp.)

- Poprzez zmianę „treści” sytuacji upragnionej (np. rozmowy z księdzem, psychologiem, wolontariuszami, lekarzami, rodziną ...)

##### Elementy odporności psychicznej / Elastyczności

- Pewność siebie
- Asertywność Granice Egoizm Trafność Ocen
- zaangażowanie
- Adekwatny wybór celów, dostosowanie środków, konsekwencja w działaniu
- Adaptacja do zmiany
- Reakcje na funkcjonowanie w zmiennych warunkach pod presją
- Kontrola własnych reakcji
- Kontrolowanie własnych emocji świadome ich przeżywanie
- Wsparcie Społeczne (DEF Sarason 1982)
- Pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych i stresowych
- Rodzaje Wsparcia (DEF Tardy 1985)
- Emocjonalne – werbalne niewerbalne lubimy cię jesteś przez nas kochany
- Wartościujące – Jesteś dla nas kimś ważnym, Dzięki tobie wykonaliśmy to zadanie
- Instrumentalne – pożyczanie pieniędzy, wyręczenie w czymś
- Informacyjne – Rady, informacje rozwiązywanie problemów

##### Wyznaczniki Świadomego Działania

- Wiedza, Fakty
  - Ochrona życia, zdrowia
  - Wsparcie w osiągnięciu celów
  - Unikanie konfliktów (w relacjach)
  - Pomagają mi się czuć tak jak chce się czuć
- Konferencja zakończyła się rozdaniem zaświadczeń o ukończeniu kursu oraz przedstawieniem propozycji tematów na IV Ogólnopolską Konferencję Pielęgniarek Medycyny Szkolnej.

Udział w konferencji dofinansowany przez ORPiP w Lublinie.



**LAT SAMORZĄDU  
PIELĘGNIAREK  
I POŁOŻNYCH  
1991 - 2021**

# Nierówności w zdrowiu i znaczenie ich pomiaru w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)

## Czym są nierówności w zdrowiu?

Nierówności w zdrowiu (*health inequalities*) według definicji sformułowanej na rzecz WHO przez M. Whitehead to: *systematyczne różnice w stanie zdrowia między różnymi grupami społeczno-ekonomicznymi. Nierówności te są spowodowane czynnikami społecznymi (a zatem mogą być modyfikowane) i jednocześnie są niesprawiedliwe.*<sup>1</sup>

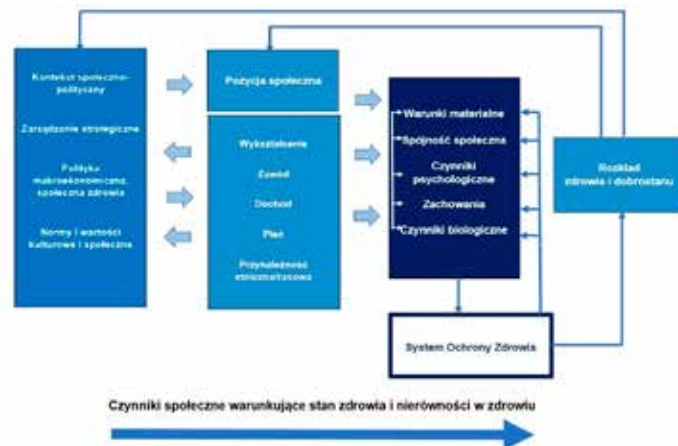
Osoby, które są w gorszej sytuacji społeczno-ekonomicznej, zazwyczaj umierają w młodszym wieku, a w ciągu krótszego życia często mają więcej problemów zdrowotnych. Te „nierówności zdrowotne” są nieustannym wyzwaniem dla zdrowia publicznego we wszystkich krajach europejskich i wciąż są przedmiotem licznych badań w różnych dziedzinach.

## Jakie czynniki i w jaki sposób kształtują nierówności w zdrowiu?

Zróznicowanie sytuacji zdrowotnej populacji jest głównie efektem nierówności warunków codziennego życia i dostępu do zasobów ekonomicznych, społecznych i kulturowych. Wszystkie wymienione czynniki wpływają na kształtowanie zachowań zdrowotnych, od których zależy przede wszystkim stan zdrowia ludności. Badania obejmujące kraje europejskie pokazują, że stan zdrowia populacji stale się poprawia, a umieralność maleje we wszystkich grupach społecznych. Mimo to zróznicowanie zdrowia w zależności od dochodów, pozycji zawodowej czy wykształcenia – bo takie są najczęściej przyjmowane wskaźniki pozycji społecznej – nie tylko jest trwałe, ale też w wielu krajach, zwiększa się w ciągu kolejnych dekad w rezultacie szybszego spadku umieralności w grupach charakteryzujących się lepszą pozycją społeczno-ekonomiczną. Podobne procesy można zaobserwować również w Polsce.

Powołana przez WHO komisja ds. społecznych determinantów zdrowia<sup>2</sup> (The Commission on Social Determinants of Health) na podstawie analiz epidemiologicznych oraz licznych badań społecznych i z obszaru zdrowia publicznego, zdiagnozowała, że czynniki przyczyniające się do powstawania społecznych nierówności w zdrowiu, a jednocześnie związane z indywidualnymi zachowaniami jednostek, zależą od wielu czynników skojarzonych z warunkami społeczno-ekonomicznymi życia ludności i to już od okresu prenatalnego. Takie czynniki jak poziom edukacji publicznej, bezpieczeństwo publiczne, jakość życia, warunki zamieszkania, jakość środowiska naturalnego<sup>3</sup>, nasilenie zjawiska wykluczenia społecznego, dostęp do ochrony zdrowia itd. wpływają na zachowania zdrowotne jednostek, ich styl życia oraz dalsze wybory (Rycina 1). Dlatego też WHO podkreśla, że kluczem do walki z nierównościami w zdrowiu są skoordynowane działania wielosektorowe ukierunkowane z jednej

strony na ogólne czynniki społeczno-ekonomiczne, które mają ogólny wpływ na zdrowie ludności, a z drugiej strony działania nakierowane bezpośrednio na ograniczanie rozpowszechniania konkretnych czynników ryzyka zdrowotnego związanych ze stylem życia i zachowaniami zdrowotnymi. Podejście to jest nazywane zdrowiem we wszystkich politykach (Health in All Policies)<sup>4</sup>.



Ryc. 1 Schemat modelu ilustrującego czynniki wpływające na powstawanie nierówności w zdrowiu zaproponowany przez Komisję ds. społecznych determinantów zdrowia WHO

## Jak kształtują się nierówności w zdrowiu w Polsce?

Analizy przeprowadzane systematycznie w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH Państwowym Instytucie Badawczym (NIZP-PZH) wskazują, że czynnikiem społeczno-ekonomicznym szczególnie różnicującym sytuację zdrowotną jest poziom wykształcenia. W 2017 r. mężczyźni w wieku 30 lat z wykształceniem wyższym mogli oczekiwać, że będą żyli ok. 7,4 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem średnim (włączając do tej grupy wykształcenie zasadnicze zawodowe) i aż o ok. 11 lat dłużej niż mężczyźni z wykształceniem gimnazjalnym i niższym (Rycina 2). Te niekorzystne różnice powiększyły się w 2017 r. w stosunku do lat 2014-2016, co było spowodowane wzrostem długości życia mężczyzn z wyższym wykształceniem i jego skróceniem u osób z niższym wykształceniem. Można zatem zauważyć, że nierówności w zdrowiu w Polsce wciąż narastają.

W przypadku kobiet różnice związane z poziomem wykształcenia są znacznie mniejsze niż wśród mężczyzn (Rycina 3). Niepokojący jest jednak fakt, że różnice te zwiększyły się w 2017 r. Znacznie większa różnica w długości życia mężczyzn w porównaniu z kobietami (w przypadku osób o niższym poziomie wykształcenia niż w przypadku osób o wykształceniu wyższym) wskazuje na znaczącą rolę czynników związanych ze statusem społeczno-ekonomicznym w nadumieralności mężczyzn w stosunku do kobiet.

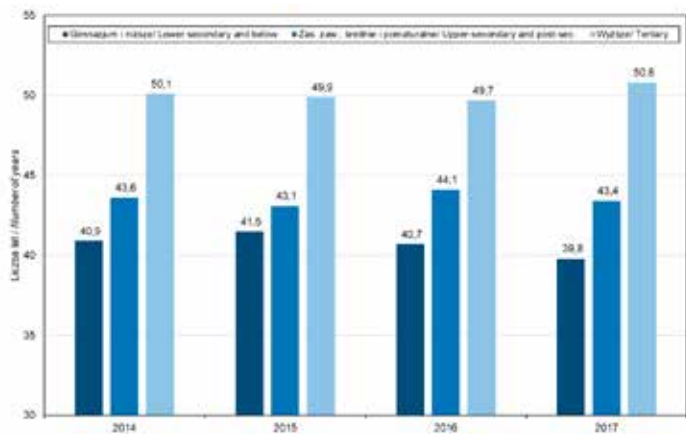
<sup>1</sup> Whitehead M. The concepts and principles of equity and health, WHO Kopenhaga 1990

<sup>2</sup> Commission on Social Determinants of Health, Final Report Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health, WHO 2008 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

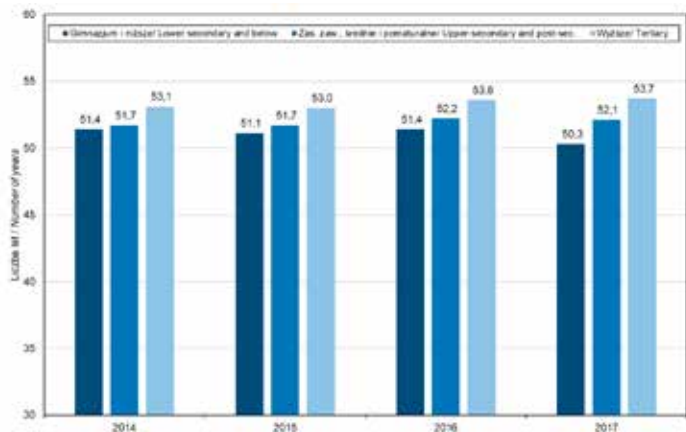
<sup>3</sup> WHO podkreśla też, że na globalne kształtowanie się nierówności w zdrowiu wpływa klimat. W Polsce zmiany klimatu jak dotychczas wpływają w mniejszym stopniu na stan zdrowia ludności i jego nierówności. Ten wpływ dotyczy głównie zjawiska fal upałów, gwałtownych zjawisk pogodowych oraz zmian w ekosystemach skutkujących, zwiększającą się zapadalnością na niektóre choroby zakaźne oraz pojawianiem się patogenów endemicznych z innych regionów świata. Problem ten jest szerzej omówiony na stronie internetowej Instytutu: <https://www.pzh.gov.pl/klimat/>

<sup>4</sup> Health in all policies: training manual, WHO 2015 [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/9789241507981/en/](https://www.who.int/social_determinants/publications/9789241507981/en/)





Ryc. 2 Przeciętne dalsze trwanie życia mężczyzn w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2014-2017 (dane Eurostat)

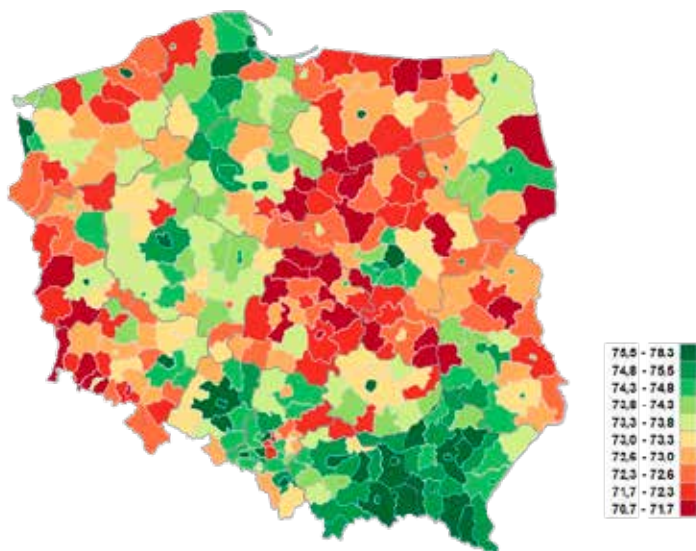


Ryc. 3 Przeciętne dalsze trwanie życia kobiet w wieku 30 lat wg poziomu wykształcenia w Polsce w latach 2014- 2017 (dane Eurostat)

Nadal najmniej korzystnym środowiskiem zamieszkania w Polsce są najmniejsze miasta, poniżej 5 tys. mieszkańców. Mieszkańcy tych miast żyją najkrócej. Przeciętnie najdłużej żyją natomiast mieszkańcy największych miast, z wyjątkiem Łodzi, gdzie mieszkańcy żyją krócej niż mieszkańcy małych miasteczek. Trzeba podkreślić, że zróżnicowanie długości życia związane z kategorią miejscowości zamieszkania w ostatnich latach nie ulega zmniejszeniu.

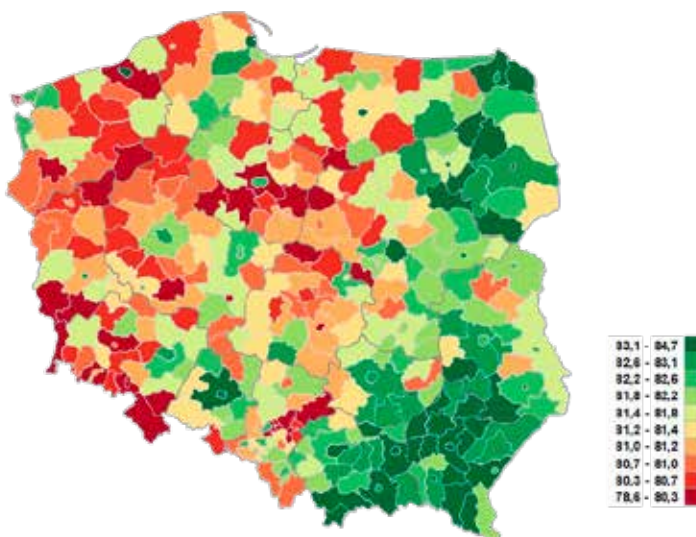
Wbrew utartym stereotypom fakt zamieszkiwania w mieście lub na wsi w stosunkowo niewielkim stopniu przyczynia się do różnicowania długości życia Polaków. Mężczyźni mieszkający w miastach żyją przeciętnie dłużej od mieszkających na wsi, w 2019 r. o 1,1 roku, natomiast długość życia mieszkanki miast i wsi jest prawie taka sama.

Obserwuje się wyraźne zróżnicowanie długości trwania życia mieszkańców powiatów. Generalnie można stwierdzić, że większość powiatów, w których mężczyźni żyją najdłużej skupia się w Polsce południowej oraz środkowo-zachodniej. Kobiety żyją najdłużej w powiatach we wschodniej części kraju (Ryciny 4a i 4b).



Ryc. 4a. Oczekiwana długość życia mężczyzn w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania

(źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP-PZH, Warszawa 2020)



Ryc. 4b. Oczekiwana długość życia kobiet w latach 2017-2019 wg powiatu zamieszkania

(źródło: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020. NIZP-PZH, Warszawa 2020)

W trzyletnim okresie 2017-2019 wśród mężczyzn najdłuższego życia mogli oczekiwać mieszkańcy miasta Sopot – 78,3 lat, natomiast najkrótszego mieszkańcy powiatu kutnowskiego – 70,7 lat, więc różnica wynosi ok. 7,6 lat. W przypadku kobiet zróżnicowanie jest nieco mniejsze. Przeciętnie najdłużej żyją mieszkanki miasta Sopot – 84,7 lat, a najkrócej miasta Chorzów – 78,6 lat. Różnica wynosi ok. 6,1 lat. Różnice w długości życia mieszkańców poszczególnych powiatów występują w każdym województwie, aczkolwiek ich wielkość jest niejednakowa.

Obserwuje się silny związek niektórych zagrożeń życia z indeksem deprivacji charakteryzującym powiat zamieszkania. Szczególnie dotyczy to zewnętrznych przyczyn zgonów, w tym samobójstw - zgony z tego powodu są jednym z kluczowych wskaźników zdrowia psychicznego.

► Ciąg dalszy na str. 16

## Jak można mierzyć nierówności w zdrowiu przy realizacji zadań Narodowego Programu Zdrowia (NPZ)<sup>5</sup>?

Można wyszczególnić dwie ogólne kategorie wskaźników związanych z monitorowaniem nierówności w zdrowiu:

### 1. Wskaźniki opisujące sytuację zdrowotną.

Biorąc pod uwagę jakość danych gromadzonych przez rejestry medyczne, do monitorowania sytuacji najczęściej są stosowane w Polsce wskaźniki oparte na danych dotyczących umieralności i chorobowości szpitalnej:

- oczekiwana długość życia
- umieralność niemowląt
- umieralność z powodu różnych kategorii chorób przewlekłych (choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne itd.)
- chorobowość hospitalizowana z powodu różnych kategorii chorób przewlekłych (choroby układu krążenia, nowotwory, przyczyny zewnętrzne itd.).

Ważnym elementem poszukiwania przyczyn nierówności w zdrowiu jest analiza wpływu systemu ochrony zdrowia na powstawanie bądź utrwalanie się tych nierówności. Wykorzystuje się w tym celu współczynniki zgonów możliwych do uniknięcia (tzw. avoidable mortality). Pojęcie umieralności możliwej do uniknięcia opiera się na koncepcji, że przedwczesne zgony z powodu pewnych problemów/zdarzeń zdrowotnych powinny być rzadkie, a najlepiej nie powinny w ogóle wystąpić, jeśli istnieją terminowe i skuteczne interwencje medyczne lub możliwe są skuteczne działania z zakresu zdrowia publicznego. Umieralność z powodu tych przyczyn obejmuje zgony z powodu przyczyn, którym można zapobiegać (tzw. preventable causes of deaths) oraz zgony z powodu przyczyn, które są podatne na medyczną interwencję i można je skutecznie leczyć (tzw. treatable causes of deaths). Wyniki analiz w tym zakresie przedstawione zostały w ostatnim raporcie przygotowanym przez NIZP-PZH, w ramach realizacji zadań NPZ, pt. „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020”<sup>6</sup>.

Ważnym subiektywnym wskaźnikiem opisującym w sposób ogólny sytuację zdrowotną ludności jest samoocena zdrowia, która jest rokrocznie mierzona w ramach Europejskiego Badania Warunków Życia Ludności (EU-SILC) przeprowadzanego na reprezentatywnej próbie mieszkańców Polski.

Aby ukazać rozmiar nierówności w zdrowiu trzeba je pokazywać w przekrojach społeczno-ekonomicznych oraz geograficznych tj.: płeć, wiek, stan cywilny, status na rynku pracy, dochód, wykształcenie, charakterystyka miejsca zamieszkania.

### 2. Wskaźniki opisujące determinanty nierówności w zdrowiu.

Informacje dotyczące rozpowszechnienia zachowań zdrowotnych lub stopnia narażenia na szkodliwe czynniki, które są najważniejszymi bezpośrednimi czynnikami kształtowania nierówności, są mniej dostępne. W polskich realiach najbardziej użyteczne będą wskaźniki pochodzące z cyklicznego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) przeprowadzanego na reprezentatywnej próbie dorosłych mieszkańców Polski. Trzeba jednak przy tym dodać, że badanie to opiera się na subiektywnych ocenach respondentów, a co za tym idzie w przypadku niektórych wskaźników pomiar może być obarczony mniejszą trafnością i precyzją. W ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia

w 2018 roku przeprowadzono również badanie ankietowe na reprezentatywnej próbie dotyczące zdrowia mieszkańców, które nieco bardziej pogłębiło wiedzę na temat stylu życia. Ważne miejsce zajmuje też w tym kontekście cykliczne międzynarodowe badanie nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC).

Szczególne znaczenie wśród wskaźników opisujących czynniki bezpośrednio wpływające na nierówności w zdrowiu mają:

- rozpowszechnienie palenia tytoniu
- odsetek osób z nadwagą i otyłością
- poziom aktywności fizycznej
- spożycie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych
- udział w badaniach profilaktycznych i w szczepieniach
- spożycie żywności wysokoprzetworzonej lub typu fast-food
- spożycie owoców i warzyw
- narażenie na szkodliwe czynniki w miejscu pracy i w miejscu zamieszkania

Podobnie jak w przypadku poprzedniej kategorii wskaźników, aby ukazać rozmiar nierówności w zdrowiu wskaźniki te trzeba pokazywać również w przekrojach społeczno-ekonomicznych oraz geograficznych w rozbiciu: płeć, wiek, stan cywilny, status na rynku pracy, dochód, wykształcenie, charakterystyka miejsca zamieszkania.

## Gdzie można uzyskać informację na temat skali nierówności w zdrowiu w Polsce?

W ramach projektu predefiniowanego pn. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” realizowanego w latach 2013-2017, współfinansowanego ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego na lata 2009-2014 Zakład Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności w NIZP-PZH przygotował Bazę wiedzy na temat nierówności w zdrowiu. Baza zawiera publikacje oraz narzędzia do wizualizacji danych na temat nierówności w zdrowiu: <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl>.

W ramach działalności statutowej NIZP-PZH publikuje cyklicznie monografię „Sytuacja zdrowotna ludności i jej uwarunkowania”. Jest to jedyna tego typu publikacja w Polsce ujmująca tak szeroko i głęboko sytuację zdrowotną ludności Polski. Ostatnia edycja Raportu została przygotowana przez NIZP-PZH w ramach NPZ w 2020 r.: <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>

W 2018 r. NIZP-PZH przystąpił (jako instytucja afiliowana przy Ministerstwie Zdrowia) do projektu Joint Action - Health Equity Europe w ramach poddziałania „WP5-Monitoring”. Celem zadania jest wypracowanie rekomendacji służących do stworzenia uniwersalnych jednolitych wskaźników dla systemu mającego na celu monitorowanie nierówności w zdrowiu, link do projektu: <https://jahee.iss.it/wp-5-monitoring/>

**Wdrażanie działań zmierzających do zmniejszania nierówności w zdrowiu w oparciu o dostępne dowody, a następnie ocena tego, co jest skuteczne, jest bardzo istotnym źródłem wiedzy na temat zrozumienia nierówności zdrowotnych. Działania te przyczyniają się do ulepszenia polityki zdrowotnej w zakresie poprawy stanu zdrowia całego społeczeństwa wraz z wyrównywaniem niesprawiedliwych nierówności.**

<sup>5</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. poz. 642), poprzednio rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz. U. poz. 1492)

<sup>6</sup> <https://www.pzh.gov.pl/sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania-raport-za-2020-rok/>



## **Komunikat nr 9 Ministra Zdrowia w sprawie schematów mieszanych dla szczepień przeciw COVID-19 preparatami AstraZeneca, Pfizer/BionTech, Moderna oraz Janssen**

26 Lip, 2021 | Aktualności

Na podstawie rekomendacji Zespołu ds. Szczepień Ochronnych z dnia 2 lipca 2021 r. oraz Rady Medycznej z dnia 6 lipca 2021 r., Minister Zdrowia dopuścił w systemie rejestracji szczepienia przeciw COVID-19 w realizowanym Narodowym Programie Szczepień przeciw Covid-19 potwierdzanie Unijnym Certyfikatem Covid schematów mieszanych w zakresie szczepionek Vaxzevria, Comirnaty, Spikevax, w przypadkach gdy zastosowanie schematu mieszanego wynikało z:

- konieczności podania innego rodzaju szczepionki jako drugiej dawki w schemacie szczepienia, w celu jego zakończenia, w sytuacji, gdy korzyści z zakończenia schematu szczepienia, mimo wystąpienia niepożądanego działania po podaniu produktu leczniczego przeważają nad ryzykiem u pacjentów, w szczególności u osób z grup obciążonych ryzykiem ciężkiego przebiegu Covid-19;
- podania szczepionki niezgodnie ze wskazaniami określonymi w ulotce i Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL) dla danej grupy wiekowej, i wiążącej się z tym konieczności podania drugiej dawki szczepienia preparatem właściwym, rekomendowanym dla danej grupy wiekowej;
- podania innej szczepionki w ramach drugiej dawki szczepienia w wyniku błędnego działania personelu medycznego.

**W przypadku schematu mieszanego w ramach jednego cyklu szczepienia stosuje się schemat dwudawkowy. Brak jest wskazań do podania trzech dawek szczepionek. Podanie szczepionki Janssen jako drugiej dawki w schemacie szczepienia uważa się za nowy schemat szczepienia zrealizowany w schemacie jednodawkowym.**

**Wystąpienie niepożądanego działania po podaniu szczepionki, w tym Niepożądanego Odczynu Poszczepiennego (NOP), powinno zostać odnotowane zgodnie z procedurami, a informacja na temat NOP powinna zostać udokumentowana (również w Karcie Szczepienia) na lekarskiej wizycie kwalifikacyjnej do szczepienia przeciwko COVID-19 w oparciu o dokumentację medyczną pacjenta.**

**W przypadku wystąpienia powikłań po podaniu pierwszej dawki szczepionki przeciwko COVID-19, podanie drugiej dawki szczepionki innego rodzaju (po szczepionce wektorowej następuje podanie szczepionki mRNA, po mRNA następuje podanie szczepionki wektorowej), należy przeprowadzić z zachowaniem odstępu przewidzianego w ChPL tej szczepionki w odstępie co najmniej 28 dni.**

**O kwalifikacji osoby szczepienia do drugiej dawki innym preparatem niż został podany decyduje lekarz w oparciu o odnotowany NOP oraz korzyści zdrowotne z zakończenia schematu szczepienia.**

Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-nr-9-ministra-zdrowia-w-sprawie-schematow-mieszanych-dla-szczepien-przeciw-covid-19-preparatami-astrazeneca>

## **JESTEŚMY RAZEM !**

W dniu 2 sierpnia 2021 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli samorządów zawodów medycznych oraz przedstawicieli związków zawodowych zrzeszonych w branży ochrony zdrowia.

Zgodnie z deklaracją wspólnego zaangażowania w działania mające na celu poprawę warunków pracy i wynagrodzeń pracowników systemu ochrony zdrowia oraz konieczności uświadomienia społeczeństwa o złej sytuacji w jakiej znajduje się polska ochrona zdrowia i kto za ten stan faktycznie odpowiada powołano Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy, w którego skład wchodzi:

- z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
  - ▶ Krystyna Ptok – Przewodnicząca OZZPIP
  - ▶ Longina Kaczmarska – Wiceprzewodnicząca OZZPIP
- z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy
  - ▶ Grażyna Cebula- Kubat – Wiceprzewodnicząca Zarządu Krajowego OZZL
  - ▶ Zdzisław Szramik – Wiceprzewodniczący Zarządu Krajowego OZZL
- z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii
  - ▶ Ewa Ochrymczuk Przewodnicząca OZZPDMiF
  - ▶ Dorota Kowalczyk-Cyran Wiceprzewodnicząca OZZPDMiF
- z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Medycznych Radioterapii
  - ▶ Monika Mazur – Przewodnicząca OZZTMR
  - ▶ Agata Wajdzik – Wiceprzewodnicząca OZZTMR
- z Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pracowników Bloku Operacyjnego Anestezjologii i Intensywnej Terapii
  - ▶ Beata Rozner – Przewodnicząca OZZPBOAiT
  - ▶ Wioletta Słowińska – Wiceprzewodnicząca OZZPBOAiT
- ze Związku Zawodowego Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej
  - ▶ Beata Kalicka – Przewodnicząca ZZPMSWiAP
- z Naczelnej Izby Lekarskiej:
  - ▶ Artur Drobnik – Wiceprezes NRL
  - ▶ Michał Balsa – członek Prezydium NRL

- z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych:
  - ▶ Mariola Łodzińska – Wiceprezes NRPIP
  - ▶ Andrzej Tytuła – członek Prezydium NRPIP
- z Krajowej Izby Fizjoterapeutów:
  - ▶ Maciej Krawczyk – Prezes KRF
  - ▶ Tomasz Niewiadomski – Wiceprezes KRF
- z Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych:
  - ▶ Alina Niewiadomska – Prezes KRDL
  - ▶ Matylda Kłudkowska – Wiceprezes KRDL
- z Naczelnej Izby Aptekarskiej:
  - ▶ Elżbieta Piotrowska-Rutkowska – Prezes NIA
  - ▶ Małgorzata Pietrzak – Wiceprezes NIA

**Oprócz pilnego spotkania z Premierem RP Komitet postuluje o:**

1. **znacznie szybszy niż planowany wzrost nakładów na system opieki zdrowotnej do wysokości nie 7%, ale 8% PKB (jak w krajach sąsiednich, średnia OECD na 2018 rok wynosi 8.8% PKB)**
2. **zwiększenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia do poziomów średnich w OECD i UE względem średniej krajowej, celem zahamowania emigracji zewnętrznej (zagranicznej) i wewnętrznej (do sektora prywatnego) pracowników opieki zdrowotnej**
3. **zwiększenie liczby finansowanych świadczeń dla pacjentów oraz poprawa dostępności pacjenta do świadczeń**
4. **podwyższenie jakości świadczeń dla pacjentów – jesteśmy krajem UE a nie WNP, potrzebna jest opieka lekarska, pielęgniarska, ale też fizjoterapeutyczna, rehabilitacyjna i farmaceutyczna oraz dostęp do nowoczesnych form diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej**
5. **zwiększenie liczby pracowników pracujących w systemie ochrony zdrowia do poziomów średnich w krajach OECD i UE, szczególnie w sytuacji starzenia się społeczeństwa i zwiększania się zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej**

**NA 11 WRZEŚNIA 2021 r. NA GODZINĘ 12:00 ZAPLANOWANO W WARSZAWIE  
WIELKI PROTEST PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

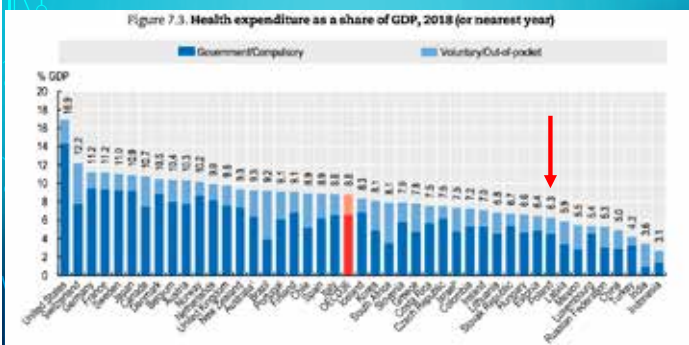
**Już teraz zachęcamy do przyjazdu do Warszawy i udziału w proteście!**

# AKTUALNA SYTUACJA W POLSKIM SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

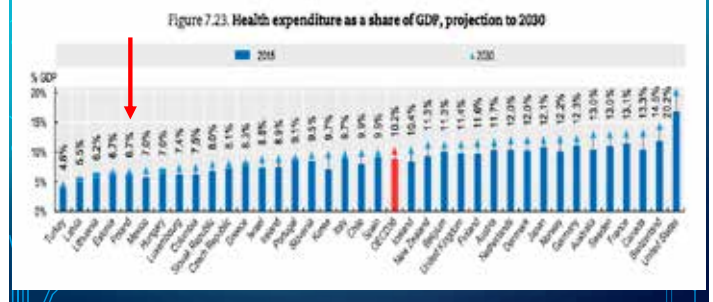
OGÓLNOPOLSKI KOMITET PROTESTACYJNO-STRAJKOWY  
PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

02.08.2021

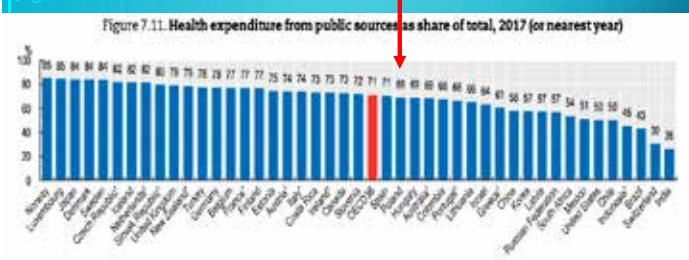
## RAPORT OECD 2019 - %PKB NA OCHRONĘ ZDROWIA



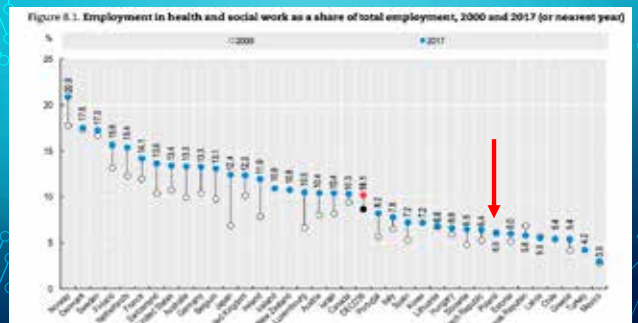
## RAPORT OECD - PROGNOZY WZROSTU FINANSOWANIA OPIEKI ZDROWOTNEJ DO 2030 R.



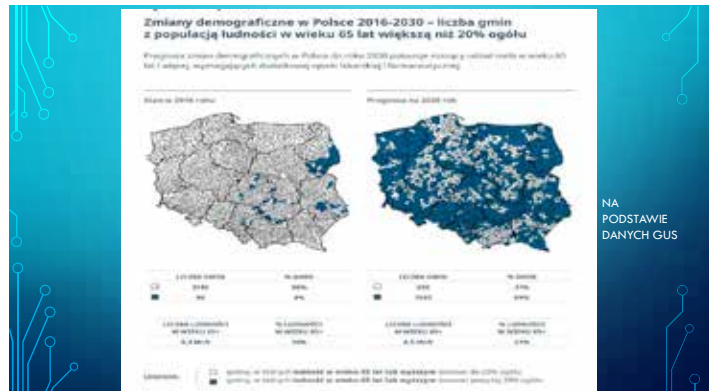
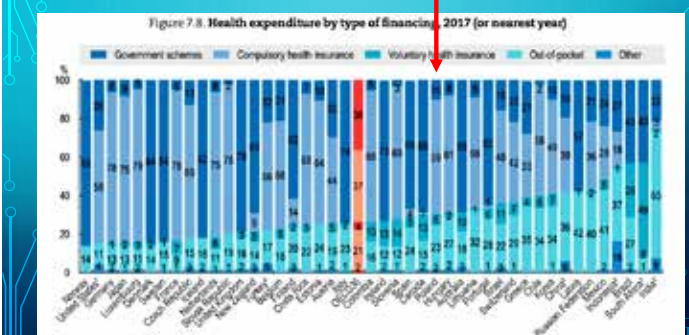
## RAPORT OECD 2019 – WYDATKI PUBLICZNE W FINANSOWANIU SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ



## RAPORT OECD – ZATRUDNIENIE W OZ



## RAPORT OECD 2019 – ŹRÓDŁO FINANSOWANIA OZ



► Ciąg dalszy na str. 19



**WNIOSKI DOTYCZĄCE FINANSOWANIA OCHRONY ZDROWIA**

- Rażąco niskie finansowanie opieki zdrowotnej w Polsce w stosunku do innych krajów OECD
- Szybko rosnący udział wydatków prywatnych na opiekę zdrowotną w Polsce
- W kolejnych latach kraje OECD (pomimo wzrostu nakładów na OZ w Polsce) będą nam coraz bardziej „uciętały” w przeznaczaniu publicznych środków na ochronę zdrowia
- Szybko starzejące się społeczeństwo wymagające coraz większej opieki systemu ochrony zdrowia

**CO SIĘ JUŻ DZIEJE I CO SIĘ STANIE**

- Gwałtowny wzrost zapotrzebowania na świadczenia medyczne z uwagi na szybko starzejące się społeczeństwo oraz powikłania po COVID-19
- Ograniczający się dostęp do świadczeń medycznych z uwagi na braki kadr medycznych oraz zewnętrzną i wewnętrzną migrację zarobkową pracowników opieki zdrowotnej
- Coraz większa ilość zamykających się czasowo lub stale oddziałów szpitalnych z powodu niedoborów kadrowych
- SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ SZYBKO SIĘ ZAŁAMIE !

**POSTULATY OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU PROTESTACYJNO-STRAJKOWEGO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

1. znacznie szybszy niż planowany wzrost nakładów na system opieki zdrowotnej do wysokości nie 7%, ale 8% PKB (jak w krajach sąsiednich, średnia OECD na 2018 rok wynosi 8,8% PKB)
2. zwiększenie wynagrodzeń pracowników ochrony zdrowia do poziomów średnich w OECD i UE względem średniej krajowej, celem zahamowania emigracji zewnętrznej (zagranicznej) i wewnętrznej (do sektora prywatnego) pracowników opieki zdrowotnej
3. zwiększenie liczby finansowanych świadczeń dla pacjentów oraz poprawa dostępności pacjenta do świadczeń

**POSTULATY OGÓLNOPOLSKIEGO KOMITETU PROTESTACYJNO-STRAJKOWEGO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

4. podwyższenie jakości świadczeń dla pacjentów – jesteśmy krajem UE a nie WNP, potrzebna jest opieka lekarska, pielęgniarska, ale też fizjoterapeutyczna, rehabilitacyjna i farmaceutyczna oraz dostęp do nowoczesnych form diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej
5. zwiększenie liczby pracowników pracujących w systemie ochrony zdrowia do poziomów średnich w krajach OECD i UE, szczególnie w sytuacji starzenia się społeczeństwa i zwiększania się zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej

SPOTKANIE Z PREMIEREM RP Z KONKRETAMI dla dobra pacjentów i pracowników systemu opieki zdrowotnej!

**PROTEST PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA**

**11 WRZEŚNIA 2021r.**

**GODZINA 12:00**



Wielokrotnie zgłaszanym przez nasze organizacje rozwiązaniem, które ma szansę obniżyć temperaturę sporu, jest przeniesienie rozmów i organizacji zespołu negocjacyjnego ds. polityki płacowej zawodów medycznych i niemedycznych do Rady Dialogu Społecznego.

W pierwszej kolejności oczekujemy pilnego spotkania z Premierem.

*Pali Krzysztof*  
Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

*Romi Seabe*  
Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii

*Ewa Odusiewicz*  
Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Diagnostyki Medycznej i Fizjoterapii

*Ewa Piwna Jędrzejka*  
Ogólnopolski Związek Techników Medycznych Elektroradiologii

*Marta Maier*  
Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii

*Marta Jędrzejka*  
Związek Zawodowy Pracowników Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji Publicznej

*Grzegorz Lebia - Kubiak*  
Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy



Warszawa, dnia 20.07.2021r.

## LIST OTWARTY DO PACJENTÓW

### Potrzebujemy dialogu udanego a nie udawanego!

Ze zdumieniem przyjęliśmy publikację przez ministra Adama Niedzielskiego listu podpisanego przez prezesów kilku organizacji pacjentów, w którym – w odpowiedzi na wniosek o odwołanie Ministra Zdrowia sformułowany przez naszą szeroką reprezentację środowiska medycznego, deklarują oni poparcie dla szefa resortu zdrowia i próbują bronić jego dokonań.

Byliśmy do tej pory przekonani, że organizacje pacjentów rozumieją rzeczywiste problemy ochrony zdrowia w Polsce. Z całą pewnością dostrzegają je miliony polskich pacjentów i ich rodzin. Zarówno Oni, jak i my – medycy na co dzień zderzamy się z coraz bardziej niewydolnym systemem i jesteśmy bezsilni. Dekady zaniedbań spotęgowała pandemia i jej długofalowe skutki spowodowane opóźnieniami w diagnostyce i leczeniu chorób innych niż COVID-19. Polska ochrona zdrowia nie radzi sobie z tymi problemami organizacyjnie, finansowo i kadrowo.

Efektom są coraz częściej zamykane całe szpitalne oddziały. Dziś powodem jest brak lekarzy, pielęgniarek i położnych, a już wkrótce – kolejnych pracowników medycznych.

Jeśli nie będzie medyków, nie będzie leczenia. Kto wtedy pomoże chorym?

Rozwiązania forsowane przez Ministerstwo Zdrowia pogarszają i tak już złe warunki pracy i płacy, zniechęcając do zawodów medycznych zarówno osoby zdobywające wykształcenie, jak i nabywające praw emerytalnych. Powoduje to coraz większy niedobór personelu w publicznej ochronie zdrowia, a przez to stanie się ona jeszcze bardziej niedostępna dla szerokich grup społeczeństwa. Przed taką perspektywą ostrzegamy.

Nie wolno już marnować czasu! Najwyższy czas na rzeczywistą przebudowę systemu ochrony zdrowia, wypracowaną wspólnie przez medyków i pacjentów, właśnie w interesie pacjentów. To na nich ma być zorientowany system, a nie na Ministerstwo Zdrowia czy NFZ.

Pacjenci i Medycy są sojusznikami. Mamy wspólnego przeciwnika – chorobę. Stoimy po tej samej stronie. Dlatego kategorycznie protestujemy przeciwko zawartemu w liście poparcia dla ministra zdrowia przeciwstawieniu interesów pacjentów interesom środowiska medycznego. Chcemy pomagać chorym, po to wybraliśmy nasze zawody, ale jesteśmy wtłoczeni w ramy, na których kształt nie mamy wpływu i które nie pozwalają nam działać w sposób, który wykorzystuje w pełni naszą wiedzę i kompetencje.

Chcemy to zmieniać. Jesteśmy do tego przygotowani, tak jak jesteśmy przygotowani do wspólnego wypracowania rozwiązań problemów ochrony zdrowia, m.in. w fundamentalnej kwestii stanu obecnych i przyszłych kadr medycznych. Nasze propozycje od lat są ignorowane. Dla dobra polskiego pacjenta i polskiej ochrony zdrowia potrzebujemy dialogu udanego, a nie udawanego.

Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych  
*Krzyszyna Wola*

Prez.  
Nacz.  
Zofia  
Prezes  
Naczelnej Rady Lekarskiej  
*A. Matyja*  
Prof. dr hab. med. Andrzej Matyja

Prezes  
Krajowej Rady Fizjoterapeutów  
*Maciej Krawczyk*  
Maciej Krawczyk

Przewodnicząca  
Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Techników Medycznych i Radioterapii  
tel: 500 834 493 ozztm@oigma.pl.com  
*Beata KALICKA*

Alina Nowiadomska  
*A. Nowiadomska*  
Prezes  
Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Prezes  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Techników  
tel: 500 834 493  
*Beata KALICKA*  
PRZEWODNICZĄCA  
ZARZĄDU KRAJOWEGO  
Związku Zawodowego Pracowników Medycznych  
Specjalistów w dziedzinie Diagnostyki  
*Beata KALICKA*

PRZEWODNICZĄCA  
ZARZĄDU KRAJOWEGO  
OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO  
PRACOWNIKÓW BIURA OPERACYJNEGO  
ANESTEZIOLOGI I INTENSywNEJ TERAPII  
*Beata KALICKA*  
Beata KALICKA



# Niestety !!! Pozostaje żal i złość !

W dniu 15 czerwca 2021 r. miało miejsce głosowanie w sprawie nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, podczas którego Sejm odrzucił poprawki większością bezwzględną. Nowelizacja ustawy w kształcenie proponowanym przez środowisko medyczne gwarantowałaby, że od dnia 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracowników medycznych, w tym pielęgniarek i położnych nie ulegnie obniżeniu poniżej poziomu wskazanego w ustawie.

Wobec odrzucenia przez Sejm poprawek do ustawy zgłoszonych przez środowiska medyczne, samorząd pielęgniarek i położnych skierował do Posłów na Sejm RP pisma o treści stosownej do wyrażonego przez nich w drodze głosowania zdania w przedmiotowej sprawie. Poniżej zamieszczamy treść pism, o których mowa wyżej.



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
20-072 Lublin, ul. Czechowska 3a, tel. 81 536 67 67, 81 536 67 66, fax. 81 536 67 60

Lublin, dnia 28.06.2021r.

OIPIP.ST/1145/2021

Szanowni Państwo  
Posłowie na Sejm RP  
PiS

Szanowni Państwo

Dużym rozczarowaniem była dla nas Państwa decyzja o oddaniu głosu przeciw poprawkom do projektu ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1257). Państwa "przeciw" było wymownym wyrazem braku zrozumienia faktu, że niedobory kadrowe w ochronie zdrowia są równoznaczne z tragiczną sytuacją polskich pacjentów.

Odrzucone rozwiązania były lepszą ofertą dla medyków aby zatrzymać nadchodzącą katastrofę. Deficyty kadrowe już dziś są ogromne - aż 72 procent polskich szpitali chce zatrudnić pielęgniarki i położne "od zaraz". Jeszcze bardziej niepokojąca jest wysoka i rosnąca z roku na rok średnia wieku: polska pielęgniarka ma średnio 53 lata, położna 51 lat. To przyczyna tzw. luki pokoleniowej w naszych zawodach. Dodatkowo aż 70 tys. pielęgniarek i położnych pracuje mimo osiągnięcia wieku emerytalnego, a kolejne 100 tys. nabeździe uprawnień emerytalnych w ciągu kilku lat. Co stanie się, jeśli zechcą przejść na zasłużony odpoczynek? Szerzej tę sytuację opisuje najnowszy [Raport NIPiP pt. Katastrofa kadrowa pielęgniarek i położnych](#).

Wynik głosowania pokazuje, jak ważny był głos każdego posła. Zabrakło tylko dwóch do tego, aby rozwiązanie stanowiące pierwszy krok w kierunku realnego wzmocnienia zasobów kadrowych ochrony zdrowia weszły w życie. Konsekwencje błędnej decyzji większości sejmowej poniesie polskie społeczeństwo. Będziemy informować o tym, że jest ona skutkiem braku rzetelnej analizy danych. Domagamy się od Ministra Zdrowia wskazania i wyjaśnienia źródeł danych wyliczeń zaprezentowanych tuż przed głosowaniem, który oszacował koszty poprawki na kwotę 12 mld zł. Nie poznaliśmy uzasadnienia, co było podstawą wyliczeń. W toku prac Komisji Sejmowych przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia nie wskazali żadnych wyliczeń co do skutków finansowych.

Biorąc pod uwagę, iż pielęgniarki i położne stanowią najliczniejszą grupę wśród zawodów medycznych dokonaliśmy analizy skutków wprowadzenia poprawki Senackiej, która wyniosła ok. 1 MLD złotych.

Jeśli doświadczymy jako społeczeństwo kolejnej fali pandemii, Rząd znowu może być zmuszony do wprowadzenia kosztowych dla gospodarki ograniczeń. Już teraz wydatki związane ze wsparciem zamkniętych branż wynoszą ok. 200 mld złotych. Ich skala mogłaby zostać drastycznie ograniczona, gdyby Polska miała wystarczające zasoby kadrowe w ochronie zdrowia.

Oświadczamy się nakazów pracy, pracy ponad siły i obcowania ze śmiercią, która zbiera żniwo również wśród medyków. Tym bardziej niezrozumiałe jest dla naszego środowiska odrzucenie poprawek dotyczących m.in. wzrostu wskaźników minimalnego wynagrodzenia pracowników medycznych. Pamiętajmy o tym, że bez personelu medycznego nie można mówić o bezpieczeństwie zdrowotnym Polaków, można uznać, że przyjęcie tego rozwiązania mogłoby zabezpieczyć budżet Państwa przed jeszcze większymi wydatkami w przyszłości, a jednocześnie poprawić dostępność i jakość opieki zdrowotnej w Polsce.

Liczymy, że w kolejnych głosowaniach ponadpartyjnymi podziałami i w słusznej sprawie pacjenci oraz kadra medyczna będzie mogła liczyć na Państwa głos. Głos za dobrym rozwiązaniem, głos przedstawiciela narodu, który kieruje się jego dobrem, a nie partyjnym nakazem.

Z poważaniem

Przewodniczący ORPIP w Lublinie  
dr n.med. Andrzej Tytuła



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
20-072 Lublin, ul. Czechowska 3a, tel. 81 536 67 67, 81 536 67 66, fax. 81 536 67 60

Lublin, dnia 28.06.2021r.

OIPIP.ST/1145/2021

Szanowni Państwo  
Posłowie na Sejm RP  
KO

Szanowni Państwo

Polskie pielęgniarki, pielęgniarze, położne dziękują za poparcie zmian projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (druk nr 1257). Państwa głos "za" był wymownym wyrazem zrozumienia tego, że bez personelu medycznego nie można mówić o bezpieczeństwie zdrowotnym Polaków.

Niestety, tak ważne poprawki - dotyczące m.in. wzrostu wskaźników minimalnego wynagrodzenia w ochronie zdrowia, zostały odrzucone przez Sejm. Zabrakło zaledwie dwóch głosów, aby rozwiązanie stanowiące pierwszy krok w kierunku realnego wzmocnienia zasobów kadrowych ochrony zdrowia w Polsce weszły w życie. Posłowie, którzy oddali głos przeciw poprawkom do projektu ustawy nie zdają sobie sprawy, że to rozwiązanie mogłoby skutecznie zatrzymać zbliżającą się katastrofę - zasoby (i siły) personelu medycznego kurczą się w bardzo szybkim tempie. Deficyty kadrowe już dziś są ogromne - aż 72 procent polskich szpitali chce zatrudnić pielęgniarki i położne "od zaraz". Jeszcze bardziej niepokojąca jest wysoka i rosnąca z roku na rok średnia wieku: polska pielęgniarka ma średnio 53 lata, położna 51 lat. To przyczyna tzw. luki pokoleniowej w naszych zawodach. Dodatkowo aż 70 tys. pielęgniarek i położnych pracuje mimo osiągnięcia wieku emerytalnego, a kolejne 100 tys. nabeździe uprawnień emerytalnych w ciągu kilku lat. Co stanie się, jeśli zechcą przejść na zasłużony odpoczynek? Szerzej tę sytuację opisuje najnowszy [Raport NIPiP pt. Katastrofa kadrowa pielęgniarek i położnych](#).

W naszej ocenie większość sejmowa podjęła błędną decyzję. Nie kierowano się rzetelną analizą danych. Podczas prac Komisji Sejmowych przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia nie posiadali żadnych wyliczeń, a tuż przed głosowaniem Minister Zdrowia przedstawiał koszty poprawki oscylujące wokół kwoty 12 mld złotych. NIPiP wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia o podanie źródła przedstawionych przez Ministra danych.

Jeszcze raz dziękujemy za wsparcie i głosowanie ponadpartyjnymi podziałami za dobrymi rozwiązaniami w ochronie zdrowia. Liczymy na Państwa wsparcie i głosy w słusznych dla ochrony polskiej zdrowia sprawach.

Z wyrazami szacunku

Przewodniczący ORPIP w Lublinie  
dr n.med. Andrzej Tytuła

1 <https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/Idokument.asp?m=1257>  
2 <https://zakup.gov.pl/zakup/28211>

e-mail: info@oiPIP.lublin.pl www.oiPIP.lublin.pl BNP Paribas 73 2030 0045 1110 0000 0050 6780

**Nie było żadnej reakcji  
ze strony Posłów na Sejm RP  
na przesłane pisma.**

**KALENDARIUM****9 czerwca 2021 r.**

W Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie odbyło się w formie hybrydowej międzynarodowe seminarium naukowe pt.: „Pielęgniowanie zdrowia rodziny wyzwaniem współczesności”, nad którym Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie objęła honorowy patronat. W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się spotkanie Klubu Seniora działającego w OIPIP w Lublinie

**10 czerwca 2021 r.**

Odbyło się posiedzenie Wydziałowego Zespołu ds. metod, oceny ewaluacji realizacji programów studiów w formie on-line, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Prezydium ORPIP w Lublinie podczas którego podjęto uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych, wpisu do rejestru członków OIPIP w Lublinie.

**11 czerwca 2021 r.**

W siedzibie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Lublinie odbyło się posiedzenie Rady Społecznej MSWiA w Lublinie, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie.

**25 czerwca 2021 r.**

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej podczas, którego członkowie Komisji rozpatrzyli wnioski o przyznanie losowych zapomóg bezzwrotnych pielęgniarkom i położnym znajdującym się w trudnej sytuacji losowej.

**29 czerwca 2021 r.**

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie podczas, którego podjęto uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej, zatwierdzono wypłatę losowych zapomóg bezzwrotnych pielęgniarkom, położnym znajdującym się w trudnej sytuacji losowej.

**30 czerwca 2021 r.**

W Uniwersytecie Medycznym w Lublinie odbyło się spotkanie prof. Kamila Torres – Prorektora ds. Kształcenia i Dydaktyki Uniwersytetu Medycznego w Lublinie mające na celu podziękowanie za dotychczasową współpracę. Udział w spotkaniu wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący OIPIP w Lublinie.

**6 lipca 2021 r.**

Na placu budowy SPSK nr 1 w Lublinie odbyła się uroczystość związana z realizacją kolejnego etapu programu pn. „Przebudowa i rozbudowa Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie” – „zawieszenie wiechy”, w której udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie.

**14 lipca 2021 r.**

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się spotkanie Klubu Seniora działającego przy OIPIP w Lublinie.

**Wynagrodzenie medyków po 1 lipca 2021 roku.****Odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania**

**1 lipca 2021 roku weszły w życie nowe regulacje dotyczące wynagradzania pracowników medycznych. Przygotowaliśmy listę najczęściej zadawanych pytań na temat wynagrodzeń medyków po zmianie przepisów. Zapoznaj się z odpowiedziami.**

**Pytanie 1:** W przypadku jednostek innych niż SPZOZ, które w drodze porozumień zawartych z personelem włączyły dodatek za usługę lat określony w kolumnie 9, brak jest możliwości prawidłowego rozliczenia przysługujących pracownikom podwyżek, gdyż wynagrodzenie zasadnicze (liczone wraz z usługą lat włączoną do wynagrodzenia) przewyższa minimalne wynagrodzenie wynikające z ustawy. Czy należy zatem dokonać matematycznego podziału wynagrodzenia zasadniczego na część związaną z dodatkiem stażowym i następnie dokonać porównania z wynagrodzeniem należnym na podstawie ustawy?

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa obowiązek ustalenia wynagrodzeń zasadniczych na poziomie nie niższym niż wynikający z ustawy. W każdym więc przypadku – również gdy wynagrodzenie danego pracownika ma charakter jedynoskładnikowy i de facto sprowadza się tylko do wynagrodzenia zasadniczego – pracodawca realizując ustawę dokonać musi sprawdzenia czy faktyczne / należne wynagrodzenie zasadnicze danego pracownika po dniu 1 lipca 2021 r. ustalone jest w wysokości co najmniej najniższego wynagrodzenia zasadniczego wykonującego dla danego pracownika z ustawy. Dokonując takiego sprawdzenia pracodawca nie jest zobowiązany do dokonywania podziału faktycznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika. W przypadku więc gdy faktyczne wynagrodzenie zasadnicze danego pracownika jest wyższe niż wynikające z ustawy z 8 czerwca 2017 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze pracodawca nie uwzględnia takiego pracownika w informacji o której mowa w par. 2 rozporządzenia z 5 lipca 2021 r.

**Pytanie 2:** W kolumnie 16 należy podać składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Ponieważ tabela odnosi się do miesiąca maja 2021 pojawia się pytanie, czy w przypadku pracowników dla których nie nalicza się części składek wskutek przekroczenia 30-krotności podstawy wymiaru składek należy przeliczyć te składki bez uwzględnienia ograniczenia wynikającego z przekroczenia 30-krotności podstawy wymiaru?

W tabeli należy wykazywać faktyczne koszty po stronie pracodawcy, które związane są - w przypadku danego pracownika - z wypłatą jego wynagrodzenia. Oczywiście w przypadku gdy pracodawca nie będzie na dzień sporządzania informacji posiadał wiedzy o uzyskiwanych przez danego pracownika wynagrodzeniach u innych pracodawców informacja przez niego sporządzana będzie mogła uwzględniać wyłącznie dane, które posiada.

**Pytanie 3:** W kolumnie 17 pojawia się pozycja Składki na ubezpieczenie chorobowe. Ponieważ składki te są pokrywane przez pracownika (wchodzą w skład wynagrodzenia brutto) pojawia się pytanie, czy należy je wykazać w kwocie naliczonej, czy też podać w tej kolumnie wartość zerową?

W związku z tym, że składka chorobowa zostanie już wykazana w kwocie wynagrodzenia brutto danego pracownika w kolumnie 17 (Tabeli 1) i w kolumnie 16 (Tabeli 2) należy wykazać składkę w wartości „0”.

**Pytanie 4:** W kolumnie 23 pojawia się pozycja Wpłaty na Pracownicze Plany Kapitałowe. Czy w tej kolumnie należy ująć tylko część finansowaną przez zakład pracy, czy też uwzględnić wartość pokrywaną przez pracownika w ramach wynagrodzenia brutto?

Co do zasady należy wykazać całość kosztu wynagrodzenia danego pracownika. Z uwagi na fakt, że część składki na PPK pokrywana przez pracownika zostanie już wykazana jako jego wynagrodzenie brutto, w kolumnie 23 (Tabeli 1) i w kolumnie 22 (Tabeli 2) należy wykazać tylko koszt pokrywany przez pracodawcę.

**Pytanie 5:** Co należy wpisać w kolumnie „wynagrodzenie zasadnicze” czy np. należy wpisać wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki wraz ze wzrostem wynagrodzenia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej?

W kolumnie wynagrodzenie zasadnicze należy wskazać wysokość faktycznego wynagrodzenia zasadniczego należnego danemu pracownikowi za miesiąc maj 2021 r. Należy przy tym pamiętać, że informacja sporządzana jest jedynie dla pracowników, dla których według stanu na dzień 31 maja 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze było niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2020 r. poz. 830 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104).

**Pytanie 6:** Czy należy obie tabele wypełnić i wysłać do NFZ czy wyłączenie tabel nr 2? Tak, należy wypełnić i przesłać obie tabele za pośrednictwem SZOI/Portalu świadczeniodawcy w formacie CSV zgodnie z regulami określonymi w komunikacie udostępnionym w SZOI/Portalu świadczeniodawcy 12 lipca 2021 r.

**Pytanie 7:** Jak interpretować zapis „plik dotyczy pojedynczej umowy” tzn. ogólnej umowy z NFZ np. 124/208347? Czy poszczególnych umów na dane zakresy np.: 12 4/208347/01/2021, 124/208347/02/1/2021 itp.? Jeśli mamy przygotować plik na każ-

► Ciąg dalszy na str. 23



dą szczegółową umowę np. 124/208347/02/1/2021 to w takim razie gdzie przypisać personel pracowni RTG, rejestratorki medyczne, administrację czy pracowników działu gospodarczego?

Tak. Plik ma być przygotowany do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 132) NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Personel pracowni RTG i rejestratorki medyczne należy przypisać do umowy/umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy realizacji, której/której osoby te uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. W stosunku do administracji i pracowników działu gospodarczego należy ich wykazać o ile są to pracownicy działalności podstawowej, inni niż pracownicy wykonujący zawód medyczny zgodnie z definicją w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830, z późn. zm.).

**Pytanie 8:** Jak rozumieć zapis paragrafu 1 ust. 2 Zarządzenia nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - czy mamy prawo spodziewać się środków finansowych na podwyżki jak wg stanu na 30 czerwca 2021r.?

§ 1 zarządzenia nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021r. dotyczy przekazywania po 30 czerwca 2021 r. dodatkowych środków z tytułu świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne na podstawie OWU tzw. „Zemalowe” w takiej samej wysokości jak w czerwcu 2021 r.

**Pytanie 9:** Czy Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy to również pracowników podmiotów leczniczych posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ?

Tak, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. dotyczy również pracowników podmiotów leczniczych posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ.

**Pytanie 10:** W jaki sposób należy ustalić wynagrodzenie za maj pracowników na zwolnieniu chorobowym lub urlopie.

W celu wyjaśnienia wątpliwości związanych z pojęciem kwoty należnego wynagrodzenia, którym posługują się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1235) informujemy, że użyte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1235) wyrażenie: „(...) kwoty należnego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., wynagrodzenia brutto, pozostających po stronie pracodawcy kosztach składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz kosztach wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe (...)” zastosowane zostało w znaczeniu funkcjonalnym, co oznacza, że nie jest ono w każdym przypadku tożsame z wynagrodzeniem rzeczywiście naliczonym i wypłaconym, ale w przypadku np. osób zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym, które w miesiącu maju 2021 r. przebywały na urlopie, zwolnieniu chorobowym itp. powinno zostać w tabelach wykazane jako wynagrodzenie należne, jakie otrzymałby taki pracownik gdyby w miesiącu maju pracował, ustalone w sposób określony dla wynagrodzenia urlopowego w art. 172 Kodeksu Pracy.

Art. 172 KP [Wynagrodzenie urlopowe] Za czas urlopu pracownikowi przysługuje wynagrodzenie, jakie by otrzymał, gdyby w tym czasie pracował. Zmienne składniki wynagrodzenia mogą być obliczane na podstawie przeciętnego wynagrodzenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc rozpoczęcia urlopu; w przypadkach znacznego wahania wysokości wynagrodzenia okres ten może być przedłużony do 12 miesięcy”.

**Pytanie 11:** Czy w tabeli 1 stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. w kolumnie 13 należy ująć dodatek wyrównawczy OWU stanowiący dopełnienie wynagrodzenia pielęgniarki do kwoty 1600 brutto brutto oraz dodatek specjalny będący formą rozdysponowania dodatkowych środków otrzymanych przez pracodawcę z NFZ na świadczenia dla pielęgniarek? Wykazanie w/w dodatków w tabeli nr 1 powoduje, iż wartość kolumny 25- „Razem wynagrodzenie, składki i wpłaty”, w niektórych przypadkach bywa większa od wartości kolumny 24 z tabeli 2. Zgodnie z wytycznymi NFZ przekazany w komunikacie SZOI ws. przekazania informacji o pracownikach objętych ustawą o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego z dnia 13.07.2021 r. wartość kolumny T1-25 nie może być większa niż T2-24 i w takiej formie nie może być przekazana do NFZ.

W przypadku wpisania do kolumny 13 tabeli 1 kwot „dodatku wyrównawczego OWU” w tabeli drugiej kwoty te należy uwzględnić w wartości wskazanej w kol 8 (w przypadku przeznaczenia tych środków na wzrost wynagrodzenia zasadniczego).

**Pytanie 12:** Czy w tabeli 1 kolumnie 17 i tabeli 2 kolumnie 16 należy wykazać wartość składki na ubezpieczenie chorobowe? Jeżeli tak, to czy w tabeli 1 kolumnie 16 i tabeli 2 kolumnie 15 należy także podać składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe pracownika?

Tak jak wskazano w treści rozporządzenia w tabelach należy przekazać informacje dotyczące: „kwoty należnego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., wynagrodzenia brutto, pozostających po stronie pracodawcy kosztach składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz kosztach wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe” Z uwagi na fakt, że składki na ubezpieczenie chorobowe opłacane są z środków pracownika, które są już wykazane jako element składowy wynagrodzenia brutto w kolumnach 8-15 w kolumnie 17 (w tabeli 1) i w kolumnie 16 (w tabeli 2) należy wykazać wartość 0 zł.

**Pytanie 13:** Czy informacja o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. dotyczy tylko pracowników?

Tak, informacja o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. dotyczy tylko pracowników. Zgodnie bowiem z § 2 ust. 1 tego rozporządzenia:

## KALENDARIUM

**20 lipca 2021 r.**

W Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie odbyło się uroczyste rozdanie dyplomów absolwentom anglojęzycznym na kierunku pielęgniarstwo, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

**22 lipca 2021 r.**

Odbyło się obiegowe posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie podczas, którego podjęto uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych, wpisu do rejestru członków OIPIP w Lublinie.

**27 lipca 2021 r.**

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej podczas, którego członkowie Komisji rozpatrzyli wnioski o przyznanie losowych zapomóg bezwrotnych pielęgniarkom i położnym znajdującym się w trudnej sytuacji losowej.

**28 lipca 2021 r.**

Odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie on-line, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła.

**29 lipca 2021 r.**

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się spotkanie Komisji ds. nauki kształcenia i rozwoju zawodowego podczas, którego członkowie Komisji opiniowali projekt dotyczący kształcenia ustawicznego i punktów edukacyjnych.

**2 sierpnia 2021 r.**

W siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie odbyło się spotkanie organizacyjne Komitetu Pretastacyjno-Stajkowego, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

**5 sierpnia 2021 r.**

Odbyło się obiegowe posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie podczas, którego podjęto uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych, wpisu do rejestru członków OIPIP w Lublinie.



► Ciąg dalszy na str. 24

„Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, określa współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 4d załącznika do rozporządzenia zmieniającego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, uwzględniając wysokość dodatkowych środków wykazanych w informacji przekazanej, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej od dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmieniającego w § 1, obejmującej dane:

1) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o **pracownikach** wykonujących zawód medyczny oraz **pracownikach** działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2020 r. poz. 830 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104), zwanej dalej „ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego”, zawierającej ...”

**Pytanie 14:** Czy w wykazie informacji, który został do nas skierowany możemy wykazać pracowników zatrudnionych od 01 czerwca br. (tj. pracowników, co do których jesteśmy zobowiązani do podwyższenia wynagrodzenia od 01 lipca br.)?

**Pytanie 15:** Czy mamy wykazać diagnostę laboratoryjnego, który był zatrudniony do 30 czerwca br.?

**Pytanie 16:** Jeżeli mamy bezwzględnie wykazać stan na 31 maja br., to co z refundacją dla osób, którzy są zatrudnieni od czerwca br. (zatrudniono 2 osoby na stanowisku rejestratorki medycznej) albo zmienia im się wykształcenie na wyższe. Czy otrzymamy na nie dofinansowanie?

Informujemy, że zgodnie z dyspozycją zawartą w par. 2 ust. 1 pkt 1 do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

**Pytanie 17:** Czy tworząc zapisy w ustawie o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych zwrócili Państwo uwagę na fakt, że proponowane od lipca br. wynagrodzenia rejestratorek medycznych i pielęgniarek ze średnim wykształceniem i kilkudziesięcioletnim stażem zawodowym będzie takie same (grupa 9 i 10)?

Informujemy, że od czasu zmiany zapisów załącznika do ustawy dokonanej decyzją ustawodawcy w 2018 r. ten sam współczynnik służący do obliczania wysokości najniższego wynagrodzenia zasadniczego przypisany jest do grupy zawodowej 9 – obejmującej: „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia” oraz do grupy 10 - obejmującej: „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” a więc również osoby zatrudnione na stanowiskach pracy niemerytorycznych pracowników działalności podstawowej od których wymaga się średniego wykształcenia.

**Pytanie 18:** Czy uzyskanie przez pielęgniarkę tytułu specjalisty w dziedzinie nie mającej zastosowania na stanowisku pracy, na którym jest zatrudniona należy zakwalifikować do podwyżki. Na przykład: Jak zakwalifikować pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty z dziedziny chirurgii pracującą w podstawowej opiece zdrowotnej. W naszej ocenie (ustawa POZ) specjalizacja, która nie ma zastosowania na stanowisku pracy nie ma wpływu na podniesie jakości świadczonych usług.

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. 183c 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

wi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 183c § 3 Kodeksu pracy).

**Pytanie 19:** Kogo obejmują podwyżki wynagrodzenia?

Podwyżki dotyczą pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104), zwanej dalej „ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego”. Natomiast zgodnie z art. 2 ust. 4 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny” to osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.

**Pytanie 20:** Zgodnie z paragrafem 1 ust.1 pkt.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. świadczeniodawca ma podać kwoty wynagrodzenia brutto i koszty składek na ubezpieczenia społeczne (...) pozostających po stronie pracodawcy zgodnie z określonym wzorem, załącznikiem nr 1. W tym właśnie załączniku jest poz. 17 „Składki na ubezpieczenie chorobowe”. To ubezpieczenie nie jest kosztem pracodawcy, potrącamy je z wynagrodzenia brutto pracownika, czy należy je obliczyć i uzupełnić tą pozycję, czy wpisać zero. Ponadto jakie kwoty należy wpisać w pozycje od 16 do 23, czy mają to być koszty pracodawcy, czy suma kosztów pracownika i pracodawcy. Patrz odpowiedź na pytanie 12.

**Pytanie 21:** Czy podwyżki dotyczą również osoby zatrudnione na umowach cywilnoprawnych?

Nie, w informacji wpisujemy tylko osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę.

**Pytanie 22:** Czy w informacji o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. należy uwzględnić rezydentów i stażystów?

Nie, w informacji nie uwzględniamy rezydentów oraz stażystów ponieważ wynagrodzenie tej grupy osób pokrywane jest z budżetu państwa.

**Pytanie 23:** Jakich pracowników należy wykazać w tabeli, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r.?

W tabeli należy wykazać informację tylko o: „pracownikach (...), których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. (...)” - a więc nie należy wykazywać pracowników, których wynagrodzenie zasadnicze na dzień 31 maja 2021 r. wynosiło np. 4500 zł, a najniższe wynagrodzenie zasadnicze wynikające dla nich z ustawy wynosi 4185,65 zł.

**Pytanie 24:** Kogo podmiot leczniczy powinien wykazać w tabeli: pracownika zatrudnionego do dnia 31 maja 2021 r. czy pracownika zatrudnionego od dnia 1 czerwca 2021 r.?

Zgodnie z dyspozycją zawartą w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. o OW NFZ należy przekazać dane: „(...) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

**Pytanie 25:** Jak uzupełnić tabele w przypadku gdy pracownik uprawniony do podwyżki zatrudniony jest na 0,5 etatu?

Jeżeli pracownik uprawniony do podwyżki zatrudniony jest w podmiocie leczniczym na pół etatu w tabeli, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. należy wpisać wynagrodzenie (pełne i pochodne) w przeliczeniu jak przy pełnym, całym etacie a w kolumnę wymiar etatu 0,5.

**Przykład 1.**

Osoba zatrudniona na pełny etat ale swój czas dzieli odpowiednio po 50% w ramach dwóch umów.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym jednej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5,

Wysokość wynagrodzenia = 100

W pliku dotyczącym drugiej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 100

► **Ciąg dalszy na str. 25**



### Przykład 2.

Osoba zatrudniona na pełny etat ale swój czas dzieli odpowiednio po 50% na pracę w ramach umowy z NFZ a w 50% na pracę nie związaną z umową z NFZ.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 100

### Przykład 3.

Osoba zatrudniona na 0,5 etatu i cały swój czas przeznacz na pracę w ramach umowy z NFZ.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby za pracę na 0,5 etatu wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

### Przykład 4.

Osoba zatrudniona na 0,5 etatu i swój czas dzieli odpowiednio po 50% w ramach dwóch umów.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby za pracę na 0,5 etatu wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym jednej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,25 (jako 50% z 0,5 etatu)

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

W pliku dotyczącym drugiej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,25 (jako 50% z 0,5 etatu)

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

**Pytanie 26:** Czy NFZ nie będzie już podawał środków podwyżkowych dla pielęgniarek jak przez ostatnie lata tylko teraz będą obowiązywały nowe stawki minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla personelu zatrudnionego na umowę o pracę?

Tak. Odrębne, dedykowane dla poszczególnych osób zatrudnionych u świadczeniodawców strumienie środków finansowych zostały wygaszone po dniu 30 czerwca 2021 r. Jednocześnie kwoty odpowiadające kwotom tzw. dodatku „Zembałowego” 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 współczynnika korygującego 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 kapitałowa 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.”

**Pytanie 27:** Czy personel typu: sprzętaczka, informatyk, konserwator, rejestratorka zaliczają się do pracowników działalności podstawowej? Co decyduje o zaliczeniu, bądź nie?

Definicja pojęcia pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny zawarta jest w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który nakazuje uznać za takiego pracownika osobę zatrudnioną w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inną niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. rozporządzenie 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. Nr 151, poz. 896) określa w załączniku, że do grupy pracowników działalności podstawowej zalicza się osoby zatrudnione m.in. na stanowisku salowej (lp. 148 i 149), rejestratora medyczna / sekretarka medyczna (lp. 142 i 143). Osoby zatrudnione na stanowisku informatyk zaliczane są natomiast do grupy pracowników określanych jako „Pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni”.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zakresem ustawy objęte są nie tylko osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w ww. rozporządzeniu, ale również pracownicy zatrudnieni na stanowiskach analogicznych (zapis o „stanowisku analogicznym” został wprowadzony do ustawy z uwagi na fakt, że zakresem ustawy objęte są wszystkie podmioty lecznicze zatrudniające pracowników niezależnie od formy w jakiej działają – a więc również podmioty będące przedsiębiorcami, które nie są wprost objęte zakresem przedmiotowego rozporządzenia).

**Pytanie 28:** Czy rejestratorka z wyższym wykształceniem ma być zaliczona do grupy 6, 10 czy 11?

Kwalifikacja do poszczególnych grup zawodowych odbywać się powinna w oparciu o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. Wprowadzenie do załącznika do ustawy będącego integralną częścią tej regulacji stanowi wyjątkowo: „Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku”.

**Pytanie 29:** Dotychczas przekazywane środki (tzw. „zembalowe”) były dla pracowników na umowę o pracę oraz na umowy cywilnoprawne. Czy NFZ przestanie przekazywać dotychczasowe środki czy tylko dodatkowo będzie przekazywał nowe środki na uzupełnienie różnicy w wynagrodzeniach personelu zatrudnionego na umowę o pracę?

Patrz odpowiedź na pytanie 27.

**Pytanie 30:** Do NFZ należy przekazać imienne dane pracownika zatrudnionego w maju 2021. Co w sytuacji kiedy ta osoba przestanie pracować albo będzie na zwolnieniu czy też urlopie macierzyńskim/rodzicielskim? NFZ będzie wypłacał i trzeba będzie oddawać? Czy może będzie to pokrywać część kosztów zastępstwa?

Zgodnie z dyspozycją zawartą w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

Jednocześnie w celu wyjaśnienia wątpliwości związanych z pojęciem kwoty należnego wynagrodzenia, którym posługują się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1235) informujemy, że użyte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1235) wyrażenie: „(...) kwoty należnego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., wynagrodzenia brutto, pozostających po stronie pracodawcy kosztach składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz kosztach wpał na Pracownicze Plany Kapitałowe (...)” zastosowane zostało w znaczeniu funkcjonalnym, co oznacza, że nie jest ono w każdym przypadku tożsame z wynagrodzeniem rzeczywiście naliczonym i wypłaconym, ale w przypadku np. osób zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym, które w miesiącu maju 2021 r. przebywały na urlopie, zwolnieniu chorobowym itp. powinno zostać w tabelach wykazane jako wynagrodzenie należne, jakie otrzymałby taki pracownik gdyby w miesiącu maju pracował, ustalone w sposób określony dla wynagrodzenia urlopowego w art. 172 Kodeksu Pracy.

Art. 172 Kp stanowi: „Za czas urlopu pracownikowi przysługuje wynagrodzenie, jakie by otrzymał, gdyby w tym czasie pracował. Zmienne składniki wynagrodzenia mogą być obliczane na podstawie przeciętnego wynagrodzenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc rozpoczęcia urlopu; w przypadkach znacznego wahania wysokości wynagrodzenia okres ten może być przedłużony do 12 miesięcy.”

**Pytanie 31:** Pytanie j.w. tylko w sytuacji kiedy już dany pracownik jest na zwolnieniu i wróci np. dopiero w październiku.

Patrz odpowiedź na pytanie 30.

**Pytanie 32:** Jakie składowe wynagrodzenia (przykładowo) mogą zostać zaliczone do kolumny 13? Nie zalicza się tam „zembalowe” bo nie jest zależne od wynagrodzenia zasadniczego. W kolumnie 13 tabeli 1 należy wykazywać przede wszystkim kwot wypłacanych na podstawie „rozporządzeń OWU” w formie dodatków do wynagrodzenia.

**Pytanie 33:** Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 27.11.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, pielęgniarki nie mogą mieć od 1 lipca niższego wynagrodzenia, niż dotychczas (a więc niższego, niż przy uwzględnieniu „zembalowego”).

*Wobec tego, pytanie: czy wykazując w tabeli wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki za maj 2021 wpisywać wysokość wypłaconego wynagrodzenia zasadniczego z „zembalowym”, czy bez niego. Jeśli wpisujemy z „zembalowym”, to od NFZ nie otrzymamy środków na sfinansowanie „zembalowego”, a w efekcie podwyżki w większości sfinansują sami świadczeniodawcy. Czy na pewno, w tabeli, powinniśmy więc wpisać wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek bez zembalowego?”*

► Ciąg dalszy na str. 26

W tabeli należy wpisywać faktyczne wynagrodzenie zasadnicze danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., a więc w przypadku pielęgniarki, której wynagrodzenie zasadnicze zostało podwyższone o kwotę 1200 zł brutto w związku z dotychczasowymi regulacjami określonymi w rozporządzeniach zmieniających „rozporządzenie OWU” w pełnej wysokości obejmującej również kwotę finansowaną w ramach „zembaliowego”. Jak wskazano w odpowiedzi na pytanie 1 kwoty odpowiadające kwotom tzw. dodatku „zembaliowego” od dnia 1 lipca 2021 r. nadal będą wypłacane w oparciu o przyjęty współczynnik korygujący zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 122 z dnia 30 czerwca 2021 r.

**Pytanie 34:** Czy w tabeli składki na ubezpieczenia podajemy łącznie, tj. zapłacone przez pracownika i pracodawcę czy tylko płacone przez pracownika?

Patrz odpowiedź na pytanie 12.

**Pytanie 35:** W komunikatach wszędzie pisze się o stanie wynagrodzeń na 1 maja, a co w sytuacji kiedy podmiot zatrudnił np. pielęgniarkę po licencji 1 czerwca i dostała wynagrodzenie zasadnicze 4000 zł?

Tabele zgodnie z dyspozycją wyrażoną w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. (...).

**Pytanie 36:** Czy pielęgniarka z tytułem magistra i specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz kursem kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa rodzinnego, pracująca w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą na stanowisku pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, która na swoim stanowisku pracy zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ma wymagane kwalifikacje:

1. tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
2. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
3. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
4. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
5. tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa

powinna być zakwalifikowana do grupy 7 czy 9?

Kwalifikacja do poszczególnych grup zawodowych odbywać się powinna w oparciu o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. Wprowadzenie do załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. będącego integralną częścią tej regulacji stanowi wyraźnie: „Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku”.

W przypadku więc gdy na stanowisku pracy zajmowanym przez danego pracownika określono wymagania mieszczące się w zakresie:

„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” współczynnik pracy wynosi dla niego 1,06

„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” współczynnik pracy wynosi dla niego 0,81

„Pielęgniarka albo położna inna niż określona w powyższych pkt, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia” – współczynnik pracy wynosi dla niego 0,73.

**Pytanie 37:** Czy rejestratorka z wykształceniem średnim zatrudniona w podmiocie będącym przedsiębiorcą powinna zostać zakwalifikowana do grupy 10 czy 11?

Definicja pojęcia pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny zawarta jest w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który nakazuje uznać za takiego pracownika osobę zatrudnioną w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inną niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. rozporządzenie 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. Nr 151, poz. 896) określa w załączniku, że do grupy pracowników działalności podstawowej zalicza się osoby zatrudnione m.in. na stanowisku rejestratora medyczna / sekretarka medyczna (lp. 142 i 143) przy wymaganiach na stanowisku wykształcenie średnie.

W związku z powyższym w przypadku osoby zatrudnionej na stanowisku rejestratora medyczna / sekretarka medyczna co do zasady obowiązywać powinien współczynnik pracy wynoszący 0,73 czyli przypisany do grupy 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”.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zakresem ustawy objęte są nie tylko osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w ww. rozporządzeniu, ale również pracownicy zatrudnieni na stanowiskach analogicznych. Zapis o „stanowisku analogicznym” został wprowadzony do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. z uwagi na fakt, że zakresem ustawy objęte są wszystkie podmioty lecznicze zatrudniające pracowników niezależnie od formy w jakiej działają – a więc również podmioty będące przedsiębiorcami, które nie są wprost objęte zakresem przedmiotowego rozporządzenia.

**Pytanie 38:** Czy ustawa z dnia 28.05.2021r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw obejmuje prywatne gabinety lekarskie działające w formie indywidualnej praktyki lekarskiej bądź wspólników spółek cywilnych takich indywidualnych praktyk? Jeżeli tak, to czy osoby zatrudnione na stanowiskach: asystent biurowy, recepcjonista, sprzątaczką podlegają pod ww. podwyżki? Czy podwyżki dotyczą umów zleceń?

Zakres podmiotowy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych określony został w jej art. 1 który stanowi, że: Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniając rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Oznacza to, że przepisy ustawy znajdują zastosowanie do wszystkich podmiotów leczniczych w tym również tych które działają w formie spółek. Nie obejmują one natomiast praktyk lekarskich niebędących podmiotami leczniczymi.

Odnosząc się do drugiej części pytań informuję, że definicja pojęcia pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny zawarta jest w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który nakazuje uznać za takiego pracownika osobę zatrudnioną w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inną niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. rozporządzenie 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. Nr 151, poz. 896) określa w załączniku, że do grupy pracowników działalności podstawowej zalicza się osoby zatrudnione m.in. na stanowisku salowej (lp. 148 i 149), rejestratora medyczna / sekretarka medyczna (lp. 142 i 143). Należy jednocześnie wskazać, że osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w tabeli „Pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni” oraz tabeli „Pracownicy gospodarczy” nie są objęte zakresem ustawy jako niezaliczeni do grupy pracowników działalności podstawowej.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zakresem ustawy objęte są nie tylko osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w ww. rozporządzeniu, ale również pracownicy zatrudnieni na stanowiskach analogicznych (zapis o „stanowisku analogicznym” został wprowadzony do ustawy z uwagi na fakt, że zakresem ustawy objęte są wszystkie podmioty lecznicze zatrudniające pracowników niezależnie od formy w jakiej działają – a więc również podmioty będące przedsiębiorcami, które nie są wprost objęte zakresem przedmiotowego rozporządzenia).

**Pytanie 39:** Pracownik podwyższa kwalifikacje, kończy studia licencjackie. Cały czas jest zatrudniony na tym samym stanowisku. Czy w takim przypadku, zgodnie z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U z 2021r. poz.1104), pracodawca zmienia grupę dla tego pracownika i oblicza wynagrodzenie z zastosowaniem wyższego współczynnika pracy?

Wszystko zależy od regulacji wewnętrznych obowiązujących w danym podmiocie leczniczym. Część podmiotów leczniczych ma w regulaminach wewnętrznych przepisy określające, że w przypadku nabycia dodatkowych kwalifikacji automatycznie pracownik nabywa prawo do wyższego współczynnika pracy. Zasadą określoną na gruncie ustawy jest jednak kwalifikowanie pracowników do grup w oparciu o wymagania określone na zajmowanym przez danego pracownika stanowisku pracy. Jeżeli więc nie zaszła zmiana wymagań to wówczas nie ma obowiązku podwyższania współczynnika pracy.

**Pytanie 40:** Czy w tabeli, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021r. należy uwzględnić składki leżące po stronie pracownika?

Patrz odpowiedź na pytanie 12.



## Opinia Prawna

**dotycząca skutków dla pielęgniarek i położnych jakie niesie za sobą wejście w życie zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2020 poz. 830 z późn. zm. zwana dalej „ustawą o najniższym wynagrodzeniu”) oraz w ustawie z dnia 27 listopada 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. 2020 poz. 2401 z późn. zm., zwana dalej „ustawą o kadrach medycznych”).**

W związku z przedłożonym zapytaniem przedstawiam informacje o skutkach dla pielęgniarek i położnych jakie niesie za sobą wejście w życie zmian w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2020 poz. 830 z późn. zm. zwana dalej „ustawą o najniższym wynagrodzeniu”) oraz w ustawie z dnia 27 listopada 2020 roku o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz. U. 2020 poz. 2401 z późn. zm., zwana dalej „ustawą o kadrach medycznych”). Niniejsza opinia koncentruje się na skutkach, jakie wejście w życie zmian w powyższych ustawach, wpływających na określenie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. O ile w opinii mowa jest o pielęgniarce rozumie się przez to również położną. Ze względu na charakter niniejszej opinii, pominięty zostanie w niej opis formalnej drogi wprowadzenia podwyżek.

I.

Zgodnie z artykułem 19 ustęp 1 pkt 1) i 2) ustawy o kadrach medycznych:

1. Podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami w rozumieniu 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.), zwanej dalej „ustawą”, zatrudniające:
  - 1) pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, 567, 945 i 1493), **które uzyskały wzrost wynagrodzenia zasadniczego na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, są zobowiązane od dnia 30 czerwca 2021 r. zapewnić tym pielęgniarkom i położnym 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.;**
  - 2) pielęgniarki lub położne wykonujące zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, **które uzyskały wzrost wynagrodzenia na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, są zobowiązane od dnia 30 czerwca 2021 r. zapewnić tym pielęgniarkom lub położnym wynagrodzenie w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie ustalone na podstawie tej umowy na dzień 30 czerwca 2021 r.;**

Formy wykonywania zawodu wskazane powyżej to: umowa o pracę, umowa cywilnoprawna oraz stosunek służbowy - czyli wszystkie poza wolontariatem. Z powyższych przepisów jednoznacznie wynika, że pielęgniarka która uzyskała wcześniej wzrost wynagrodzenia w ramach tak zwanego dodatku „zembaliowego” **nie może po 30 czerwca 2021 roku otrzymywać niższego wynagrodzenia niż określone w umowie o pracę na dzień 30 czerwca 2021 roku.**

Postępując się przykładem – pielęgniarka według umowy o pracę zawartej w 2020 roku na czas nieokreślony zarabiała według stanu na dzień 30 czerwca 2021 roku 6.000,, złotych brutto. Na to wynagrodzenie składało się wynagrodzenie zasadnicze oraz tzw. dodatek zembaliowy. **Zgodnie z przytoczonymi powyżej przepisami ustawy o kadrach medycznych, w przedstawionym przykładzie po 30 czerwca 2021 roku pielęgniarka w dalszym ciągu musi zarabiać miesięcznie co najmniej 6.000,00 złotych brutto.** Przepis ten został wprowadzony w związku z formalnym zaprzestaniem wypłacania przez Narodowy Fundusz Zdrowia na rzecz pracodawcy tzw. dodatku zembaliowego – dzięki wprowadzonym regulacjom wynagrodzenie pielęgniarek nie ulegnie pomniejszeniu.

Ponad powyższe, zgodnie z artykułem 19 ustawy o kadrach medycznych:

*Zmiana zasad finansowania wynagrodzeń osób, o których mowa w art. 19 ust. 1, nie może stanowić podstawy do rozwiązania umowy o pracę albo umowy cywilnoprawnej, o której mowa w art. 19 ust. 1, lub zmiany warunków tej umowy na mniej korzystne, w szczególności nie może stanowić uzasadnienia dla obniżenia wysokości wynagrodzenia poniżej wysokości wynikającej z art. 19.*

Mechanizm ten stanowi formalne zabezpieczenie interesu pielęgniarek i położnych – pracodawca nie może zarówno obniżyć wynagrodzenia za pracę pielęgniarki wynikającego z zawartej umowy, jak również nie może rozwiązać takiej umowy w związku ze zmianami w finansowaniu wynagrodzeń pielęgniarek (tak zwany dodatek zembaliowy wypłacany był przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Po 30 czerwca 2021 roku kwotę odpowiadającą wysokości tego dodatku wypłaca pracodawca ze środków własnych). Państwowa Inspekcja Pracy została ustawowo zobowiązana do kontrolowania przestrzegania powyższych zasad (art. 21 ustawy o kadrach medycznych).

II.

Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych reguluje kwestię najniższego wynagrodzenia, które może otrzymać pielęgniarka w związku z wykonywaną pracą. Podkreślić należy, że nie ma jakichkolwiek przeszkód by pielęgniarka zarabiała więcej. Wejście w życie tej ustawy nie może także stanowić podstawy do obniżenia wynagrodzenia pielęgniarki.

Najważniejszym skutkiem ustawy, z punktu widzenia pielęgniarek jest to, że od dnia 1 lipca 2021 roku wynagrodzenie pielęgniarki powinno wynosić co najmniej kwotę stanowiącą iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Przeciętne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w 2020 roku wyniosło 5167,47 zł. W taki sposób ustala się również wynagrodzenie dla pielęgniarek zatrudnionych po 1 lipca 2021 roku.

Przedkładając powyższe na konkretny przykład zauważyć należy, że pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa oraz ze specjalizacją zaszeregowana jest do grupy, dla której współczynnik pracy wynosi **1,06**. Minimalne wynagrodzenie obliczone według zasad wskazanych w ustawie w przypadku tej pielęgniarki wynosi zatem **5.167,47 złotych brutto**. Z kolei w przypadku pielęgniarek, które posiadają tytuł licencjata lub magistra lub specjalisty współczynnik pracy wynosi 0,81, w związku z tym minimalne wynagrodzenie tych pielęgniarek kształtować się będzie na poziomie 4185,65 brutto. Natomiast pielęgniarka po liceum medycznym (bez tytułu zawodowego licencjata albo magister oraz bez specjalizacji) zaszeregowana jest do grupy, dla której współczynnik pracy wynosi **0,73** – w tym przypadku minimalne miesięczne wynagrodzenie wyniesie **3.772,25 złotych brutto**.

III.

Zgodnie z ustawą o kadrach medycznych w przypadku zbiegu przepisów o kadrach medycznych oraz ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia stosuje się przepisy bardziej korzystne dla pielęgniarki – niedopuszczalne są więc próby stosowania tylko jednej, bardziej korzystnej dla pracodawcy ustawy. Oceniając skutki wejścia w życie zmian we wskazanych ustawach dla konkretnej pielęgniarki niezbędne jest więc oparcie się na obydwu mechanizmach a w konsekwencji zastosowanie przepisów korzystniejszych dla pielęgniarki.

Radca Prawny  
Rafał Dubiel



# NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK 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 Dyrektore*

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:

- Czy pielęgniarki, położne wykonujące zawód na podstawie umowy cywilnoprawnej, które otrzymały 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 otrzymały dotychczas?**
- 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)?**
- 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,
  - 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”?
- 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”?
- 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)?

*Zuzanna Prociak*  
Prezes NRPiP

*Zofia Małas*  
Zofia Małas



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. 183c 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. 183c § 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  
/dokument podpisany elektronicznie/



## 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

Warszawa, 16 czerwca 2021r.

Pan  
**Adam Niedzielski**  
Minister Zdrowia

Szanowni Państwo,

Prosimy o udzielenie informacji publicznej, dotyczącej wypowiedzi Ministra Zdrowia na Posiedzeniu Sejmu<sup>1</sup>, które odbyło się w dniu 15 czerwca 2021 r. W poniżej wskazanym fragmencie wypowiedzi Minister Zdrowia przedstawił wyliczone koszty związane z podwyższeniem wskaźników minimalnego wynagrodzenia w propozycji przyjętej przez Senat.

W aspekcie wypowiedzi Pana Ministra prosimy o udostępnienie wyliczeń wskazujących na 12 mld roczny koszt przyjętej przez Senat wersji ustawy, wraz ze wskazaniem źródła tych informacji.

Prosimy również podanie liczby osób, których zmiany te mogłyby dotyczyć.

*„To, co znalazło się w poprawkach Senatu, które dosyć arbitralnie podwyższyły o 30% wskaźniki...(Głos z sali: 15.)...to jest obietnica bez pokrycia. Koszt półroczny tego podwyższenia to jest prawie 6,5 mld zł. Roczny koszt to jest 12 mld zł. Szanowni państwo, jednorazowo 12 mld zł rocznie.”*

Odpowiedź prosimy przesłać w formie elektronicznej na adres: [nipip@nipip.pl](mailto:nipip@nipip.pl)

Z poważaniem,

Mariola Łodzińska

Wiceprezes

<sup>1</sup> [http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter9.nsf/0/3B6D5994A22CEA48C12586F5006FE52C/%24File/31\\_ksiazka.pdf](http://orka2.sejm.gov.pl/StenoInter9.nsf/0/3B6D5994A22CEA48C12586F5006FE52C/%24File/31_ksiazka.pdf)



30 lat rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych





Ministerstwo Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Maciej Miłkowski

Warszawa, 27 czerwca 2021 r.

DSW.054.561.2021.PJ

**Pani  
Mariola Łodzińska Wiceprezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych**

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 16 czerwca br. uprzejmie przekazuję poniższe wyjaśnienia.

W pierwszym rzędzie należy przypomnieć, że to nie strona rządowa była autorem propozycji zgłoszonych przez Senatorów jako poprawka do ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw. Dlatego też rząd nie przygotowywał szczegółowych wyliczeń skutku finansowego zaproponowanego w toku prac Senatu RP podwyższenia współczynników pracy oraz zmian w podziale na grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku określonym w załączniku do wymienionej ustawy.

W związku z powyższym, zgodnie z informacją przedstawianą przez reprezentantów rządu w trakcie prac w Parlamencie, podawane przez nich kwoty skutków finansowych miały charakter szacunkowy i opierały się o dane o różnicy w kosztach wynagrodzeń, które uwzględniać mają osiągnięcie od lipca 2021 r. co najmniej poziomów najniższych wynagrodzeń określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz koszcie ewentualnego wprowadzenia najniższych wynagrodzeń w wysokości postulowanej w poprawce Senatu RP.

Trzeba w tym miejscu wskazać, że równice w wysokości samych tylko najniższych wynagrodzeń zasadniczych dla poszczególnych grup zawodowych pomiędzy przedłożeniem rządowym, a propozycją z poprawki Senatu RP wynoszą od 2 015 zł - w przypadku grupy zawodowej lekarzy specjalistów - do 310 zł - w przypadku grupy pracowników działalności podstawowej zatrudnionych na stanowiskach, gdzie nie jest wymagane posiadanie wykształcenia średniego. Średnia ważona podwyżki samych tylko najniższych wynagrodzeń zasadniczych powodowanych poprawką Senatu RP w stosunku do wysokości najniższych wynagrodzeń zasadniczych określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. w brzmieniu po nowelizacji z 28 maja 2021 r. wyniosłaby ok. 990 zł miesięcznie na jeden etat, co skutkowałoby wzrostem o ok. 11 880 zł rocznie na jeden etat.

W przypadku przywołanej wyżej grupy zawodowej lekarzy specjalistów, którzy zgodnie z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. w brzmieniu po nowelizacji z 28 maja 2021 r. gwarantowane mają od lipca 2021 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze na poziomie 6769 zł, proponowany w poprawce Senatu RP wzrost najniższego wynagrodzenia do kwoty minimum 8785 zł skutkuje różnicą na samym tylko wynagrodzeniu zasadniczym w ramach jednego etatu w wysokości 2015 zł miesięcznie i 24 180 zł rocznie.

Skutek podwyższenia współczynnika pracy i powodowanego przez to wzrostu wynagrodzenia zasadniczego przekłada się w większości przypadków na dodatkowy wzrost innych niż wynagrodzenie zasadnicze elementów wynagrodzeń, takich jak np. dodatki za staż pracy (w wysokości ustawowej do 20% wynagrodzenia zasadniczego), za pracę zmianową, w niedziele i inne dni wolne od pracy, za pracę w nocy (w wysokości od 45 do 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego) itd., co dodatkowo powiększa koszt wdrożenia proponowanych rozwiązań.

Jednocześnie należy wskazać, że mówiąc o kosztach podwyższenia współczynników pracy każdorazowo należy brać pod uwagę liczebność personelu działalności podstawowej zatrudnionego w podmiotach leczniczych. Przyjmowana do obliczeń liczba 669 508 etatów powoduje, że w przypadku, gdyby dokonano podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego każdego z pracowników o 100 zł, to wówczas łączny roczny koszt takiej podwyżki przekraczałby kwotę 800 mln zł, a - jak wyżej wskazano - proponowane przez Senat RP podwyższenie współczynników pracy rodziłoby w przeliczeniu na jeden etat skutki wielokrotnie większe. Należy również pamiętać, że z uwagi na określony w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. mechanizm automatycznego corocznego podwyższania wysokości najniższych wynagrodzeń w związku ze wzrostem przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, nawet w przypadku niepodwyższania współczynników pracy corocznie powstaje potrzeba zwiększenia puli na wynagrodzenia pracowników działalności podstawowej podmiotów leczniczych. O ile bowiem wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego lekarza w roku 2021 wynosić będzie od lipca 6769 zł to już w roku 2022 najniższe wynagrodzenie wzrośnie od w tej grupie od lipca do 6889 zł czyli o 120 zł (z kosztami pracodawcy ok. 144 zł) na jeden etat.

Różnica w kwotach podawanych jako szacunkowy koszt wdrożenia rozwiązań proponowanych w poprawkach Senatu RP wynika - jak informowali o tym w trakcie prac parlamentarnych reprezentanci rządu - z przyjęcia do wyliczeń założenia 100% partycypacji wszystkich grup zawodowych w proponowanych podwyższeniach współczynników pracy lub też odpowiedniego obniżenia odsetka pracowników partycypujących we wzroście współczynników pracy w wybranych grupach zawodowych.

Z poważaniem

Maciej Miłkowski  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH  
Adam Bodnar

KMP.575.9.2021.JJ

**Pan  
Adam Niedzielski  
Minister Zdrowia**

*Szanowny Panie Ministrze,*

od początku trwania pandemii COVID-19 ze szczególną uwagą monitoruję sytuację w domach pomocy społecznej. Mieszkańcy, ze względu na wiek, choroby i niepełnosprawność, należą do grup najbardziej narażonych na zakażenie. Tym samym pracownicy tych placówek podlegają wielkiej presji, aby w obliczu zwiększonego ryzyka utraty własnego zdrowia, wykonując swoje obowiązki w trudnych warunkach pracy, zadbali przede wszystkim o bezpieczeństwo pensjonariuszy. Ostatnie półtora roku szczególnie uświadomiło nam, jak ważny jest personel, jego poświęcenie i kompetencje w tak kryzysowych i skrajnych sytuacjach jak stan zagrożenia epidemicznego i stan epidemii.

Monitoring zdalny prowadzony w domach pomocy społecznej przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) działającego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pozwolił zidentyfikować kilka problemów systemowych powodujących trudności w zatrudnianiu w tych placówkach pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 1876, dalej zwana ustawą o pomocy społecznej) dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarskich, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398). Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 ustawy o pomocy społecznej).

Jak wynika z doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, wizytującego od wielu lat domy pomocy społecznej, jedną z podstawowych potrzeb mieszkańców tych placówek jest zapewnienie odpowiedniej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Większość mieszkańców boryka się z różnymi przewlekłymi chorobami somatycznymi, psychicznymi lub innymi wynikającymi z zaawansowanego wieku lub z doznanych wcześniej urazów. Konieczne jest zatem zapewnienie im stałej opieki pielęgniarskiej oraz systematycznych wizyt lekarskich.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479, dalej zwana ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej) umożliwia się zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi różnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych (finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej. Pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych otrzymują bowiem zdecydowanie wyższe wynagrodzenie aniżeli te, które pracują w domach pomocy społecznej. Z uwagi na fakt, że te ostatnie są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w dps-ach (brak dodatków, podwyżek, ekwiwalentu za pracę w niedzielę i święta, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, skutkują w praktyce olbrzymimi problemami w pozyskiwaniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu, jak również częstymi rezygnacjami pielęgniarek z zatrudnienia w placówkach pomocy społecznej na rzecz podmiotów leczniczych. Skalę problemów związanych z zagwarantowaniem bezpieczeństwa i opieki pielęgniarskiej mieszkańcom dps-ów oraz możliwość należytego wykonywania zawodu pielęgniarkom przedstawia szczegółowo Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt.: „Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie”. Wskazuje on m.in., że biorąc pod uwagę stan zdrowia potrzeby mieszkańców (wiek, niepełnosprawność, niesamodzielność, wielochorobowość) istnieje konieczność zatrudniania pielęgniarek w dps-ach. Jednakże stosunkowo niskie wynagrodzenia pracowników domów pomocy społecznej, w tym pielęgniarek nie zachęcają absolwentów studiów pielęgniarskich do podejmowania pracy w tym sektorze<sup>1</sup>.

Podobna sytuacja dotyczy położnych zatrudnionych w dps-ach. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej przewiduje również zatrudnienie w dps-ach położnej z prawem do wykonywania zawodu (art. 5 ust. 2, pkt 7). Zadania położnej zostały jasno określone w powyższej ustawie, a od września 2020 r. wzbogacone o dodatkowe uprawnienia. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdro-

1 T. Kuziara, B. Hudzik, R. Michalska, B. Ożga, Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarskie- raport z badania ankietowego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018 r., str. 23-24. 2 Pismo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 20.08.2020 r. do Józefy Szczurek-Zelazko, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia [dostęp: ...]



wotnych w zakresie: rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych, planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi (art. 5 ust. 1a). Pensje położnych zatrudnionych w dps-ach pochodzą również z budżetu samorządu, nie zaś ze środków NFZ, co - analogicznie jak w przypadku pielęgniarzek - powoduje niską konkurencyjność placówek pomocy społecznej jako pracodawców dla tej grupy zawodowej. Warto również dodać, że położne zatrudnione w dps-ach nie zostały uwzględnione w Zarządzeniu Nr 118/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2020 r. w sprawie realizacji projektu grantowego „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”. Umożliwił on przyznanie dodatku do wynagrodzeń jedynie dla pielęgniarzek lub ratowników medycznych w dps-ach, którzy - ze względów bezpieczeństwa i ograniczania ryzyka zakażenia COVID-19 - ograniczyły swoje zatrudnienie do jednego miejsca pracy lub też które nigdy nie zrezygnowały z drugiego zatrudnienia, gdyż nie posiadały drugiego miejsca pracy w okresie, który obejmuje projekt. Nieuwzględnienie położnych zatrudnionych w dps-ach w katalogu pracowników objętych dodatkowym wynagrodzeniem było również przedmiotem interwencji Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych<sup>2</sup>.

Dużym wsparciem dla personelu domów pomocy społecznej byłaby również możliwość zatrudnienia ratowników medycznych. Jednakże obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) nie przewiduje wprost możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w domach pomocy społecznej. Dodatkowo w rozporządzeniu z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936) - w katalogu stanowisk samorządowych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, centrach integracji społecznej, jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej oraz centrach usług społecznych - nie wymienia się stanowiska „ratownik medyczny”. Brak ów uniemożliwia zatrudnianie w dps-ach ratowników medycznych. W praktyce dyrektor domu pomocy społecznej może zatrudnić ratownika medycznego na stanowisku np. opiekuna, przy zastrzeżeniu, że nie wykonując zawodu ratownika medycznego nie udziela on świadczeń zdrowotnych na rzecz mieszkańców. Obowiązujące przepisy prawne powodują zatem małe zainteresowanie zatrudnieniem w dps-ach także i tej grupy zawodowej.

Zatrudnienie do pracy w dps-ach personelu rekrutującego się spośród powyższych zawodów od lat przysparza wielu problemów. W większości placówek duży odsetek mieszkańców to tzw. pacjenci leżący, w złym stanie zdrowia, wymagający stałej opieki i pielęgnacji. Warto przy tym zaznaczyć, że domy pomocy społecznej nie zatrudniają lekarzy. Brak pielęgniarzek, położnych i ratowników medycznych powoduje, że większość pracy nad mieszkańcami przeniesiona zostaje na barki opiekunów posiadających znacznie mniejsze uprawnienia. Sytuacja była szczególnie trudna w ciągu trwania pandemii Covid-19. W związku z ograniczeniem transmisji wirusa, pielęgniarki pracujące w różnych podmiotach musiały wybrać jedno miejsce zatrudnienia. Najczęściej zrezygnowały z pracy w domach pomocy społecznej, ponieważ placówki te oferowały zdecydowanie niższe zarobki. Na niektórych pracowników, posiadających wykształcenie pielęgniarckie, położnicze lub ratowniczo medyczne, lecz zatrudnionych w dps-ach na stanowisku opiekunów (co zdarza się często) wywierano wówczas presję, aby wykonywali czynności przypisane wyuczonym zawodom. Tymczasem zatrudnienie pielęgniarzek, położnych lub ratowników medycznych na stanowisku opiekunów nie upoważnia ich do wykonywania obowiązków swoistych dla tych zawodów.

Sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Obowiązkiem każdego społeczeństwa jest zapewnienie opieki osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować i nie mogą liczyć na pomoc bliskich. Odpowiedzią na ten problem są różne zinstytucjonalizowane formy pomocy, w tym przede wszystkim domy pomocy społecznej - najstarsza i najbardziej ugruntowana organizacyjnie forma opieki. W mojej ocenie konieczne jest zatem podjęcie działań przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej oraz przez Ministra Zdrowia zmierzających bezpośrednio do zmiany przepisów prawa, poprzez stworzenie zachęty dla specjalistów reprezentujących wskazane wyżej grupy zawodowe do podejmowania zatrudnienia w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na powyższe, zwracam się do Pana Ministra z prośbą o odniesienie się do opisanych problemów. Będę wdzięczny za powiadomienie mnie o stanowisku przyjętym przez Pana Ministra w tej sprawie oraz o podjętych działaniach. Analogiczne pismo skierowałem również do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

*Z wyrazami szacunku*

Adam Bodnar  
Rzecznik Praw Obywatelskich  
/-podpisano elektronicznie/

Do wiadomości:

1) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

<sup>2</sup> Pismo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 20.08.2020 r. do Józefy Szczurek-Zelazko, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia [dostęp: <https://www.doipip.wroc.pl/download/nowy%20folder/Pismo%20NIPiP%20do%20MZ%20Sker%20Stanu.pdf>].



RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH  
Adam Bodnar

KMP.575.9.2021.JJ

**Pani  
Marlena Małąg  
Minister Rodziny  
i Polityki Społecznej**

*Szanowna Pani Minister,*

od początku trwania pandemii COVID-19 ze szczególną uwagą monitoruję sytuację w domach pomocy społecznej. Mieszkańcy, ze względu na wiek, choroby i niepełnosprawność, należą do grup najbardziej narażonych na zakażenie. Tym samym pracownicy tych placówek podlegają wielkiej presji, aby w obliczu zwiększonego ryzyka utraty własnego zdrowia, wykonując swoje obowiązki w trudnych warunkach pracy, zadbali przede wszystkim o bezpieczeństwo pensjonariuszy. Ostatnie półtora roku szczególnie uświadomiło nam, jak ważny jest personel, jego poświęcenie i kompetencje w tak kryzysowych i skrajnych sytuacjach jak stan zagrożenia epidemicznego i stan epidemii.

Monitoring zdalny prowadzony w domach pomocy społecznej przez przedstawicieli Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur (KMPT) działającego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich pozwolił zidentyfikować kilka problemów systemowych powodujących trudności w zatrudnianiu w tych placówkach pielęgniarek, położnych oraz ratowników medycznych.

Zgodnie z art. 55 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jedn. Dz.U. z 2020 r. poz. 1876, dalej zwana ustawą o pomocy społecznej) dom pomocy społecznej świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb mieszkańców domu. Placówki te nie pełnią natomiast funkcji leczniczych i pielęgniarstkich, a jedynie umożliwiają i organizują mieszkańcom pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przysługujących im na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398). Dom pomocy społecznej może pokryć wydatki ponoszone na niezbędne usługi pielęgnacyjne w zakresie wykraczającym poza uprawnienia wynikające z przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 59 ustawy o pomocy społecznej).

Jak wynika z doświadczenia Krajowego Mechanizmu Prewencji Tortur, wizytującego od wielu lat domy pomocy społecznej, jedną z podstawowych potrzeb mieszkańców tych placówek jest zapewnienie odpowiedniej opieki lekarskiej i pielęgniarstkiej. Większość mieszkańców boryka się z różnymi przewlekłymi chorobami somatycznymi, psychicznymi lub innymi wynikającymi z zaawansowanego wieku lub z doznanych wcześniej urazów. Konieczne jest zatem zapewnienie im stałej opieki pielęgniarstkiej oraz systematycznych wizyt lekarskich.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 pkt 9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479, dalej zwana ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej) umożliwia się zatrudnienie pielęgniarki w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie. Jednakże status pielęgniarki zatrudnionej w domu pomocy społecznej jest inny aniżeli pielęgniarki zatrudnionej w placówkach służby zdrowia. Główną przyczynę stanowi różnicowanie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych (finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia) od wynagrodzenia przysługującego pielęgniarkom zatrudnionym w domach pomocy społecznej. Pielęgniarki zatrudnione w podmiotach leczniczych otrzymują bowiem zdecydowanie wyższe wynagrodzenie aniżeli te, które pracują w domach pomocy społecznej. Z uwagi na fakt, że te ostatnie są jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej, wynagrodzenie pielęgniarek w nich zatrudnionych pochodzi z budżetu samorządów. Nierówności w wynagradzaniu pielęgniarek zatrudnionych w dps-ach (brak dodatków, podwyżek, ekwiwalentu za pracę w niedzielę i święta, etc.) w porównaniu do tych pracujących w służbie zdrowia, skutkują w praktyce olbrzymimi problemami w pozyskiwaniu do pracy w dps-ach osób o tym wykształceniu, jak również częstymi rezygnacjami pielęgniarek z zatrudnienia w placówkach pomocy społecznej na rzecz podmiotów leczniczych. Skalę problemów związanych z zagwarantowaniem bezpieczeństwa i opieki pielęgniarstkiej mieszkańcom dps-ów oraz możliwość należytego wykonywania zawodu pielęgniarkom przedstawia szczegółowo Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt.: „Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarstkie”. Wskazuje on m.in., że biorąc pod uwagę stan zdrowia potrzeby mieszkańców (wiek, niepełnosprawność, niesamodzielność, wielochorobowość) istnieje konieczność zatrudnienia pielęgniarek w dps-ach. Jednakże stosunkowo niskie wynagrodzenia pracowników domów pomocy społecznej, w tym pielęgniarek nie zachęcają absolwentów studiów pielęgniarstkich do podejmowania pracy w tym sektorze<sup>1</sup>.

Podobna sytuacja dotyczy położnych zatrudnionych w dps-ach. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej przewiduje również zatrudnienie w dps-ach położnej z prawem do wykonywania zawodu (art. 5 ust. 2, pkt 7). Zadania położnej zostały jasno określone w powyższej ustawie, a od września 2020 r. wzbogacone o dodatkowe uprawnienia. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epi-

1 T. Kuz iara, B. Hudzik, R. Michalska, B. Ożga, Zabezpieczenie mieszkańców domów pomocy społecznej w świadczenia pielęgniarstkie- raport z badania ankietowego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa 2018 r., str. 23-24. 2 Pismo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 20.08.2020 r. do Józefy Szczurek-Zelazko, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia [dostęp: ...]



demicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie: rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych, rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych, planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej, samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi (art. 5 ust. 1a). Pensje położnych zatrudnionych w dps-ach pochodzą również z budżetu samorządu, nie zaś ze środków NFZ, co - analogicznie jak w przypadku pielęgniarzek - powoduje niską konkurencyjność placówek pomocy społecznej jako pracodawców dla tej grupy zawodowej. Warto również dodać, że położne zatrudnione w dps-ach nie zostały uwzględnione w Zarządzeniu Nr 118/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2020 r. w sprawie realizacji projektu grantowego „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”. Umożliwił on przyznanie dodatku do wynagrodzeń jedynie dla pielęgniarzek lub ratowników medycznych w dps-ach, którzy - ze względów bezpieczeństwa i ograniczania ryzyka zakażenia COVID-19 - ograniczyły swoje zatrudnienie do jednego miejsca pracy lub też które nigdy nie zrezygnowały z drugiego zatrudnienia, gdyż nie posiadały drugiego miejsca pracy w okresie, który obejmuje projekt. Nieuwzględnienie położnych zatrudnionych w dps-ach w katalogu pracowników objętych dodatkowym wynagrodzeniem było również przedmiotem interwencji Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych<sup>2</sup>.

Dużym wsparciem dla personelu domów pomocy społecznej byłyby również możliwości zatrudnienia ratowników medycznych. Jednakże obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) nie przewiduje wprost możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego w domach pomocy społecznej. Dodatkowo w rozporządzeniu z dnia 15 maja 2018 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 936) - w katalogu stanowisk samorządowych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, centrach integracji społecznej, jednostkach organizacyjnych wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej oraz centrach usług społecznych - nie wymienia się stanowiska „ratownik medyczny”. Brak ów uniemożliwia zatrudnianie w dps-ach ratowników medycznych. W praktyce dyrektor domu pomocy społecznej może zatrudnić ratownika medycznego na stanowisku np. opiekuna, przy zastrzeżeniu, że nie wykonując zawodu ratownika medycznego nie udziela on świadczeń zdrowotnych na rzecz mieszkańców. Obowiązujące przepisy prawne powodują zatem małe zainteresowanie zatrudnieniem w dps-ach także i tej grupy zawodowej.

Zatrudnienie do pracy w dps-ach personelu rekrutującego się spośród powyższych zawodów od lat przysparza wielu problemów. W większości placówek duży odsetek mieszkańców to tzw. pacjenci leżący, w złym stanie zdrowia, wymagający stałej opieki i pielęgnacji. Warto przy tym zaznaczyć, że domy pomocy społecznej nie zatrudniają lekarzy. Brak pielęgniarzek, położnych i ratowników medycznych powoduje, że większość pracy nad mieszkańcami przeniesiona zostaje na barki opiekunów posiadających znacznie mniejsze uprawnienia. Sytuacja była szczególnie trudna w ciągu trwania pandemii Covid-19. W związku z ograniczeniem transmisji wirusa, pielęgniarki pracujące w różnych podmiotach musiały wybrać jedno miejsce zatrudnienia. Najczęściej zrezygnowały z pracy w domach pomocy społecznej, ponieważ placówki te oferowały zdecydowanie niższe zarobki. Na niektórych pracowników, posiadających wykształcenie pielęgniarckie, położnicze lub ratowniczo medyczne, lecz zatrudnionych w dps-ach na stanowisku opiekunów (co zdarza się często) wywierano wówczas presję, aby wykonywali czynności przypisane wyuczonym zawodom. Tymczasem zatrudnienie pielęgniarzek, położnych lub ratowników medycznych na stanowisku opiekunów nie upoważnia ich do wykonywania obowiązków swoistych dla tych zawodów.

Sytuacja ta zdecydowanie przekłada się na obniżenie standardów w zapewnieniu opieki pielęgnacji mieszkańców dps-ów. Obowiązkiem każdego społeczeństwa jest zapewnienie opieki osobom, które z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności nie mogą samodzielnie funkcjonować i nie mogą liczyć na pomoc bliskich. Odpowiedzią na ten problem są różne zinstytucjonalizowane formy pomocy, w tym przede wszystkim domy pomocy społecznej - najstarsza i najbardziej ugruntowana organizacyjnie forma opieki. W mojej ocenie konieczne jest zatem podjęcie działań przez Ministra Rodziny i Polityki Społecznej oraz przez Ministra Zdrowia zmierzających bezpośrednio do zmiany przepisów prawa, poprzez stworzenie zachęty dla specjalistów reprezentujących wskazane wyżej grupy zawodowe do podejmowania zatrudnienia w domach pomocy społecznej.

Z uwagi na powyższe, zwracam się do Pani Minister z prośbą o odniesienie się do opisanych problemów. Będę wdzięczny za powiadomienie mnie o stanowisku przyjętym przez Panią Minister w tej sprawie oraz o podjętych działaniach. Analogiczne pismo skierowałem również do Ministra Zdrowia.

*Z wyrazami szacunku*

Adam Bodnar  
Rzecznik Praw Obywatelskich  
/-podpisano elektronicznie/

Do wiadomości:

1) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

<sup>2</sup> Pismo Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 20.08.2020 r. do Józefy Szczurek-Żelazko, Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia [dostęp: <https://www.doipip.wroc.pl/download/nowy%20folder/Pismo%20NIPiP%20do%20M%20Sker%20Stanu.pdf>].

## **OBOWIĄZEK AKTUALIZOWANIA DANYCH W REJESTRZE OIPIP w LUBLINIE**

Działając w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie przypominam wszystkim członkom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych dotyczących min.:

zmiany nazwiska, zmiany adresu zamieszkania, zmiany miejsca pracy, ukończonego kształcenia podyplomowego, informacji o zaprzestaniu wykonywania zawodu, informacji o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu, informacji o przejściu na rentę, emeryturę, świadczenia emerytalne.

Pełny zakres danych podlegających obowiązkowi aktualizacji, o której mowa wyżej zawarty został w art.44 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. ( Dz. U. z 2020 r. poz. 562 z późn. zm.). Z kolei obowiązek aktualizacji danych nakłada na każdą pielęgniarkę i położną ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2019 r., poz.916 z późn. zm.) art. 11 ust.2 pkt. 5 oraz ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej art. 46. Wobec powyższego zmiany stanu faktycznego winny być bezzwłocznie zgłoszone do OIPIP w Lublinie w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Lublinie.

### **Aktualizacji danych możemy dokonać:**

osobiście w dziale prawa wykonywania zawodu OIPIP w Lublinie lub korespondencyjnie wysyłając stosowne dokumenty na adres biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Wnioski dotyczące aktualizacji danych, o których mowa wyżej wraz z wykazem dokumentów dostępne są na naszej stronie internetowej [www.oipip.lublin.pl](http://www.oipip.lublin.pl) w zakładce FORMULARZE DOKUMENTY, Prawo wykonywania zawodu.

Przewodniczący  
ORPIP w Lublinie  
(-) dr Andrzej Tytuła

### **Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy**

Mamy prawdziwą przyjemność zaprosić Państwa do uczestnictwa w spotkaniu naukowym kierowanym do pielęgniarek operacyjnych i anestezjologicznych pod tytułem:

## **V Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarstwa Operacyjnego w Onkologii „Pielęgniarstwo operacyjne w czasie pandemii – Zielona Wyspa Onkologii”**

Wydarzenie to będzie miało miejsce w dniach

**16-17 września 2021 r. w Poznaniu.**

Spotkanie jest organizowane przez Pielęgniarki i Położne Operacyjne Wielkopolskiego Centrum Onkologii, Zespół Pielęgniarek Operacyjnych OIPIP w Poznaniu oraz Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Chirurgii Małoinwazyjnej.

Podczas dwudniowej konferencji uczestnicy będą mogli wziąć udział w sesjach naukowych, warsztatach oraz zapoznać się z tym, co zmieniło naszą pracę w czasie długotrwałej pandemii, szczególnie w chirurgii onkologicznej.

Na V już Konferencji przedstawimy pracę pielęgniarek operacyjnych i anestezjologicznych w szczególnych warunkach pandemicznych. Poruszymy ważne tematy z zakresu chirurgii onkologicznej w kontekście odroczonej (przez brak dostępności pacjenta do lekarza) diagnozy onkologicznych i ich skutków operacyjnych, w różnych dziedzinach chirurgicznych. Nie zapomnimy również o nowościach, jakie na rynku pielęgniarstwa operacyjnego w onkologii wydarzyły się w minionym okresie.

Przedstawimy również zmiany, jakie weszły w życie w Prawie Zamówień Publicznych oraz nowości wdrażane w bieżącym roku w dziedzinie patomorfologii, a dotyczące bezpośrednio pracy pielęgniarki operacyjnej.

Konferencja będzie miała formułę hybrydową. Jeśli pozwolą na to warunki ogólne, to zaprosimy Państwa stacjonarnie do Poznania, jednocześnie proponujemy formułę on-line.

**Lista prelegentów nie jest jeszcze zamknięta. Zachęcamy do współpracy i dzielenia się własnymi doświadczeniami z Koleżankami i Kolegami z całej Polski.**

### **Zapraszamy do Poznania!**

Komitet Organizacyjny:

**Anna Czapla** – Wielkopolskie Centrum Onkologii, Poznań  
anna.czapla@wco.pl • tel. 604 799 823

**Jolanta Plens-Gałęska** – Szpital Św. Rodziny, Poznań  
jolapg@wp.pl • tel. 608 658 027

**Bartosz Kasznia** – Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Chirurgii Małoinwazyjnej  
kpowo@o2.pl • tel. 691 460 809

Koleżance

**Joannie Gąska**

wyrazy głębokiego współczucia i żalu  
z powodu śmierci

**MAMY**

składają

koleżanki z Bloku Operacyjnego SPZZOZ  
w Janowie Lubelskim

Koleżance

**Marii Kokoszka**

wyrazy głębokiego współczucia i żalu  
z powodu śmierci

**MAMY**

składają

koleżanki oddziałowe z SPZZOZ  
w Janowie Lubelskim

Koleżance

**Barbarze Szafran**

wyrazy głębokiego współczucia i żalu  
z powodu śmierci

**SIOSTRY**

składają

pracownicy oddziału Chirurgii SPZZOZ  
w Janowie Lubelskim

Pani

**Agnieszce Smolarz**

wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
z powodu śmierci

**MAMY**

składa

zespół pielęgniarski  
Kliniki Neurochirurgii Samodzielnego  
Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4  
w Lublinie

Pani

**Beacie Parzyszek**

wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
z powodu śmierci

**MAMY**

składa

zespół pielęgniarski  
Kliniki Neurochirurgii Samodzielnego  
Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4  
w Lublinie

Koleżance

**Agnieszce Wołosz**

wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
z powodu śmierci

**TEŚCIA**

składa

Naczelną Pielęgniarką wraz z Kierowniczą  
Kadrą Pielęgniarek i Położnych  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego  
w Lublinie

Drożej Koleżance

**Agnieszce Wołosz**

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia  
z powodu śmierci

**TEŚCIA**

składają

Pracownicy Oddziału Noworodków  
i Wcześnieaków Samodzielnego  
Publicznego Szpitala Wojewódzkiego  
im. Jana Bożego w Lublinie

Koleżance

**Agnieszce Romanek- Szyndler**

wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
z powodu śmierci

**TATY**

składa

Naczelną Pielęgniarką  
oraz zespoły Pielęgniarskie i Położnicze  
Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego  
w Lublinie

Wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
dla Pani

**Jolanty Tarczyńskiej**

pielęgniarki  
z powodu śmierci

**MAMY**

składają

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1  
w Bełżycach i Współpracownicy

Wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
dla Pani

**Lucyny Drobek**

pielęgniarki  
z powodu śmierci

**TEŚCIA**

składają

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1  
w Bełżycach i Współpracownicy

Wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
dla Pani

**Anny Kamińskiej**

pielęgniarki  
z powodu śmierci

**TEŚCIOWEJ**

składają

Dyrekcja Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej Nr 1  
w Bełżycach i Współpracownicy

Koleżance

**Henryce Lipskiej**

Wyrazy współczucia oraz słowa wsparcia  
i otuchy z powodu śmierci

**TEŚCIA**

składa

Zespół pracowników  
z Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznej i Pracowni Endoskopii Przewodu  
Pokarmowego Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie



## UWAGA BEZPŁATNE SPECJALIZACJE!

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie informuje, że planowane jest rozpoczęcie kształcenia w ramach specjalizacji finansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia:

1. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki dla pielęgniarek.
2. Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek.
3. Pielęgniarstwo internistyczne dla pielęgniarek.
4. Pielęgniarstwo onkologiczne dla pielęgniarek.
5. Pielęgniarstwo epidemiologiczne dla pielęgniarek i położnych.

Do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarki, które:

- 1) posiadają prawo wykonywania zawodu;
- 2) pracowały w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat;
- 3) zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

**Składanie wniosków i rekrutacja do udziału w specjalizacji prowadzone jest wyłącznie za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK).**

Przewodniczący  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Lublinie  
(-) dr n. med. Andrzej Tytuła



## Profil Zaufany (e-puap)

Profil zaufany to bezpłatny, elektroniczny podpis, dzięki któremu można załatwić urzędowe sprawy przez internet. Można założyć albo przez internet, albo w urzędzie (urzędzie skarbowym, oddziale NFZ lub ZUS). Profil zaufany ułatwia i usprawnia załatwienie wielu spraw urzędowych, między innymi związanymi z działalnością Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie. Pozwala m.in. szybko uzyskać potwierdzenie uprawnień w Systemie Monitorowania Kształcenia. Zachęcamy do szybkiej rejestracji.

### Jak założyć profil zaufany?

Profil zaufany od ręki można założyć (czyli potwierdzić swoją tożsamość bez wychodzenia z domu) przez bankowość elektroniczną. Należy kliknąć nazwę banku, zalogować się na swoje konto, znaleźć zakładkę e-urząd, wypełnić formularz zakładania profilu zaufanego i wysłać bezpośrednio z konta. Jeśli bank tego nie umożliwia, można złożyć wniosek przez internet, a potem potwierdzić go w punkcie potwierdzającym (punkty potwierdzające to urzędy skarbowe, oddziały NFZ, ZUS).

### Jak to zrobić?

Na stronie profilu zaufanego pz.gov.pl proszę wypełnić formularz i kliknąć „Zarejestruj się”, podpisać wniosek kodem, który będzie przesłany przez SMS, znaleźć najbliższy punkt potwierdzający i pójść potwierdzić wniosek. Jest na to 14 dni. Należy wziąć ze sobą dowód osobisty lub paszport. Profil zaufany jest ważny trzy lata. Można go sobie przedłużyć, nim minie ten termin. Jeśli nie zdążymy potwierdzić- potrzebny będzie nowy profil zaufany.

**Jeśli mamy kłopot z założeniem profilu zaufanego, można skontaktować się z centrum pomocy:**

**tel.(42) 253 54 50 (czynne od poniedziałku do piątku w godz. 7:00-18:00)  
lub e-mail: pz-pomoc@coi.gov.pl**

# PLAN SZKOLEŃ REALIZOWANYCH W OIPIP W LUBLINIE W II POŁOWIE 2021 ROKU\*\*

L.p.	Rodzaj kształcenia	Liczba edycji	Liczba uczestników jednej edycji	Planowane terminy realizacji
1.	Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne opiece w położnictwie i ginekologii <b>dla położnych *</b>	1	30 miejsc bezpłatnych	X 2021 r. – IV 2022 r.
2.	Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo operacyjne <b>dla położnych *</b>	1	30 miejsc bezpłatnych	X 2021 r. – IV 2022 r.
3.	Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo epidemiologiczne <b>dla pielęgniarek i położnych *</b>	1	25 miejsc bezpłatnych	VIII 2021 r. – II 2022 r.
4.	Kurs specjalistyczny Wywiad i badanie fizykalne *	1	30 miejsc bezpłatnych	XI 2021 r. – II 2022 r.
5.	Kurs specjalistyczny Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych *	2	2 x 35 miejsc bezpłatnych	IX 2021 r. – XII 2021 r. XI 2021 r. – II 2022 r.
6.	kurs specjalistyczny Szczepienia ochronne <b>dla pielęgniarek</b>	1	35 miejsc bezpłatnych	IX 2021 r. – XI 2021 r.
7.	Kurs specjalistyczny Resuscytacja krążeniowo-oddechowa *	2	2 x 35 miejsc bezpłatnych	IX 2021 r. – XII 2021 r. IX 2021 r. – XII 2022 r.
8.	Kurs specjalistyczny Leczenie ran <b>dla położnych *</b>	1	30 miejsc bezpłatnych	X 2021 r. – I 2022 r.
9.	Kurs specjalistyczny Leczenia ran <b>dla pielęgniarek *</b>	1	35 miejsc bezpłatnych	X 2021 r. – I 2022 r.
10.	Kurs specjalistyczny Wykonanie badania spirometrycznego *	1	35 miejsc bezpłatnych	X 2021 r. – XII 2021 r.
11.	Kurs specjalistyczny Edukator w cukrzycy *	1	35 miejsc bezpłatnych	XI 2021 r. – II 2022 r.
12.	Kurs specjalistyczny Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów	1	35 miejsc pełnopłatnych	IX 2021 r. – X 2021 r.
13.	Kurs specjalistyczny Terapia bólu ostrego u dorosłych	1	35 miejsc pełnopłatnych	IX 2021 r. – X 2021 r.
14.	Kurs specjalistyczny Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu	1	35 miejsc pełnopłatnych	IX 2021 r. – X 2021 r.

\* pielęgniarki i położne uczestniczące w kształceniu podyplomowym organizowanym przez innych organizatorów niż OIPIP w Lublinie nie mogą ubiegać się o dofinansowanie kosztów kształcenia, jeżeli szkolenie, w którym uczestniczyły było ujęte w „Planie bezpłatnych szkoleń OIPIP w Lublinie” przyjętym na dany rok kalendarzowy.

\*\* Uwaga: plan szkoleń może ulec zmianie.

# Teleplatforma Pierwszego Kontakt

TPK

## 800 137 200



### Jeśli...

Twój POZ zakończył już pracę, a jest:

- ▶ **PONIEDZIAŁEK - PIĄTEK** (między 18:00 a 8:00),
- ▶ **SOBOTA, NIEDZIELA, LUB INNY DZIEŃ WOLNY OD PRACY.**

### A Ty...

- ▶ nagle chorujesz,
- ▶ potrzebujesz porady medycznej, ale Twój stan zdrowia nie zagraża życiu.

### Skorzystaj z...

Teleplatformy Pierwszego Kontakt  
od NFZ bez wychodzenia z domu.

Zadzwoń pod numer  
**800 137 200\***

\*połączenie bezpłatne

### Otrzymasz przez telefon:

- ▶ profesjonalną poradę medyczną pielęgniarki, położnej lub lekarza.

Zapisz numer  
**800 137 200**  
i dowiedz się więcej na:  
**www.nfz.gov.pl**

Bezpłatna i fachowa porada jest dostępna w Polsce, w czterech językach:

- ▶ polskim,
- ▶ angielskim,
- ▶ rosyjskim,
- ▶ ukraińskim.

Z Teleplatformy Pierwszego Kontakt  
mogą korzystać osoby niesłyszące.

ZESKANUJ KOD



Ministerstwo Zdrowia



Narodowy Fundusz Zdrowia