

# NASZ



# GŁOS

6/XI-XII/2020





Warszawa, 11 grudnia 2020 r.

Pan  
**Mateusz Morawiecki**  
Prezes Rady Ministrów

My, polskie Pielęgniarki i Położne walczymy o zdrowie i życie Pacjentów. Dlatego nie możemy i nie będziemy milczeć wobec bezprawia, chaosu, propagandy i braku szacunku dla słabszych.

Domagamy się gwarancji bezpiecznych warunków opieki nad pacjentem.

Protestujemy przeciwko wprowadzaniem bez konsultacji i wbrew środowisku pielęgniarek i położnych przepisów, które stwarzają ogromne zagrożenie dla zdrowia pacjentów.

Nie zgadzamy się na nierówne traktowanie i konfliktowanie Koleżanek i Kolegów, walczących z pandemią Covid-19, ryzykujących własnym zdrowiem i życiem dla dobra pacjenta.

Nie akceptujemy niewykorzystania w pełni potencjału polskich pielęgniarek i położnych oraz zaniżania ich kompetencji. Uważamy, że każdy Polak ma prawo do opieki medycznej na wysokim poziomie.

Przedstawiliśmy Rządowi i Parlamentowi szczegółowe, merytoryczne propozycje gotowych rozwiązań. Pozostały one bez jakiegokolwiek odpowiedzi.

Wspólne stanowisko zostało również zignorowane przez Ministra Zdrowia.

Dlatego, występując w imieniu organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne, oczekujemy pilnego spotkania Premiera z przedstawicielami naszego środowiska.

Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik

Prezes NRPIP

Zofia Małas

Przewodnicząca ZK OZZPiP

Krytyna Ptok

Prezes ZG PTP

Beata Pięta

# KOMUNIKAT

Uprzejmie informuję, że

**w dniach 24 i 31 grudnia 2020 r.**

biuro Okręgowej Izby

Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

będzie nieczynne.

Za utrudnienia przepraszamy.

Przewodniczący ORPiP w Lublinie

(-) Andrzej Tytuła

## ■ 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

## ■ Sekretarz 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. 14.00 – 16.00

## ■ 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.

okładka: Punktgraf II (wykorzystano zdjęcie Jill Wellington z portalu Pixabay)

## W numerze:

### Choroby zawodowe pracowników ochrony zdrowia

Za chorobę zawodową, zgodnie z art. 2351 kodeksu pracy, uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy. Chorobami zawodowymi uprawniającymi do świadczeń przewidzianych w ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. Z 2019r, poz. 1205), są choroby wskazane w wykazie, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych, szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy (Dz. U. Z 2013r, poz. 1367).

*Czytaj na str. 9*

### Procedury stwierdzenia choroby zawodowej

Zgodnie z treścią art. 235<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 – Kodeksu pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320), za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

W załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1367) w punkcie 26 wymieniono choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

*Czytaj na str. 10*

### PORADNIK dotyczący zmian prawnych, związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej

29 listopada 2020 r. weszły w życie nowe regulacje prawne istotne dla pielęgniarek i położnych. Zostały one wprowadzone przez dwie ustawy: ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2112) i ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2113).

Pierwsza z nich wprowadziła, dla niemal wszystkich zaangażowanych w walkę z epidemią, dodatek 100% do wynagrodzenia. Druga z nich ograniczyła tę podwyżkę do skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej (ad. VI). Aktualne pozostały podwyżki wprowadzone poleceniami Ministra Zdrowia (ad. VII).

*Czytaj na str. 13*

## spis treści:

Głos przewodniczącego	str. 4
List otwarty Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do Pacjentów oraz Członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych	str. 5
Gratulacje	str. 6
Sylwetki	str. 7
Porady prawne	str. 9
Z prac NRPIP	str. 18
Z prac OZZPiP	str. 33
Nekrologii	str. 37

**Drogie Koleżanki, Koledzy**

Wydawałoby się, że pandemia 2020 zatrzymała na chwilę tryby dotychczas nam znanej rzeczywistości i skłoniła nas wszystkich do refleksji. Jeszcze raz podkreślę „wydawałoby się”. Mijający rok był wbrew pozorom okresem bardzo intensywnej i niebawale trudnej pracy wszystkich pracowników medycznych, w szczególności jednak pielęgniarek i położnych. Odległa rzeczywistość, która dotychczas jawiła nam się jako scenariusz filmów science fiction stała się naszym niekwestionowanym udziałem i faktycznie skłonić winna nas do refleksji, co tak naprawdę w życiu jest istotne. My pielęgniarze, pielęgniarki, położne nie powinniśmy mieć żadnych wątpliwości z udzieleniem odpowiedzi na to pytanie. Dla nas istotny jest profesjonalizm, godne wynagrodzenie, bezpieczne warunki pracy, szeroko rozumiane poszanowanie etc. ale czy to wszystko? Równie istotne powinny być zachowania etyczne, szacunek do każdego człowieka, jasność wypowiedzi i gotowość do wzięcia odpowiedzialności za słowa i czyny, a przede wszystkim, biorąc pod uwagę istotę naszych zawodów, drugi człowiek, Jego dobro, szeroko pojęta empatia, dzielenie się sobą, bo czyż żyjemy tylko dla siebie samych? Tymczasem obdarowujemy się zachowaniami, słowami, emocjami, które ranią nas nawzajem... Kochani czy w życiu zawodowym, samorządowym i osobistym chodzi o odreagowywanie negatywnych emocji na drugim człowieku, czy cho-



dzi o bezkrytyczny stosunek do samych siebie, czy fala hejtu, która zalewa internet, media społecznościowe, zamieszczanie tak egzotycznie brzmiących fake news zabierających innym godność jest tym na co powinniśmy tracić swój cenny czas? Absolutnie nie generalizuję tego typu zachowań, piszę o nich z tego względu, że ich skala i siła są zatrważające, niszcząc innych niszczymy samych siebie. Odnieście się w chwili refleksji obiektywnie do tych słów i zdecydujcie czy taką rzeczywistość w tych trudnych czasach chcemy kreować? Pielęgniarstwo i położnictwo to również, a może przede wszystkim, w tych czasach zawody dla wybranych, nietuzinkowych, odważnych osób, kobiet i mężczyzn, którzy jako dobrze wykształceni profesjonalisci nie zapominają o tym co w dzisiejszych czasach wydaje się takie niemodne, takie XIX wieczne: empatia, etyka, szacunek, godność osobista, a w konsekwencji zawodowa. Pielęgniarki i położne są wolne od podziałów, ocen, wybiórczego działania, nieuczciwości, są Aniołami, są piękne pięknem wewnętrznym, mądre i dobre, gotowe do poświęceń zostawiając za drzwiami szpitala swoje życie osobiste i koncentrując się na dobrze wykonanej pracy i takie postawy również miałem przyjemność obserwować w tym trudnym czasie pandemii. Jesteśmy w przede dniu nowego roku, to dobry czas na refleksję i decyzje tym bardziej, że nie wiemy co przyniesie nam życie, nadchodzące dni i lata. Odnosząc się do pracy samorządu zawodowego w okresie ostatnich kilku miesięcy chciałbym powiedzieć, że na miarę naszych możliwości podejmowaliśmy działania, które miały przynieść konkretne wsparcie, a mia-

nowicie uruchomiliśmy dla Was wypłaty świadczeń z tytułu COVID -19, wyposażaliśmy duże i małe podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe prowadzone przez pielęgniarki i położne w środki ochrony osobistej, płyny dezynfekcyjne, wspieraliśmy rzeczowo koleżanki i kolegów przebywających w izolatoriach, aktywnie uczestniczyliśmy w zgłaszaniu uwag do nowelizowanych aktów prawnych, których propozycje zapisów uważaliśmy za krzywdzące czy nie merytoryczne, uruchomiliśmy całotygodniowe bezpłatne porady prawne dla naszych członków realizując przy tym wszystkie dotychczasowe ustawowe zadania, nie skorzystaliśmy tak jak inne podmioty z możliwości pracy zdalnej, jesteśmy dla Was jak dotychczas pięć dni w tygodniu.

Kochani w tym trudnym dla nas wszystkich i jakże nietypowym okresie pamiętajmy kim jesteśmy, wymagajmy od siebie i doceniajmy siebie nawzajem, bądźmy dla siebie i naszych zagubionych podopiecznych wsparciem, ceńmy drobne gesty i sytuacje, które są dla nas oddechem, inicjujmy je, uczmy się ich nawzajem odrzucając złość, frustrację, lęk, negację. Jesteście wyjątkowi, Jesteście Pielęgniarkami, Pielęgniarkami i Położnymi, niesiecie dobro, ukojenie, radość, służycie życiu, człowiek jest Waszym centrum działania. Pamiętajcie o tym w każdym dniu kończącego się i nadchodzącego, nowego roku. Spędźcie tego roczne święta w duchu miłości i wdzięczności, spokojnie i zdrowo.

**Z życzeniami zdrowia i wytrwałości  
Andrzej Tytuła  
Przewodniczący ORPiP w Lublinie**

*Zaduma nad tajemnicą wiary  
i Narodzenia Boga-Człowieka,  
nadzieja lepszego jutra,  
rozświetlana blaskiem Betlejemskiej Nocy,  
wiara w spełnienie pragnień w nadchodzącym  
2021 Roku, niech towarzyszą obchodzeniu  
Świąt Bożego Narodzenia.  
W imieniu Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Lublinie  
i własnym składam serdeczne życzenia  
zdrowia i szczęścia.  
Nowy Rok niech przyniesie  
pomyślność w życiu osobistym i zawodowym.  
Przewodniczący Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Lublinie  
mgr Andrzej Tytuła*

## **List otwarty**

### **Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

### **do Pacjentów oraz Członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych**

*Szanowni Pacjenci, Drogie Koleżanki i Koledzy,*

dobro pacjenta, zawsze było, jest i będzie dla polskich pielęgniarek i położnych najwyższym nakazem etycznym i prawnym. Wykwalifikowane kadry pielęgniarek i położnych to bezpieczeństwo pacjenta i prawidłowy proces diagnostyczny, leczniczy, pielęgnacyjny i rehabilitacyjny.

Z przykrością musimy stwierdzić, że ustawodawca nie podziela tego najważniejszego, fundamentalnego założenia dla systemu ochrony zdrowia. W dobie epidemii, narastającego kryzysu w dostępie do opieki zdrowotnej przygotowuje nam rewolucyjną deformację w zakresie statusu i prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w Rzeczypospolitej Polskiej, polegającą na wprowadzeniu do systemu opieki zdrowotnej niewykwalifikowanych kadr medycznych spoza Unii Europejskiej.

Przygotowane rozwiązania prawne w poselskim projekcie ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych – (druk 763, 776 i 776A) nie zawierają gwarancji ochrony interesu publicznego, jakim jest ochrona najwyższych wartości – zdrowia i życia obywateli naszego kraju.

Dotychczas osoby przybywające do Polski spoza UE odpowiadały standardom zawodowym polskim pielęgniarkom i położnym. Dbaliśmy o to, jako samorząd zawodów zaufania publicznego. Dlatego absolutnie nie możemy zgodzić się z ustawodawcą, który planuje umożliwić dostęp do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej – osobom spoza UE niezwyfikowanym właściwie pod względem formalnym i merytorycznym.

Ustawodawca podjął bowiem decyzję o pozyskiwaniu i zatrudnianiu w polskich podmiotach leczniczych kadr spoza państw UE, na równorzędnych stanowiskach do polskich pielęgniarek i położnych – choć ma wiedzę, iż osoby te zarówno pod względem przygotowania zawodowego, jak i pod względem doświadczenia praktycznego – nie spełniają standardów kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, nie posiadają uprawnień do samodzielnego wykonywania specjalistycznych czynności medycznych oraz nie znają uwarunkowań organizacyjno-prawnych oraz etycznych wykonywania zawodu w Polsce.

Ustawodawca nie wymaga od pielęgniarek i położnych spoza UE nawet poświadczenia dyplomu, na podstawie których mają opiekować się pacjentami w Polsce. Nikt nie będzie wnikliwie weryfikował tych dyplomów i sprawdzał ich autentyczności.

Nie wymaga się od tych osób żadnego egzaminu w zakresie znajomości języka polskiego, nawet na podstawowym poziomie. Jak pacjent ma się komunikować z pielęgniarką czy położną, która nie zna języka polskiego?

Projektodawca ma pełną świadomość słabości własnego pomysłu, że ww. kadry nie będą przydatne do wszystkich czynności zawodowych, bo zamierza ograniczyć prawo wykonywania zawodu do określonego zakresu czynności zawodowych. Nie określa jednak tych czynności, przerzucając jednocześnie ciężar odpowiedzialności na podmioty lecznicze, które będą te osoby zatrudniać.

Ustawodawca zakłada w projekcie, że konieczny będzie trwający rok nadzór nad niewykwalifikowanym personelem. Dla polskich pielęgniarek i położnych to dodatkowy obowiązek i odpowiedzialność. Zamiast zajmować się pacjentem, nasze pielęgniarki i położne staną się dla niezwyfikowanych cudzoziemców „nauczycielami”.

Nowe przepisy wprost burzą dotychczasowy model postępowania wobec osób spoza UE ubiegających się o pracę w naszym systemie opieki zdrowotnej, który dotychczas opierał się na szczegółowym sprawdzeniu i potwierdzeniu posiadanych kwalifikacji zawodowych, znajomości języka polskiego, postawy etycznej, zaświadczenia o niekaralności oraz potwierdzania wykonywania zawodu na terenie swojego kraju.

Projektodawca ma świadomość powyżej wskazanych wątpliwości i przyjmuje możliwość, że ww. pielęgniarki i położne spoza UE mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów, bo przewiduje osobną procedurę pozbawienia ich prawa wykonywania zawodu w Polsce, jeśli takie zagrożenie stworzą. Czy ustawodawca zatem świadomie podejmuje decyzję o narażeniu pacjentów na tak ogromne ryzyko? Pytamy zatem – kto ma ponieść odpowiedzialność przed pacjentami, ich rodzinami i całym społeczeństwem?

Dotychczas postępowanie o przyznanie prawa wykonywania zawodów medycznych dla osób spoza UE prowadziły organy samorządu zawodowego. Teraz ma ich „wyręczyć” Minister Zdrowia decyzją administracyjną. Organy samorządowe mają tylko potwierdzić decyzję Ministra Zdrowia i wydać dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu cudzoziemcowi bez rzetelnego wykazywania spełnienia wymaganych przesłanek.

Projektodawca nie uzasadnia potrzeb danymi, które wskazywałyby na przyjęcie w obecnej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej tak radykalnego i bardzo niebezpiecznego dla polskiego pacjenta rozwiązania. Nie dostarcza tych danych, bo liczb na poparcie projektu nie ma. Wprowadzenie powyższych regulacji nie jest rozwiązaniem tymczasowym, spowodowanym potrzebami wynikającymi z pandemii – będzie obowiązywać również po epidemii.

Zachęcanie do przyjazdu cudzoziemców spoza UE ma sugerować, że wszystkie polskie pielęgniarki i położne znalazły już zatrudnienie i polskie kadry zostały wyczerpane, a potrzeby społeczne są niezaspokojone. Tymczasem tak nie jest. W roku bieżącym Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych wydały 5331 praw wykonywania zawodu, w tym zatrudnienia w opiece zdrowotnej nie znalazło ponad 70% osób.

Na dzień dzisiejszy nie znajdujemy, żadnego uzasadnienia dla przyjmowania tak ryzykownych rozwiązań w zakresie niezwyfikowanych kadr medycznych spoza UE.

W naszej ocenie w pierwszej kolejności trzeba dokonać właściwej alokacji zasobów kadrowych, w posiadaniu których jest polski rynek, stworzenie bezpiecznych warunków pracy i płacy dla polskich pielęgniarek a w ostateczności sięganie po kadry medyczne spoza UE.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych będzie kontynuował działania na rzecz doprowadzenia do rezygnacji ustawodawcy z pomysłu dopuszczenia do wykonywania tych dwóch zawodów przez osoby o niezwyfikowanych kwalifikacjach zawodowych, i nie spełniających szeregu innych dotychczasowych warunków, których wymaga się od polskich pielęgniarek i położnych.

Z wyrazami szacunku i  
nadzieją na głos rozsądku



## Nowy Archidiecezalny Duszpasterz Służby Zdrowia

Ks. Paweł Jędrzejewski

Urodziłem się 4 listopada 1980 roku w Puławach. Pierwsze lata życia spędziłem na Kujawach, skąd pochodzi mój tato Krystian. W 1983 roku rodzina powiększyła się o drugie dziecko – mojego brata Rafała. Zanim rozpocząłem edukację, przeprowadziliśmy się do Nałęczowa, do rodzinnego domu mojej mamy Bożeny. W 1987 roku przysłała na świat moja siostra Anna. W Nałęczowie uczęszczałem do szkoły podstawowej i liceum ogólnokształcącego. W 1999 roku zdałem maturę i wstąpiłem do Metropolitalnego Seminarium Duchownego w Lublinie. W 2005 roku zakończyłem studia magisterskie z teologii i otrzymałem święcenia kapłańskie. Pierwszą placówką posługi była parafia pw. Ducha Świętego w Chełmie. Z sentymentem wspominam proboszcza i budowniczego, już śp. ks. Mariana Wysockiego – człowieka niezwykle wrażliwego,

który pomimo dotkliwej choroby krtani dawał piękny przykład ojcowskiej troski o wiernych. W pierwszej parafii prowadziłem ministrantów i lektorów, przygotowywałem dzieci do Pierwszej Komunii św., opiekowałem się małżeństwami zrzyszonymi w ramach wspólnoty Kościoła Domowego. Odwiedzałem też bezdomnych w schronisku Brata Alberta, które leżało na terenie naszej parafii. Po 6 latach zostałem skierowany do posługi kapelana szpitalnego w SPSK Nr1 w Lublinie. W Kościele Rektoralnym pw. Niepokalanego Poczęcia NMP, pełniąc funkcję kaplicy szpitalnej, oprócz nabożeństw w języku polskim sprawuję także Msze w Nadzwyczajnej Formie Rytu Rzymskiego (tzw. trydenckie po łacinie), a także przez 7 lat celebrowałem Msze dla osób angielskojęzycznych, głównie studentów zagranicznych. Wspólna modlitwa i spotkania przy herbacie sprzyjały powstaniu więzi przyjacielskich, a nawet zrodzeniu miłości i kilku małżeństw, które błogosławiłem. W tamtym czasie sprawowałem opiekę duchową nad osobami niepełnosprawnymi z Katolickiego Stowarzyszenia Niepełnosprawnych „Siloe”, które dzięki pomocy wolontariuszy regularnie spotykały się w naszym kościele rektoralnym. Ostatnie 2 lata byłem zaangażowany w duszpasterstwo honorowych dawców krwi, a w tym roku 18 października otrzymałem nominację na duszpasterza Służby Zdrowia Archidiecezji Lubelskiej.

Obecna pandemia to trudny czas dla Służby Zdrowia nie tylko do pracy, ale i integracji środowiska, i podtrzymywania kontaktów i spotkań. Dlatego na obecną chwilę przesyłam serdeczne pozdrowienia dla wszystkich Pań Pielęgniarek i Położnych i Panów Pielęgniarzy i jako nowy duszpasterz chylę czoła przed Waszym zaangażowaniem i poświęceniem na rzecz chorych. Ostatnio utkwiły mi słowa jednego z pacjentów szpitala, w którym jestem kapelanem. Człowiek ów kończąc terapię stwierdził z uznaniem, że pod fartuchami ochronnymi panie pielęgniarki ukrywają skrzydła anielskie. Słyszac takie słowa serce rośnie.

Serdecznie zapraszam Was do odwiedzenia Kościoła Rektoralnego pw. Niepokalanego Poczęcia NMP w Lublinie przy ul. Staszica 16a, gdzie obecne są relikwie Waszej patronki – bł. Hanny Chrzanowskiej. Dedykuję Wam myśl świętej pielęgniarki: „Wycofać siebie, puścić się na szerokie wody miłości, nie z zacisniętymi zębami, nie dla umarwienia, nie dla przymusu, nie traktować chorego jako „drabiny do nieba”. Chyba tylko wtedy, kiedy jesteśmy wolne od siebie, naprawdę służymy Chrystusowi w chorych”.

Z modlitwą i błogosławieństwem  
ks. Paweł Jędrzejewski

## ks. mgr Paweł Jędrzejewski

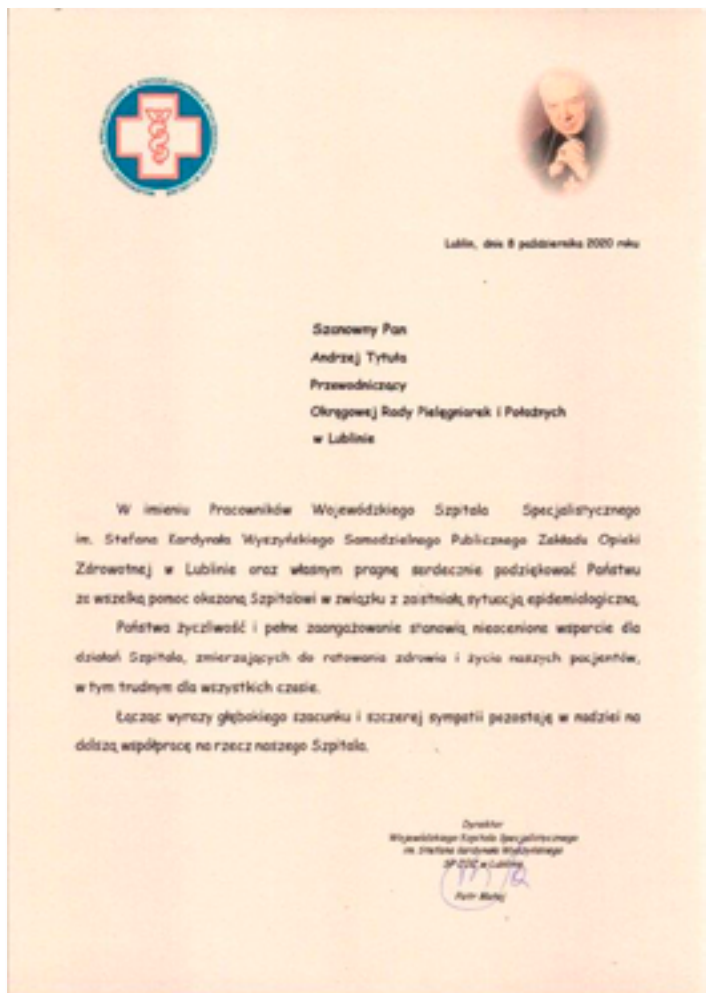
Duszpasterz Służby Zdrowia  
Archidiecezji Lubelskiej

*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie serdeczne gratuluję Księdzu objęcia funkcji Duszpasterza Służby Zdrowia Archidiecezji Lubelskiej.*

*Z tej okazji składam Księdzu z serca płynące życzenia obfitości Łask Bożych oraz opieki Najświętszej Maryi Panny – Matki każdego kapłana.*

*Życzę Księdzu, aby sprawowana funkcja była źródłem satysfakcji wypływającej z poczucia dobrze wypełnianych obowiązków, codzienności napełnianej duchem staranności, wierności i miłości.*

Przewodniczący ORPiP w Lublinie  
(-) Andrzej Tytuła





## Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

# Anna Bernaszuk

mgr pielęgniarstwa, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Kierownik Działu Nadzoru Sanitarno – Epidemiologicznego

Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

Pielęgniarka epidemiologiczna Okulistyka S.C.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa lubelskiego drugiej kadencji, została powołana przez Wojewodę Lubelskiego Lecha Sprawkę z dniem 15 października 2020 roku.

Absolwentka Akademii Medycznej w Lublinie Wydział Pielęgniarski oraz Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie, Studia podyplomowe „Zarządzanie Zakładami Opieki Zdrowotnej i Administracji Zdrowiem Publicznym”.

Staż pracy w zawodzie 26 lat, pierwsza praca w Spec. ZOZ w Tuszynie k / Łodzi – Oddział Chirurgii Ogólnej. Od 1995 roku pracuje w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie, od 2006 roku na stanowisku Kierownik Działu Nadzoru Sanitarno – Epidemiologicznego.

Delegat na zjazd IV kadencji OIPIP w Lublinie, bierze czynny udział w pracach różnych komisji: 2001 – 2003 r. Komisji ds. Jakości Opieki, od 2008 r. przewodnicząca, wiceprzewodnicząca, sekretarz Komisji ds. Epidemiologii (była jednym z inicjatorów utworzenia w 2008 r. Komisji ds. Epidemiologii działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie).

Od 19 lat związana zawodowo z kontrolą zakażeń szpitalnych.

Członek Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Przygotowuje i prezentuje osiągnięcia SPSK nr 4 w dziedzinie kontroli zakażeń na zjazdach i publikuje w biuletynie branżowym. Wykładowca, opiekun stażów na kursach i specjalizacjach w różnych dziedzinach pielęgniarstwa – moduł zakażenia szpitalne.

Organizator i wykładowca szkoleń i konferencji zarówno dla pracowników SPSK nr 4 jak i w ramach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, OIPIP w Lublinie, OIPIP w Zamościu.

Współinicjator i organizator spotkań pielęgniarek epidemiologicznych województwa lubelskiego, odbywających się regularnie od 2002 roku. Wspiera i służy doświadczeniem zawodowym i radą pielęgniarkom / położnym epidemiologicznym województwa lubelskiego.

Chętnie podejmuje działania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa epidemiologicznego, inicjuje i bierze udział w tworzeniu rozwiązań w zakresie profilaktyki i zwalczania zakażeń szpitalnych oraz integracji i reprezentowania interesów środowiska.

W 2014 roku wyróżniona odznaką honorową Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia”.

W 2019 otrzymała brązowe odznaczenie za zasługi dla samorządu pielęgniarek i położnych przyznane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych

Zainteresowania to dobra książka, turystyka, dziewiarstwo artystyczne.

Dziedzina, którą reprezentuję, a mianowicie pielęgniarstwo epidemiologiczne jest niszą nie cieszącą się dużym zainteresowaniem wśród młodych pielęgniarek / położnych. Obecny stan epidemii w aż nazbyt jaskrawy sposób pokazał, jak bardzo specjalista ds. epidemiologii jest potrzebny w placówkach medycznych.

Praca pielęgniarki / położnej epidemiologicznej jeszcze przed wybuchem epidemii nie należała do łatwych i nie cieszyła się dużą popularnością wśród młodych pielęgniarek / położnych.

Pielęgniarka / położna epidemiologiczna nie jest wskazywana jako osoba z „pierwszej linii” zwalczania epidemii, jednak pragnę podkreślić rolę moich koleżanek w jednostkach szpitalnych, opracowanie procedur, wytycznych, instrukcji, wskazywanie środków ochronnych, barierowych środków, organizowanie obszarów „czerwonych”, służ dla pracowników, stref zielonych dla pracowników, śledzenie najnowszych wytycznych, pomoc w interpretacji zapisów prawnych, te wszystkie działania są właśnie realizowane przez pielęgniarki / położne wchodzące w skład zespołów kontroli zakażeń.

W obecnej sytuacji epidemiologicznej wiele z nas udziela szeregu porad dla pracowników szpitali, w których pracujemy, dotyczą one spraw nie tylko związanych z pracą, ale i prywatnych, rodzinnych – co mam zrobić, jeżeli u dziecka podejrzewam zachorowanie, gdzie się udać na badanie, ile wyniesie kwarantanna, czy zostaną objęta / objęty kwarantanną, czy izolacją, w jaki sposób będzie usprawiedliwiona nieobecność w pracy, czy muszę iść na kwarantannę, co to jest „kontakt narażający”, czy wystarczy maseczka chirurgiczna, jak postępować z odzieżą roboczą, co z odpadami, jak postąpić po zgonie pacjenta zakażonego, z rzeczami pacjenta, jak przekazywać dokumentację medyczną, czy jestem bezpieczna / bezpieczny, gdzie mam zadzwonić w sprawie izolacji czy kwarantanny itd. – to tylko nieliczne pytania kierowane do specjalisty ds. epidemiologii. Nie jest rzadkością również praca po godzinach, pod telefonem, w dni wolne, świąteczne. Ogrom włożonego wysiłku i czasu własnego moich koleżanek jest niestety wartością nieprzeliczalną w konkretne nadgodziny czy bezpośrednie świadczenie opieki nad pacjentem zakażonym, nad czym ubolewam.

Pragnę jednak podkreślić, że dziedzina pielęgniarstwa epidemiologicznego jest ciekawą, ciągle rozwijającą się specjalnością i przynosi dużo satysfakcji.

Kontakt: SPSK Nr 4

ul. Jaczewskiego 8, 20-090 Lublin

tel. 502 522 735; mail: anber@op.pl



## Konsultant wojewódzki w dziedzinach pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego

### mgr Joanna Borzęcka

spec. piel. operacyjnego

Pielęgniarka operacyjna zatrudniona w Bloku Operacyjnym SPSzW im. Jana Bożego w Lublinie, lokalizacja ul. Herberta 21.

Absolwent UMSC kierunku socjologia, podyplomowe studia przygotowania pedagogicznego (KUL). Przewodnicząca Komisji ds. pielęgniarstwa operacyjnego przy OIPiP w Lublinie, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek, koordynator prac i główny autor „Ogólnych standardów pielęgniarstwa klinicznego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego”, współautor publikacji zwartych „Bezpieczna praktyka pielęgniarki operacyjnej”(2019) oraz „Blok operacyjny XXI wieku – organizacja i funkcjonowanie” (2020), autor artykułów i wystąpień na konferencjach krajowych i międzynarodowych, współpracowała z MZ i GIS w zakresie opracowania zaleceń dla pielęgniarek operacyjnych pracujących przy operacjach z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS- CoV-2. Zaangażowana w proces kształcenia pielęgniarek, zarówno przeddyplomowego (WSEI), jak i podyplomowego – kursy kwalifikacyjne i specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego (wykłady i opiekun staży).

#### Dane do kontaktu:

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im J. Bożego w Lublinie  
ul. Biernackiego 9, 20-098 Lublin  
tel. 693 556 717  
mail: joannaborzecka-1@tlen.pl



## Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

### mgr Hanna Kłopotek

Specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa w anestezjologii i intensywnej terapii, absolwentka UMCS Wydziału Pedagogiki i Psychologii. Pracę zawodową rozpoczęła jako pielęgniarka w Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie. Obecnie związana zawodowo jest z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 1 z Kliniką Psychiatrii, w której pracowała na stanowisku pielęgniarki, z-cy pielęgniarki oddziałowej, pielęgniarki oddziałowej oraz Kierownika Personelu Pielęgniarskiego. W latach 2015-2020 Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego. Jest członkiem Wojewódzkiej Rady ds. Potrzeb Zdrowotnych dla województwa lubelskiego oraz członkiem zespołu roboczego ds. zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży przy Ministrze Zdrowia.

#### Kontakt:

I Klinika Psychiatrii  
Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży  
ul. Głuska 1  
Tel. 600852667



# Choroby zawodowe pracowników ochrony zdrowia

Za chorobę zawodową, zgodnie z art. 2351 kodeksu pracy, uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy.

Chorobami zawodowymi uprawniającymi do świadczeń przewidzianych w ustawie z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. Z 2019r, poz. 1205), są choroby wskazane w wykazie, stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych, szczególnych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy (Dz. U. Z 2013r, poz. 1367). Choroba zawodowa musi wykazywać związek przyczynowy z wykonywaną pracą, a konkretnie z jej warunkami i rodzajem, ponieważ to z nimi właściwie wiąże się ewentualne uszkodzenie na zdrowiu. Zgodnie z art. 235 kodeksu pracy, rozpoznanie choroby zawodowej u pracownika lub byłego pracownika, może nastąpić w okresie jego zatrudnienia albo po zakończeniu pracy w takim narażeniu, pod warunkiem wystąpienia udokumentowanych objawów chorobowych w okresie ustalonym w wykazie chorób zawodowych.

## Procedura uznania choroby za zawodową

Zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej może dokonać:

- pracodawca;
- lekarz podmiotu właściwego do rozpoznania choroby zawodowej;
- pracownik lub były pracownik.

Podejrzenie choroby zawodowej zgłasza się:

- właściwemu państwowemu inspektorowi sanitarnemu,
- właściwemu okręgowemu inspektorowi pracy.

Właściwość tych organów ustala się według miejsca, w którym praca jest lub była wykonywana przez pracownika lub według krajowej siedziby pracodawcy, w przypadku gdy dokumentacja dotycząca narażenia zawodowego jest gromadzona w tej siedzibie.

Organ pierwszego stopnia, którym jest lekarz pracujący w pewnych jednostkach rozpoznających rozszczenie o uznanie schorzenia za chorobę zawodową ustala, czy choroba stwierdzona u pracownika jest wymieniona w wykazie chorób zawodowych.

Lekarz, wydaje orzeczenie lekarskie o rozpoznaniu choroby zawodowej lub o braku podstaw do rozpoznania choroby zawodowej na podstawie wyników przeprowadzonych badań lekarskich i pomocniczych, dokumentacji medycznej pracownika, dokumentacji przebiegu zatrudnienia oraz oceny narażenia zawodowego.

Wspomniane jednostki organizacyjne, po dokonaniu oceny stanu zdrowia badanego, przesyłają orzeczenie lekarskie w sprawie nie rozpoznania choroby zawodowej wraz z posiadaną niezbędną dokumentacją jednostce orzeczniczej drugiego stopnia na wniosek pracownika o dokonanie ponownego badania. Decyzję podejmuje pracujący tam lekarz. Podjęte w ten sposób orzeczenie przedstawiane jest państwowemu inspektorowi sanitarnemu. Na podstawie tego orzeczenia właściwy ze względu na siedzibę zakładu pracy inspektor sanitarny wydaje decyzję o stwierdzeniu choroby zawodowej lub decyzję o braku podstaw do jej stwierdzenia. Decyzja ta podlega zaskarżeniu do właściwego wojewódzkiego inspektora sanitarnego. Istnieje również możliwość skargi do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

I tak jednostkami orzeczniczymi I stopnia są:

- 1) poradnie i oddziały chorób zawodowych wojewódzkich ośrodków medycyny pracy;
- 2) katedry, poradnie i kliniki chorób zawodowych akademii medycznych;
- 3) przychodnie i oddziały chorób zakaźnych poziomu wojewódzkiego - w zakresie chorób zawodowych zakaźnych i inwazyjnych;
- 4) jednostki organizacyjne zakładów opieki zdrowotnej, w których nastąpiła hospitalizacja - w zakresie rozpoznawania chorób zawodowych u pracowników hospitalizowanych z powodu wystąpienia ostrych objawów choroby.

Jednostkami orzeczniczymi II stopnia są:

- 1) przychodnie, oddziały i kliniki chorób zawodowych jednostek badawczo-rozwojowych w dziedzinie medycyny pracy;
- 2) katedry, poradnie i kliniki chorób zakaźnych i inwazyjnych akademii medycznych, a w odniesieniu do gruźlicy także jednostki badawczo-rozwojowe prowadzące rozpoznawanie i leczenie gruźlicy.

Zakład pracy nie jest uprawniony do oceny, czy dane schorzenie jest, czy też nie jest chorobą zawodową.

## Choroby zawodowe w ochronie zdrowia

Pracownicy ochrony zdrowia, w szczególności pielęgniarki i położne w swojej codziennej pracy narażone są na wiele czynników powodujących choroby (schorzenia), które mogą być uznane za choroby zawodowe. Do grup takich chorób zaliczono: choroby zakaźne i pasożytnicze, choroby skóry, przewlekłe choroby układu nerwowego, przewlekłe choroby narządu ruchu, choroby układu wzrokowego, astma oskrzelowa, zatrucia, nowotwory, choroba płuc wywołana działaniem pyłu metali twardych, wirusowe zapalenie wątroby (dotyczą głównie personelu medycznego mającego kontakt z krwią, wydzielinami i wydalninami pacjentów – pielęgniarki stanowią najliczniejszą grupę zawodową ulegającą zakażeniu wzv).

Z wyżej wymienionych należy szczególnie wskazać na te, na które najczęściej narażone są pielęgniarki, a to:

- gruźlicę (narażenie na ryzyko zakażenia prątkami gruźlicy podczas pracy na oddziałach pulmonologicznych i OIOM; szczególne ryzyko istnieje podczas wykonywania zabiegów brochoskopii i intubacji),

- choroby skóry (jak alergiczne kontaktowe zapalenia skóry, kontaktowe zapalenia skóry z podrażnienia, wyprysk kontaktowy, pokrzywka),
- choroby układu ruchu (choroby obwodowego układu nerwowego, zespół wibracyjny, przewlekłe choroby układu ruchu spowodowane sposobem wykonywania pracy jak przeciążeniem podczas pracy, wymuszona pozycja ciała. W przypadku pielęgniarek to wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy pacjentach leżących, podnoszenie i przenoszenie, konieczność częstego pochylania się i przykucania podczas pracy, wykonywanie czynności w zbyt małej przestrzeni roboczej, nie stosowanie zasad ergonomii.

Do powyższej listy należy dodać obecnie COVID-19 – chorobę zakaźną wywołaną wirusem SARS-CoV-2, którą Ministerstwo Zdrowia wpisało na listę chorób zawodowych. Przy czym chorobę zakaźną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 można uznać za chorobę zawodową, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia.

Powyższa zasada dotycząca oceny warunków pracy odnosi się do ustalenia wszystkich chorób zawodowych.

## Świadczenia pracownicze związane z chorobą zawodową

Z tytułu choroby zawodowej przysługują następujące świadczenia:

- 1) zasiłek chorobowy - dla ubezpieczonego, którego niezdolność do pracy spowodowana została chorobą zawodową;
- 2) świadczenie rehabilitacyjne - dla ubezpieczonego, który po wyczerpaniu zasiłku chorobowego jest nadal niezdolny do pracy, a dalsze leczenie lub rehabilitacja lecznicza rokuje odzyskanie zdolności do pracy;
- 3) zasiłek wyrównawczy - dla ubezpieczonego będącego pracownikiem, którego wynagrodzenie uległo obniżeniu wskutek stałego lub długotrwałego uszkodzenia na zdrowiu;
- 4) jednorazowe odszkodowanie - dla ubezpieczonego, który doznał stałego lub długotrwałego uszkodzenia na zdrowiu;
- 5) jednorazowe odszkodowanie - dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty;
- 6) renta z tytułu niezdolności do pracy - dla ubezpieczonego, który stał się niezdolny do pracy wskutek choroby zawodowej;
- 7) renta szkoleniowa - dla ubezpieczonego, w stosunku do którego orzeczono celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowaną chorobą zawodową;
- 8) renta rodzinna - dla członków rodziny zmarłego ubezpieczonego lub rencisty uprawnione go do renty z tytułu choroby zawodowej;
- 9) dodatek do renty rodzinnej - dla sieroty zupełnej;
- 10) dodatek pielęgnacyjny;
- 11) pokrycie kosztów leczenia w zakresie stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą.

Wysokość renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową ustala się zgodnie z zasadami przewidzianymi dla rent z tytułu niezdolności do pracy w przepisach o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Muszą być jednak spełnione dodatkowe warunki, tzn.:

- dla osoby całkowicie niezdolnej do pracy renta nie może być niższa niż 80% podstawy jej wymiaru,
- dla osoby częściowo niezdolnej do pracy renta nie może być niższa niż 60% podstawy jej wymiaru.

Renta szkoleniowa wynosi 100% podstawy jej wymiaru, jeżeli niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie spowodowana jest skutkami choroby zawodowej.

Wysokość jednorazowego odszkodowania jest ustawowo ograniczona a dokładne kwoty podaje obwieszczenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z 13 marca 2020 r. w sprawie wysokości kwot jednorazowych odszkodowań z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej. Na chwilę obecną pracownik może otrzymać odszkodowanie w wysokości 917 zł za każdy procent stałego lub długotrwałego uszkodzenia na zdrowiu oraz z tytułu zwiększenia tego uszkodzenia co najmniej o 10 punktów procentowych. Z tytułu orzeczenia całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, pracownikowi przysługuje kwota 16 048 zł, zaś gdy do jednorazowego odszkodowania uprawniony jest małżonek lub dziecko zmarłego pracownika, przysługuje kwota w wysokości 82 531 zł.

W przypadku szczególnie dużego uszkodzenia i rozstroju zdrowia możliwe jest dochodzenie roszczenia o zadośćuczynienie na podstawie przepisów kodeksu cywilnego. Aby sąd w procesie cywilnym zasądził na rzecz pracownika stosowne zadośćuczynienie, przewyższające świadczenia ustawowe, należy udowodnić wystąpienie uszkodzenia na zdrowiu i krzywdę z tym związaną, która pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z chorobą zawodową.

Wrocław, dnia 01.07.2020 r.

radca prawny  
Ewa Stasiak

Opublikowano dzięki uprzejmości  
OIPiP we Wrocławiu

# INFORMACJA W PRZEDMIOCIE PROCEDURY STWIERDZANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie

### I. COVID – 19 JAKO CHOROBA ZAWODOWA

Zgodnie z treścią art. 235<sup>1</sup> ustawy z dnia 26 czerwca 1974 – Kodeks pracy (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1320), za chorobę zawodową uważa się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”.

W załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1367) w punkcie 26 wymieniono choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa. Z kolei zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 roku w sprawie zakażenia koronawirusem SARS – CoV – 2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 325), zakażenie to zostało objęte przepisami o zapobieganiu o zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Na tej podstawie można uznać, że COVID – 19 może stanowić chorobę zawodową, warunkiem do tego jest jednak pozytywna ocena, iż doszło do niej w warunkach narażenia zawodowego.

W przypadku wystąpienia choroby zawodowej w postaci choroby zakaźnej nie można określić okresu na jej ustalenie. Oznacza to, że wystąpienie objawów COVID – 19, nawet po ustaniu pracy w warunkach narażenia, nie przekreśla możliwości stwierdzenia choroby zawodowej. Ministerstwo Zdrowia potwierdziło, że COVID – 19 jest chorobą zakaźną, która może zostać uznana za chorobę zawodową.

### II. PROCEDURA STWIERDZANIA CHOROBY ZAWODOWEJ

Postępowanie o stwierdzenie choroby zawodowej składa się z kilku etapów. Każdy etap jest sformalizowany, i opiera się na specjalnych formularzach, które stanowią załączniki do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2002 roku w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1379 ze zm.).

Przebieg postępowania uregulowany został w sposób szczegółowy w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 roku w sprawie chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1367).

Etapy postępowania:

#### - zgłoszenie podejrzenia choroby zawodowej

Podejrzenie wystąpienia choroby zawodowej należy zgłosić do właściwego państwowego powiatowego inspektora sanitarnego i właściwego okręgowego inspektora pracy ustalonych według miejsca, w którym praca jest lub była wykonywana przez pracownika lub właściwych według siedziby pracodawcy, w przypadku gdy dokumentacja dotycząca narażenia zawodowego jest gromadzona w tej siedzibie (§ 3 pkt 1 rozporządzenia ws chorób zawodowych).

Do kręgu podmiotów, które mogą dokonać zgłoszenia należą: pracodawca, lekarz podmiotu właściwego do rozpoznania choroby zawodowej, lekarz i lekarz dentyista, którzy podczas wykonywania zawodu powzięli takie podejrzenie u pacjenta, jak również samego pracownika lub byłego pracownika, stwierdzenie bowiem choroby zawodowej może nastąpić również po ustaniu zatrudnienia.

#### - rozpoznanie choroby zawodowej

Rozpoznanie choroby mogącej stanowić chorobę zawodową przybiera formę orzeczenia, wydawanego na podstawie wyników przeprowadzonych badań lekarskich i badań pomocniczych, dokumentacji medycznej, dokumentacji przebiegu zatrudnienia oraz oceny narażenia zawodowego.

W przypadku choroby zakaźnej, jaką jest COVID – 19 kluczowy może być pozytywny wynik testu na obecność wirusa SARS – CoV – 2 oraz dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia choroby.

#### - stwierdzenie choroby zawodowej

Organem uprawnionym do stwierdzenia choroby zawodowej jest właściwy państwowy powiatowy inspektor sanitarny, który wydaje w tym celu decyzję administracyjną – o stwierdzeniu lub braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej.

Decyzja w sprawie stwierdzenia lub braku podstaw do stwierdzenia choroby zawodowej stanowi decyzję administracyjną, regulowaną przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. W przypadku wydania decyzji negatywnej, przysługuje prawo do wniesienia odwołania do organu wyższego stopnia. Termin na wniesienie odwołania wynosi 14 dni od momentu otrzymania decyzji. Organem odwoławczym co do zasady będzie właściwy państwowy wojewódzki inspektor sanitarny. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem tego organu, który wydał negatywną decyzję.

W przypadku otrzymania decyzji negatywnej także od organu drugiej instancji, pracownikowi przysługuje skarga do wojewódzkiego sądu administracyjnego, którą składa się w terminie 30 dni od dnia otrzymania decyzji.

### ŚWIADCZENIA

Ubezpieczonemu, który uzyskał prawomocną decyzję stwierdzającą chorobę zawodową oraz który na skutek tej choroby stał się niezdolny do pracy lub u którego powstał uszczerbek na zdrowiu, przysługuje świadczenie pieniężne.

Katalog świadczeń wskazany został w ustawie z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205).

W art. 6 ustawy wskazano, że z tytułu choroby zawodowej przysługują następujące świadczenia:

1. zasiłek chorobowy,
2. świadczenie rehabilitacyjne,
3. zasiłek wyrównawczy,
4. jednorazowe odszkodowanie,
5. renta z tytułu niezdolności do pracy,
6. renta szkoleniowa,
7. dodatek pielęgnacyjny,
8. pokrycia kosztów leczenia z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne w zakresie określonym ustawą,
9. w przypadku śmierci pracownika spowodowanej chorobą zawodową, przysługujące członkom rodziny zmarłego – jednorazowe odszkodowanie, renta rodzinna oraz dodatek do renty rodzinnej.

Powyżej wymienione świadczenia wypłacane są przez ZUS ze środków z tytułu ubezpieczenia wypadkowego.

Zgodnie z treścią przepisów ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205 ze zm.), zasiłek chorobowy z powodu niezdolności do pracy spowodowanej chorobą zawodową wynosi 100%.

W sytuacji, w której dojdzie do powikłań, i ubezpieczony stał się niezdolny do pracy wskutek choroby zawodowej, chory będzie mógł otrzymać rentę wypadkową.

Art. 11 ustawy z dnia 30 października 2002 roku o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1205 ze zm.) gwarantuje ubezpieczonemu, który wskutek choroby zawodowej doznał stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu, jednorazowe odszkodowanie.

Za stały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie- rokujące poprawy. Natomiast za długotrwały uszczerbek na zdrowiu uważa się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje upośledzenie czynności organizmu na okres przekraczający 6 miesięcy, mogące ulec poprawie.

Natomiast art. 13 wskazanej powyżej ustawy przewiduje prawo do odszkodowania dla członków rodziny ubezpieczonego, który zmarł wskutek choroby zawodowej.

W sytuacji, w której pracownik otrzyma potwierdzenie, że COVID – 19 w jego przypadku jest chorobą zawodową, a przyznane świadczenia z ZUS nie pokrywają w pełni szkody doznanej wskutek niezapewnienia bezpiecznych warunków pracy, wówczas będzie mógł wystąpić do pracodawcy o odszkodowanie na podstawie przepisów kodeksu cywilnego.

Na pracowniku w tym przypadku spoczywać będzie ciężar dowodu. Istotne jest także, że termin przedawnienia roszczeń w tym przypadku wynosi 3 lata licząc od momentu powzięcia wiedzy o pozytywnym wyniku testu.

Należy podkreślić, że w przypadku zakażenia pielęgniarki czy położnej, które swoje obowiązki wykonują w ramach umowy cywilnoprawnej podstawą dochodzenia roszczeń odszkodowawczych będzie tylko kodeks cywilny.

Osoby, które nie mają opłacanej składki na ubezpieczenie wypadkowe nie będą mogły liczyć na świadczenia z ZUS. W ich przypadku nie ma możliwości orzekania o chorobie zawodowej.

# Wcześniejsza emerytura a praca w warunkach szczególnych

W polskim systemie ubezpieczeń społecznych nie istnieje emerytura branżowa, do której uprawnione byłyby wyłącznie osoby wykonujące zawód pielęgniarki.

Ubezpieczony, wykonujący zawód pielęgniarki nabywa albo prawo do emerytury w powszechnym wieku emerytalnym albo, po spełnieniu dodatkowych warunków, prawo do emerytury w niższym wieku emerytalnym, emerytury pomostowej lub rekompensaty.

Prawo do emerytury w niższym wieku emerytalnym, emerytury pomostowej lub rekompensaty dotyczy ubezpieczonych wykonujących pracę o znacznej szkodliwości dla zdrowia przez wymagany okres, uzupełniony do wymaganego stażu ogólnego okresami składkowymi i nieskładkowymi oraz uzupełniającymi.

Pracownik nabywa prawo do emerytury w niższym wieku emerytalnym, jeżeli osiągnął wiek emerytalny wynoszący 55 lat dla kobiet i 60 lat dla mężczyzn oraz ma wymagany okres zatrudnienia wynoszący 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn, w tym co najmniej 15 lat pracy w szczególnych warunkach.

Odejście na emeryturę w wieku emerytalnym ustalonym poniżej powszechnie obowiązującego wieku emerytalnego przysługuje pracownikom urodzonym przed 1.01.1949 r., zatrudnionym w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, a także pracownikom urodzonym po 31.12.1948 r., jeżeli warunki nabycia tego prawa spełnili przed 31.12.2008 r.

Podstawowym warunkiem przejścia na wcześniejszą emeryturę, tj. po osiągnięciu wieku 55 lat w przypadku kobiet albo 60 lat w przypadku mężczyzn, jest pozostawanie w stosunku pracy. Tylko osoby będące pracownikami są uprawnione do wcześniejszych emerytur. Zatem osoby, które były pracownikami i przeszły na działalność prywatną nie mogą przejść na wcześniejszą emeryturę, o ile nie powrócą przedtem do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę.

Osoby urodzone po 31.12.1948 r. które nie nabyły prawa do tej emerytury do 31.12.2008 r. mogą przejść na emeryturę pomostową.

Osobie urodzonej po 31 grudnia 1948 r., która przed 1 stycznia 2009 r. wykonywała przez co najmniej 15 lat pracę w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze stale i w pełnym wymiarze czasu pracy, ale nie nabyła z tego tytułu prawa do wcześniejszej emerytury przysługuje prawo do rekompensaty wypłacanej do kapitału początkowego. W ustawie z dnia 19 grudnia 2008 r. (Dz. U. Nr 237, poz. 1656) o emeryturach pomostowych zostały określone rodzaje prac, których wykonywanie uprawnia do emerytury pomostowej, a nie wykonywanie poszczególnych zawodów.

Ustawa o emeryturach pomostowych reguluje, że prawo do emerytury pomostowej można nabyć ze względu na wykonywanie prac:

- w szczególnych warunkach, lub
- o szczególnym charakterze.

**Prace w szczególnych warunkach** to prace związane z czynnikami ryzyka, które z wiekiem mogą z dużym prawdopodobieństwem spowodować trwałe uszkodzenie zdrowia, wykonywane w szczególnych warunkach środowiska pracy, determinowanych siłami natury lub procesami technologicznymi, które mimo zastosowania środków profilaktyki technicznej, organizacyjnej i medycznej stawiają przed pracownikami wymagania przekraczające poziom ich możliwości, ograniczony w wyniku procesu starzenia się jeszcze przed osiągnięciem wieku emerytalnego, w stopniu utrudniającym ich pracę na dotychczasowym stanowisku.

**Prace o szczególnym charakterze** to prace wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się.

Wykonywane prace na stanowisku pielęgniarki i położnej nie zaliczono do żadnego rodzaju prac wykonywanych w szczególnych warunkach. W ochronie zdrowia do prac w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze zaliczono prace na oddziałach:

- intensywnej opieki medycznej,
- anestezjologii, psychiatrycznych i odwykowych,
- onkologicznych,
- leczenia oparzeń oraz ostrych zatruc w bezpośrednim kontakcie z pacjentami,
- prace w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych oraz prace lekarzy stomatologów,

a także:

- prace w sekcjach i zakładach anatomopatologicznych, histopatologicznych i medycyny sądowej,
- prace w zespołach pomocy doraźnej pogotowia ratunkowego oraz medycznego ratownictwa górniczego,
- prace przy pobieraniu prób i pomiarach w warunkach i na stanowiskach pracy szkodliwych dla zdrowia, wykonywane przez personel stacji sanitarno-epidemiologicznych oraz laboratoriów środowiskowych.

Powyżej wymienione prace zapisane są w załączniku nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych.

Na podstawie tych zapisów pielęgniarki i położne mają prawo do emerytur pomostowych oraz uznania wykonywanych przez nie prac **jako prac o szczególnym charakterze**.

Z przepisów ustawy o emeryturach pomostowych wynika, że pracodawca prowadzi:

- 1) wykaz stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, oraz
- 2) ewidencję pracowników wykonujących prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

A zatem to **pracodawca decyduje o tym, czy dany rodzaj pracy wykonywanej przez pracownika na określonym stanowisku pracy powinien być uznany za pracę o szczególnym charakterze**.

W sytuacji uznania takiego stanowiska pracy, pracodawca jest zobowiązany do przekazania do ZUS wymienionych w ustawie danych osób wykonujących prace o szczególnym charakterze, tj. nazwisko i imię, datę urodzenia, numery PESEL i NIP, serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.

Pracodawca zgodnie z art. 41 ust. 5 ustawy pomostowej jest zobowiązany powiadomić pracowników o wpisie do ewidencji pracowników wykonujących prace o szczególnym charakterze. W przypadku nieumieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze, pracownikowi przysługuje skarga do Państwowej Inspekcji Pracy, co wynika z art. 45 ust. 6 cyt. ustawy.

W przypadku uwzględnienia skargi, Państwowa Inspekcja Pracy nakaze pracodawcy umieszczenie pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze. W sytuacji nieuwzględnienia skargi przez PiP, pracownikowi przysługuje odwołanie

► *Ciąg dalszy na str. 12*

# KALENDARIUM

## 12 października 2020r.

W kaplicy Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Lublinie została odprawiona Msza św. zamówiona przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie w intencji zmarłej śp. Teresy Barańskiej Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

## 15 października 2020 r.

W Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie on-line, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

## 18 października 2020 r.

W Lublinie w kościele pw. Niepokalanego Poczęcia NMP przy ul. Staszica została odprawiona msza święta w intencji pracowników ochrony zdrowia. Udział w mszy wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie i Pani Agnieszka Kais Wiceprzewodnicząca ORPiP w Lublinie.

## 22 października 2020 r.

W siedzibie OIPiP w Lublinie odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP w Lublinie podczas którego zostały podjęte uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

## 28 październik 2020 r.

W siedzibie NRPiP w Warszawie odbyło się posiedzenie on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

## 29 października 2020 r.

W Lubelskim Urzędzie Wojewódzkim odbyło się posiedzenie Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego w formie wideokonferencji, w której udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

## 5 listopada 2020 r.

Centrum Doradczo-Szkoleniowe PROVENA przy współpracy z OIPiP w Lublinie zorganizowało webinarium pt. Lubelskie Wieczory Neonatologiczne.

## 6 listopada 2020 r.

W siedzibie NRPiP w Warszawie odbyło się posiedzenie on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPiP w Lublinie.

## 16 listopada 2020 r.

Rozmowa on-line Pana Andrzeja Tytuła Przewodniczącego ORPiP w Lublinie z Radiem Lublin dotycząca bieżącej sytuacji pielęgniarek i położnych.

do okręgowego inspektora pracy, którego z kolei decyzja będzie mogła być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Za każdą osobę wykonującą pracę o szczególnym charakterze pracodawca odprowadza **dotatkowe składki** na tzw. Fundusz Emerytur Pomostowych.

Co istotne, na zasadzie art. 3 ust. 7 ustawy pomostowej za pracowników wykonujących pracę szczególną uważa się również osoby wykonujące przed 1 stycznia 2009 r. pracę szczególną w rozumieniu art. 3 ust. 1 i 3 tej ustawy lub m.in. art. 32 ust. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. Z 2020 r. poz. 53).

Pracę wykonywaną przed 1 stycznia 2009 r. w kontekście jej szczególnych warunków lub charakteru dla potrzeb ustalania prawa do świadczenia emerytalnego należy oceniać na podstawie „przepisów dotychczasowych”. Chodzi tu o przepisy rozporządzenia Rady Ministrów z 7 lutego 1983 r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze (dalej: rozporządzenie). Rodzaje prac szczególnych określone były wówczas przede wszystkim w wykazie A stanowiącym załącznik do rozporządzenia.

Wobec takiego systemu prawa, w nauce prawa zabezpieczenia społecznego zauważa się, że emerytura pomostowa ukształtowana została jako świadczenie wygaszane, tj. tylko dla osób, które wykonywanie pracy szczególnej rozpoczęły przed dniem wejścia w życie reformy, tj. przed 1 stycznia 1999 r. Do wymaganych 15 lat pracy szczególnej zalicza się wszystkie okresy pracy szczególnej uznane za takie według poprzednich wykazów, jeżeli były wykonywane przed 2009 r., oraz prace wymienione w nowych wykazach niezależnie od tego, czy są wykonywane po 31 grudnia 2008 r. czy przed 1 stycznia 2009 r.

W myśl art. 3 ust. 4 i 5 ustawy pomostowej **za pracowników wykonujących pracę szczególną uważa się pracowników wykonujących po 1 stycznia 2009 r., w pełnym wymiarze czasu pracy**, prace, o których mowa odpowiednio w ust. 1 albo 3 tego artykułu. Wymaganie to jest związane z czasem pracy faktycznie wykonywanej w narażeniu pracownika na wpływ danych czynników ryzyka. Podobnie tę sytuację należy oceniać wobec okresów sprzed 1 stycznia 2009 r. Zgodnie bowiem z § 2 ust. 1 rozporządzenia okresami pracy uzasadniającymi prawo do świadczeń na zasadach określonych w tym rozporządzeniu są okresy, w których praca szczególna była wykonywana stale i w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującym na danym stanowisku pracy.

Zgodnie z art. 12 ustawy pomostowej przy ustalaniu okresu pracy szczególnej nie uwzględnia się okresów niewykonywania pracy, za które pracownik otrzymał wynagrodzenie lub świadczenie z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Unormowanie to umożliwia zapobiegnięciu sytuacjom, gdy mimo pozostawania przez daną osobę w stosunku pracy realizowanym – w przeważającej mierze – w sposób stały i w pełnym wymiarze czasu pracy na stanowisku związanym z wykonywaniem pracy uznawanej za szczególną, występują pewne okresy faktycznego niewykonywania pracy. Cel regulacji nakazuje, aby w stażu pracy szczególnej nie uwzględniać np. okresów pobierania zasiłku wyrównawczego (będącego dodatkiem do otrzymywanego wynagrodzenia) albo niewykonywania pracy, za które pracownik nie otrzymał wynagrodzenia lub zasiłku.

Dla osób, które wykonywały pracę szczególną jedynie w okresie przed wejściem w życie ustawy pomostowej (1 stycznia 2009 r.), w jej art. 49 zostało przewidziane rozwiązanie jakościowo szczególne, znoszące wymóg kontynuacji zatrudnienia przy pracy szczególnej po 1 stycznia 2009 roku. Jednocześnie zmodyfikowano przesłankę w zakresie charakteru pracy uznawanej przez ustawę za pracę szczególną. Z tego względu osoba ubiegająca się o emeryturę pomostową, która nie kontynuuje pracy szczególnej i legitymuje się w związku z tym jedynie stażem pracy szczególnej według przepisów rozporządzenia, może nabyć prawo do tej emerytury jedynie wówczas, gdy dotychczasowy staż pracy można kwalifikować jednocześnie jako pracę szczególną w rozumieniu przepisów art. 3 ust. 1 i 3 ustawy pomostowej.

### UWAGA: UMOWY ZLECENIA I O DZIEŁO NIE DAJĄ UPRAWNIENI

**Ustalając przesłanki nabycia prawa do emerytury pomostowej ustawodawca odniósł je jedynie do zatrudnienia pracowniczego. Zatem tylko zatrudnienie w ramach stosunku pracy umożliwi zaliczenie danego okresu do kategorii pracy szczególnej.**

Wrocław, dnia 01.07.2020 r.

radca prawny  
Ewa Stasiak

Opublikowano dzięki uprzejmości  
Dołnośląskiej OIPiP we Wrocławiu

## PORADNIK

### dotyczący zmian prawnych, związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej począwszy od 29 listopada 2020 r.

#### I. Wprowadzenie

29 listopada 2020 r. weszły w życie nowe regulacje prawne istotne dla pielęgniarek i położnych. Zostały one wprowadzone przez dwie ustawy: ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2112) i ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2113).

Pierwsza z nich wprowadziła, dla niemal wszystkich zaangażowanych w walkę z epidemią, dodatek 100% do wynagrodzenia. Druga z nich ograniczyła tę podwyżkę do skierowanych do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej (ad. VI). Aktualne pozostały podwyżki wprowadzone poleceniami Ministra Zdrowia (ad. VII).

Pierwsza ustawa wprowadziła zasiłek chorobowy – 100% i wynagrodzenie chorobowe 100% dla pracowników podmiotów leczniczych, którzy zakazali się lub zostali skierowani na kwarantannę, izolację w warunkach domowych w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi (ad. VIII). Taka sama regulacja dotyczy pracowników domów pomocy społecznej (ad. VIII). Jeśli chodzi o pierwszą grupę uprawnionych, to wprowadzono możliwość dochodzenia wyrównania zasiłku chorobowego do 100%, za okres od 5 września 2020 r. (z tym dniem wygaś poprzedni przepis, który gwarantował zasiłek chorobowy 100%). Wyrównanie wymaga wniosku do ZUS (ad. VIII).

Zmiany dotyczyły również kwestii poświadczania obciążenia chorobą, stanowiącą podstawę do zwolnienia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii (ad. II), podwyższenia wieku granicznego skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii do 65 lat dla mężczyzn (ad. IV), kryteriów zwolnienia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii związanych z rodzicielstwem (ad. V). Ponadto, wprowadzono możliwość bycia skierowanym do pracy za swoją zgodą przy zwalczaniu epidemii, pomimo istnienia niektórych okoliczności, które dotychczas sprzeciwiały się temu. Wreszcie, przewidziano przedłużenie okresu skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, jeśli w czasie jego trwania powstała niezdolność do pracy, o czas jej trwania (ad. III).

Wprowadzono również złagodzenie odpowiedzialności karnej w związku z opieką nad pacjentem covidowym (tzw. klauzula do brego samarytanina). Do jej spełnienia konieczne jest działanie „w szczególnych okolicznościach”. Nie znajdzie ona zastosowania, jeśli doszło do rażącego niezachowania reguł ostrożności.

Poniżej, w przystępny sposób, prezentujemy poruszoną powyżej tematykę, w pytaniach i odpowiedziach.

#### II. Sposób poświadczania o chorobie zwalniającej ze skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym

1) *Mam zaświadczenie od lekarza specjalisty sprzed 29.11.2020 r. o chorobie przewlekłej, na której przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii / chorobą przewlekłą, która ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną. Czy to wystarczy, czy muszę mieć opinię lekarza Orzecznika ZUS?*

Tak, wydane do 29 listopada 2020 r. zaświadczenia lekarza specjalisty są nadal ważne.

2) *Nie ma zaświadczenia od lekarza specjalisty sprzed 29.11.2020 r. Czy jeśli zostaną skierowana decyzją adm. do pracy przy zwalczaniu epidemii, to mogę posłużyć się zaświadczeniem lekarskim lekarza specjalisty wydanym po 29.11.2020 r.?*

Nie, po 29 listopada 2020 r., tego rodzaju zaświadczenie może być wydane jedynie przez lekarza Orzecznika ZUS. Jednak proszę odwołać się od decyzji, dołączając do odwołania zaświadczenie lekarza specjalisty. Być może zostanie uznane, choć nie powinno.

NRPIP sprzeciwiała się tej regulacji w toku prac parlamentarnych jako zmierzającej do istotnego ograniczenia, czy wręcz wykluczenia działania w praktyce tej okoliczności wyłączającej skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym, ale nie zostaliśmy wysłuchani.

3) *Jaka jest procedura wydania zaświadczenia przez lekarza orzecznika ZUS, żeby poświadczyć obciążenie mojej osoby chorobą przewlekłą, na której przebieg ma wpływ zakażenie lub zachorowanie na chorobę zakaźną będącą przyczyną epidemii / chorobą przewlekłą, która ma wpływ na przebieg lub zachorowanie na chorobę zakaźną, co stanowi przeciwskazanie do skierowania mnie do pracy przy zwalczaniu epidemii?*

Procedura nie została ustalona ani w ustawie, ani nie ma upoważnienia dla rozporządzenia, które ją ustali. W czasie epidemii dostęp do lekarzy Orzeczników ZUS jest utrudniony. Należy złożyć wniosek do ZUSu o umówienie wizyty do ZUSu właściwego wedle miejsca zamieszkania. W odwołaniu od ewentualnej decyzji o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii należy powołać się na złożenie tego wniosku i brak jego rozpatrzenia oraz wnieść o wstrzymanie natychmiastowej wykonalności decyzji i zawieszenie postępowania do czasu wydania zaświadczenia przez lekarza orzecznika ZUS. W odwołaniu należy okazać dokumentację lekarską lub zaświadczenie właściwego lekarza specjalisty.

NRPIP w toku prac parlamentarnych zwracała uwagę na braki tego rozwiązania prawnego, w szczególności brak określenia trybu wydawania takiego zaświadczenia, ale nie zostaliśmy wysłuchani.

#### III. Przedłużenie okresu skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii o czas choroby, kwarantanny, izolacji w warunkach domowych

1) *30.11.2020 r. zostałam skierowana na 3 m-ce do pracy przy zwalczaniu epidemii na podstawie decyzji adm. Jeśli zachoruję w czasie tej pracy albo zostaną skierowana na kwarantannę, do izolacji, izolacji w warunkach domowych, to czy będę musiała ten czas odpracować?*

Niestety, od 29 listopada 2020 r. obowiązuje zasada, zgodnie z którą choroba czy wskazane przez Panią formy odosobnienia, które przypadły w czasie skierowania przedłużają okres skierowania.

NRPIP sprzeciwiała się tej regulacji w toku prac parlamentarnych, ale nie zostaliśmy wysłuchani.

2) *Zostałam skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii przed 29.11.2020 r. Nie mam już prawa odwołania. Jeśli zachoruję w czasie tej pracy albo zostaną skierowana na kwarantannę, do izolacji, izolacji w warunkach domowych, to czy będę musiała ten czas odpracować?*

Odpowiedź jak w pkt. 1.

#### IV. Wiek jako okoliczność zwalniająca od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym

1) *Jestem pielęgniarką. Mam 61 lat. Czy mogę zostać skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii?*

Od 29 listopada 2020 r. został podwyższony wiek dla mężczyzn, którego przekroczenie stanowi okoliczność sprzeciwiającą się skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii. Dotychczas było to 60 lat. Obecnie jest to 65 lat.

2) *27.11.2020 r. dostałem decyzję o skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii. Jestem pielęgniarką. Mam 61 lat. Czy mogę się odwołać od tej decyzji ze względu na wiek?*

Od 29 listopada 2020 r. obowiązuje wyższe kryterium wiekowe dla mężczyzn, które dotyczy wykluczenia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii. Jednak do postępowań w sprawie skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii, które rozpoczęły się przed 27 listopada 2020 r. i się nie uprawomocniły stosuje się wcześniejsze przepisy. Dotychczas mężczyźni powyżej 60 roku życia nie mogli być skierowani do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym. Ta właśnie regulacja będzie aktualna w Pana przypadku. Może się Pan odwołać od decyzji powołując się na wcześniejsze przepisy.

3) *Jestem pielęgniarką, skończyłem 65 lat. Chciałbym zgłosić się z wnioskiem o skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej. Czy mój wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony?*

Tak, po 29 listopada 2020 r. pomimo przekroczenia wieku 65 lat, można dobrowolnie zgłosić się do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym. Co do zasady ukończenie 65 roku życia przez mężczyzn wyklucza ich skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym. Można jednak dobrowolnie się zgłosić. Czy wojewoda skorzysta z takiej propozycji, zależy od niego. Nie jest nią związany.

4) *Jestem położną. Skończyłam 60 lat. Chciałabym zgłosić się z wnioskiem o skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej. Czy mój wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony?*

► Ciąg dalszy na str. 14

## KALENDARIUM

### 17 listopada 2020 r.

W Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie on-line, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie.

### 19 listopada 2020 r.

W siedzibie NRPIP w Warszawie odbyło się posiedzenie on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rady Pielęgniarek i Położnych, 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 zostały podjęte uchwały w sprawie nadania uprawnień do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Zostały zatwierdzone wypłaty dofinansowania do kształcenia podyplomowego i wypłata zapomóg losowych bezzwrotnych.

### 20 listopada 2020 r.

W Lubelskim Urzędzie Wojewódzkim odbyło się posiedzenie Wojewódzkiego Zespołu Zarządzania Kryzysowego w formie wideokonferencji, w której udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie. Tematem posiedzenia Zespołu była organizacja szpitala tymczasowego.

### 2 grudnia 2020 r.

W siedzibie NRPIP w Warszawie odbyło się posiedzenie on-line Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie.

### 8 grudnia 2020 r.

W Warszawie odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie on-line, w którym udział wzięli Pan Andrzej Tytuła Przewodniczący ORPIP w Lublinie.

### 15 grudnia 2020 r.

W siedzibie OIPIP w Lublinie odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej podczas którego zostały rozpatrzone wnioski o bezzwrotną zapomogę losową.

### 17 grudnia 2020 r.

Odbyło się w trybie obiegowym posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie.

Dotychczasowy wiek kobiet, który sprzeciwiał się skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii nie został podwyższony, tak jak w przypadku mężczyzn. Po 29 listopada 2020 r. wciąż jest to 60 lat. Jednak kobiety, które przekroczyły ten wiek mogą dobrowolnie się zgłosić do takiej pracy w trybie administracyjnym. Czy wojewoda skorzysta z takiej propozycji, zależy od niego. Nie jest nią związany.

#### V. Rodzicielstwo jako okoliczność zwalniająca od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym

1) *Samotnie wychowuję dziecko. Dzieckiem może zająć się babcia. Chciałabym zgłosić się z wnioskiem o skierowanie do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej. Czy mój wniosek zostanie pozytywnie rozpatrzony?*

Tak, od 29 listopada 2020 r. istnieje taka możliwość. Trzeba się zgłosić do wojewody i złożyć oświadczenie o zgodzie do bycia skierowanym do pracy przy zwalczaniu epidemii. Czy wojewoda skorzysta z takiej propozycji, zależy od niego. Nie jest nią związany.

2) *Wychowuję z mężem dziecko w wieku powyżej 14 lat. Mąż nie pracuje w służbie zdrowia. Czy mogę być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej?*

W takim przypadku skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii może być skierowany tylko jeden z rodziców.

3) *Wychowuję z mężem dziecko w wieku poniżej 14 lat. Mąż nie pracuje w służbie zdrowia. Czy mogę być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej?*

Dotychczas taki wiek dziecka, jak w Pani zapytaniu stanowił przyczynę niemożliwości skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym żadnego z rodziców nawet w przypadku wychowywania przez oboje rodziców.

Obecnie jednak zmieniły się przepisy, które są wewnętrznie sprzeczne. Z jednej strony utrzymano wykluczenie w postaci wychowywania dziecka do 14 roku życia. Z drugiej strony przewidziano, że w przypadku wychowywania dziecka do 18 lat tylko jeden z rodziców może być skierowany do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym. Ta ostatnia regulacja pojawiła się w toku prac legislacyjnych w związku z projektem zniesienia wykluczenia od skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym ze względu na wiek dziecka do 14 lat. Ostatecznie z tego zrezygnowano i wiek dziecka do 14 lat pozostaje przesłanką negatywną skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii.

NRPIP w toku prac parlamentarnych, zwracała uwagę na ten błąd prawny, ale nie zostaliśmy wysłuchani.

4) *Samotnie wychowuję dziecko. Czy mogę być skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie decyzji administracyjnej?*

Nie, w takim wypadku nie powinna być Pani skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii. Takie skierowanie jest możliwe tylko za Pani zgodą. Nie musi się Pani na to godzić. Jeśli została Pani skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym, to powinna Pani się odwołać, wskazując na tę okoliczność w odwołaniu.

#### VI. Wysokość wynagrodzenia za pracę przy zwalczaniu epidemii, do której skierowano w trybie administracyjnym

1) *Zostałam skierowana do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym przed 29.11.2020 r. Czy też dostanę podwyżkę?*

Niezależnie od terminu skierowania do pracy przy zwalczaniu epidemii (terminu wydania decyzji administracyjnej) podwyżka jest należna. Wynagrodzenie zasadnicze powinno być nie mniejsze, niż dwukrotność wynagrodzenia na danym stanowisku przed epidemią.

2) *Słyszałam o podwyższeniu wynagrodzenia minimalnego przy skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym do 200%. Czy muszę podpisać aneks do umowy? Co, jeśli dyrektor nie wystawi aneksu?*

Podwyżka wchodzi w życie z mocy prawa. Nie jest konieczne podpisanie aneksu do umowy o pracę, aby była skuteczna.

3) *Słyszałam o podwyższeniu wynagrodzenia minimalnego przy skierowaniu do pracy przy zwalczaniu epidemii w trybie administracyjnym do 200%. Od kiedy ta podwyżka obowiązuje?*

Już od 29 listopada 2020 r. powinno być naliczane wynagrodzenie w podwyższonej stawce.

#### VII. Wysokość wynagrodzenia za pracę z pacjentem covidowym

1) *Pracuję z pacjentem covidowym. Nie zostałam skierowana do tej pracy w trybie administracyjnym. Słyszałam, że od 29 listopada 2020 r. wszyscy pracujący z pacjentem covidowym mają mieć dodatek do wynagrodzenia 100%. Czy to prawda?*

Takiej regulacji ustawowej nigdy nie było. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2112) przewidywała taki dodatek dla osób pracujących z pacjentem covidowym, ale tylko w podmiotach leczniczych. Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2112) zniósła tę regulację. Była to regulacja o tyle dogodna, że podwyższenie wynagrodzenia następowało z mocy prawa. Niepotrzebny był aneks do umowy, niepotrzebna była zgoda dyrektora podmiotu leczniczego.

Pomimo uchylecia tej regulacji aktualne pozostały polecenia Ministra Zdrowia w sprawie wynagrodzeń. Przystępuje ono m.in. pielęgniarkom i położnym pracującym w placówkach II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ponadto -pracującym w SOR lub izbach przyjęć, zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa, jak również wykonującym czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratoriach przy szpitalach I, II i III poziomu zabezpieczenia covidowego, z którymi NFZ podpisał umowę na wykonywanie testów w kierunku SARS-CoV-2.

Dodatek przysługuje zarówno w przypadku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, jak w formie umowy cywilnoprawnej.

#### VIII. Zasiłek chorobowy i wynagrodzenie chorobowe

1) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w domu pomocy społecznej. Czy jak zachoruję na covid / zostanę skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych, to dostanę zasiłek chorobowy 100%?*

Tak, zatrudnieni w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczący usługi całodobowo, w noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej przy zachorowaniu po 29 listopada 2020 r. otrzymują zasiłek chorobowy 100%.

2) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w domu pomocy społecznej. Czy jak zachoruję na Covid / zostanę skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach to dostanę wynagrodzenie chorobowe 100%?*

Tak, zatrudnieni w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczący usługi całodobowo, w noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym,

przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej przy zachorowaniu po 29 listopada 2020 r. otrzymują wynagrodzenie chorobowe 100%.

3) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w domu pomocy społecznej. Przeszłam Covid / zostałam skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych po 5 września 2020 r. a przed 29 listopada 2020 r. Słyszałam, że mają być wyrównania zasiłku chorobowego do 100% wstecz do 5 września 2020 r. Czy to prawda?*

Wyrównanie wstecz, na jakie Pani wskazuje, nie dotyczy zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczących usługi całodobowo, w noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

4) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w domu pomocy społecznej. Przeszłam Covid / zostałam skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych po 5 września 2020 r. a przed 29 listopada 2020 r. Słyszałam, że mają być wyrównania wynagrodzenia chorobowego do 100% wstecz do 5 września 2020 r. Czy to prawda?*

Wyrównanie wstecz, na jakie Pani wskazuje, nie dotyczy wynagrodzenia chorobowego i zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczących usługi całodobowo, w noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

5) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w podmiocie leczniczym z pacjentami Covidowymi? Czy dostanę zasiłek chorobowy 100%, jeśli zachoruję na Covid / zostanę skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych?*

W przypadku izolacji – nie. W pozostałych przypadkach tak.

6) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w podmiocie leczniczym z pacjentami Covidowymi? Czy dostanę wynagrodzenie chorobowe 100%, jeśli zachoruję na Covid / zostanę skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych?*

Niestety nie, wynagrodzenie chorobowe będzie w podstawowym wymiarze.

Ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2112) wprowadzała wynagrodzenie chorobowe 100% w opisanych przez Panią przypadkach, a ustawa z dnia 28 października 2020 r. o zmianie ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. 2020, poz. 2113), która weszła w życie w tym samym dniu zniósła te uprawnienia.

7) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w podmiocie leczniczym z pacjentami Covidowymi? Przeszłam Covid / zostałam skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych po 5 września 2020 r., a przed 29 listopada 2020 r. Słyszałam, że mają być wyrównania zasiłku chorobowego do 100% wstecz do 5 września 2020 r. Czy to prawda?*

Tak, z wyłączeniem izolacji.

8) *Jestem pielęgniarką. Pracuję w podmiocie leczniczym z pacjentami Covidowymi? Przeszłam Covid / zostałam skierowana na kwarantannę / izolację / izolację w warunkach domowych po 5 września 2020 r. a przed 29 listopada 2020 r. Słyszałam, że mają być wyrównania wynagrodzenia chorobowego do 100% wstecz do 5 września 2020 r. Czy to prawda?*

Niestety nie. Wyrównanie wstecz dotyczy tylko zasiłku chorobowego we wskazanych przez Panią przypadkach, z wyłączeniem izolacji.

9) *Słyszałam o wyrównaniu zasiłku chorobowego wstecz do 5 września 2020 r. Czy ZUS sam mi wyśle pieniądze, czy trzeba złożyć wniosek?*

Trzeba złożyć wniosek do ZUS (Oddziału ZUSu, który przesłał przelew z zasiłkiem chorobowym, którego dotyczy wyrównanie). ZUS nie dokona wyrównania z urzędu.

Wystarczy proste pismo z powołaniem się na przynany zasiłek, podaniem własnych danych osobowych, datą przelewu i pierwotnie wypłaconym zasiłkiem i prośbą o wyrównanie. Nie trzeba podawać, żadnych podstaw prawnych.

#### IX. Klauzula dobrego samarytanina

1) *30 listopada 2020 r. zdarzył mi się błąd przy opiece nad pacjentem Covidowym. Czy mogę liczyć na łagodniejsze traktowanie w postępowaniu karnym ze względu na epidemię?*

Tak, od 29 listopada 2020 r. weszła w życie tzw. klauzula dobrego samarytanina. Dotyczy ona wyłącznie opieki nad pacjentem Covidowym. Jednak sam fakt epidemii nie zwalnia z odpowiedzialności. Muszą wystąpić „szczególne okoliczności”. Nie są one ściśle określone. Wydaje się, że należy przez nie rozumieć m. in. niedobry kadrowy, błędy w organizacji pracy, niedostatek w wyposażeniu i zaopatrzeniu. Należy powoływać się na wszystkie nadzwyczajne okoliczności, które nie wystąpiłyby w pracy poza epidemią. Ostatecznie znaczenie tego sformułowania wypracowane zostanie w orzecznictwie sądów.

2) *Na początku epidemii zdarzył mi się błąd przy opiece nad pacjentem Covidowym. Czy mogę liczyć na łagodniejsze traktowanie w postępowaniu karnym ze względu na epidemię?*

W prawie karnym obowiązuje zasada, zgodnie z którą stosuje się ten przepis ustawy, który w momencie orzekania jest bardziej korzystny dla oskarżonego. Sąd, pomimo tego, że klauzula dobrego samarytanina obowiązuje od 29 listopada 2020 r., to de facto powinna być stosowana do zdarzeń, które miały miejsce od wprowadzenia stanu zagrożenia epidemicznego, czyli od 14 marca 2020 r.

3) *W czasie epidemii zdarzył mi się błąd przy opiece nad pacjentem Covidowym. Czy mogę liczyć na łagodniejsze traktowanie w postępowaniu karnym ze względu na epidemię?*

Niestety klauzula dobrego samarytanina dotyczy tylko opieki nad pacjentem Covidowym.

NRPIP niezmiennie apeluje do ustawodawcy o złagodzenie odpowiedzialności karnej również w przypadku opieki nad pacjentami innymi niż Covidowi, argumentując, że epidemia ma wpływ na stan całej służby ochrony zdrowia, a nie wyłącznie w segmencie bezpośrednio skierowanym do opieki nad pacjentem Covidowym. Jak dotąd nie zostaliśmy wysłuchani.

## OPINIA PRAWNA

### w sprawie pobierania przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej materiału do badań diagnostycznych i transportu tego materiału do laboratorium diagnostycznego

**Zlecający:** Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie.

**Wykonawca:** prof. nadzw. dr hab. n. praw. Dorota Karkowska, radca prawny.

#### I. Przedmiot opinii:

Przedmiotem opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

Jakie w obecnym stanie prawnym, są zasady pobierania materiału do badań diagnostycznych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zwane: pielęgniarki POZ)?

Kto jest zobowiązany do transportu pobranego materiału do badań diagnostycznych?

#### II. Podstawa prawna:

Niniejsza opinia prawna została sporządzona na podstawie następujących aktów prawnych:

1. Ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.) dalej: u.d.l.
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r, poz. 2190 ze zm.) dalej: u.dz.l.
3. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 576), dalej: ustawa pielęgniarska lub u.z.p.p.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 849), dalej: u.p.p.R.P.P.
5. Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 154).
6. Oświadczenie rządowe z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie wejścia w życie zmian do załączników A i B do Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r. (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r., poz. 1119) obowiązuje od 1 stycznia 2019 r.
7. Ustawa z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, (Dz. U. z 2020 r., poz. 1493).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne, (Dz. U. z 2018 r., poz.299).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 320) dalej: r.o.w.u.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, (Dz. U. z 2017 r., poz. 497) dalej: r.s.z.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r., poz. 2335) dalej: r.z.p.o.z.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 736 ze zm.) dalej: r.s.g.p.o.z.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1923) dalej: r.s.j.l.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych (Dz. U. z 2004 r, Nr 247, poz. 2481).

#### III. Analiza prawna

1. Osoby uprawnione do pobierania materiału do badań diagnostycznych  
Zagadnienia związane z czynnościami pobrania materiału do badań laboratoryjnych są przedmiotem regulacji ustawy o diagnostyce laboratoryjnej. Ustawodawca nie definiuje pojęcia „badania diagnostyczne” natomiast wskazuje, że czynności diagnostyki laboratoryjnej obejmują, między innymi badania laboratoryjne oraz mikrobiologiczne badania laboratoryjne płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek, które dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych zostały pobrane od pacjenta (art. 2 u.d.l.). Jednocześnie przywołana ustawa używa zwrotu: wykonywanie czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz zwrotu: czynności pobrania materiału do badań laboratoryjnych (art. 6a i art. 6b u.d.l.). Ustawodawca nie precyzuje zwrotu - czynność polegającej na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych, natomiast wskazuje katalog osób uprawnionych, w zależności od posiadanych kwalifikacji zawodowych, które mogą takie czynności wykonywać (art. 6a u.d.l. w zw. z art. 6 i art. 6a u.d.l.). Zgodnie z treścią załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych:

1. osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza i specjalizację w dziedzinie przydatnej do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej ma prawo do pobierania każdego materiału niezbędnego do wykonania badania laboratoryjnego,
2. diagnosta laboratoryjny oraz osoby, które uzyskały tytuł zawodowy technika analityka medycznej lub licencjata na kierunku analityka medyczna posiadają uprawnienia do pobierania:

- krwi żyłnej z żył obwodowych kończyn;
- krwi tętniczkowej z opuszki palca i palucha, z piętki i płatka ucha;
- wymazów z powłok skórnych, gardła, przewodu słuchowego zewnętrznego, przedsionka nosa, worka spojówkowego i odbytu;
- włosów i zeszkobin z paznokci i skóry.

Analiza przepisów ustawy o diagnostyce laboratoryjnej oraz rozporządzenia w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych prowadzi do wniosku, iż wśród osób uprawnionych do podejmowania czynności związanych z pobieraniem materiału do badań, nie zostały wymienione pielęgniarki. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki są uprawnione i zobowiązane do pobierania materiału do badań laboratoryjnych na podstawie odrębnych przepisów od powyższych.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega w szczególności na samodzielnym, bez zlecenia lekarskiego, udzielaniu w określonym zakresie świadczeń diagnostycznych (art. 4 ust. 1 pkt 4 u.z.p.p. w zw. z art. 6.) oraz prawie do wystawiania skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 u.z.p.p.). Zakres powyższych uprawnień pielęgniarki w zakresie diagnostycznych świadczeń zdrowotnych został określony w dwóch rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego oraz z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne.

Pielęgniarka może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, moc, ślinę, kał, włosy, wyszkobiny z paznokci, wymaz z górnych dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne (§ 11 r.s.z.). Jednocześnie załącznik nr 6 do r.s.z. wskazuje na katalog badań diagnostycznych, które pielęgniarka może przeprowadzać samodzielnie.

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego
1	2
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, sól, potas, wapń, kreatynina, glukoza, mleczały, czas protrombinowy (INR), TSH, gazometria z krwi żyłnej, gazometria z krwi tętniczkowej.
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: białko C-reaktywne (CRP), troponina, hemoglobina glikowana (HbA1c), badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążyowy).
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: przezskórny pomiar bilirubiny, pomiar glikemii za pomocą glukometru.

Warto podkreślić, iż przedmiotowy katalog oraz zakres uprawnień pielęgniarki w odniesieniu do pobierania od pacjenta materiału dla celów diagnostycznych uległ znacznemu rozszerzeniu, jeśli porównamy go z dotyczącymi tego zagadnienia regulacjami prawnymi wcześniejszego rozporządzenia Ministra Zdrowia, które zostało uchylone przez rozporządzenie, o którym mowa powyżej. Poprzednie rozporządzenie, bowiem zawierało ściśle określony katalog badań oraz rodzajów materiału, który pielęgniarka miała prawo pobrać od pacjenta.

Natomiast pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo ma prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta. Wykaz badań diagnostycznych określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia (art. 15a ust. 6 w zw. z ust. 8 pkt 2 u.z.p.p.). Są to następujące badania:

Lp.	Rodzaj badania	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania hematologiczne	morfologia krwi obwodowej ze odsetkowym i płytkami krwi opadania krwinek czerwonych (OB)

► Ciąg dalszy na str. 16

2	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	sód, potas, kreatynina, glukoza, hemoglobina glikowana (HbA1c), doustny test tolerancji glukozy (DTTG), białko C-reaktywne (CRP), badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM), badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM), badanie przeciwciał anti-HCV, anti-HBs, badania w kierunku kiły (VDRL)
3	Badania układu krzepnięcia	czas protrombinowy (INR)
4	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu
5	Badania kału	badanie w kierunku obecności pasożytów badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej
6		
7	Badania mikrobiologiczne	szybki test lateksowy, posiew moczu z antybiogramem
8	Badania z zakresu serologii grup krwi	oznaczenie grupy krwi ABO i antygenu Rh D, oznaczenie przeciwciał anti-Rh
9	Badania radiologiczne	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
10	Badania elektrokardiograficzne	EKG w spoczynku
11	Badania inne	próbna tuberkulinowa RT23

Podsumowując, czynności pobrania materiału do badań diagnostycznych można określić mianem czynności przygotowawczych do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej. Wszelkie czynności związane z pobraniem materiału mogą być wykonywane samodzielnie przez osoby uprawnione w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej, bez konieczności nadzoru ze strony diagnostyki laboratoryjnej.

Za uregulowanie szczególne, należy uznać rozszerzenie katalogu osób uprawnionych do pobierania materiału do badań diagnostycznych o opiekunów medycznych. Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu: W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z COVID-19, osoba, która:

- 1) rozpoczęła przed dniem 1 września 2012 r. i ukończyła zasadniczą szkołę zawodową publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikację zawodową w zawodzie opiekun medyczny lub
- 2) rozpoczęła po dniu 31 sierpnia 2012 r. i ukończyła kwalifikacyjny kurs zawodowy oraz uzyskała świadectwo potwierdzające kwalifikację w zawodzie w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny, dyplom potwierdzający kwalifikację zawodową w zawodzie opiekun medyczny, certyfikat kwalifikacji zawodowej w zakresie kwalifikacji wyodrębnionej w zawodzie opiekun medyczny lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny, lub
- 3) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną oraz uzyskała dyplom potwierdzający kwalifikację zawodową w zawodzie opiekun medyczny lub dyplom zawodowy w zawodzie opiekun medyczny – po odbyciu przeszkolenia u pracodawcy, potwierdzonego zaświadczeniem, może pobierać materiał z górnych dróg oddechowych w celu wykonania testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

## 2. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej a status świadczeniodawcy.

Uprawnienia pielęgniarek w zakresie realizacji czynności pobierania materiału do badań laboratoryjnych zostały dodatkowo uszczegółowione w przepisach prawa dla pielęgniarek, które nabyły status pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zwane także: pielęgniarki POZ).

Pielęgniarką podstawowej opieki jest pielęgniarka, która spełnia łącznie dwa ustawowe kryteria: legitymuje się wymaganymi kwalifikacjami zawodowymi<sup>1</sup> oraz z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 7 u.p.o.z. w zw. z art. 5 pkt 25 i 26 u.ś.o.z.). Tym samym pielęgniarskie świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej mogą być udzielane w ramach działalności leczniczej prowadzonej przez pielęgniarki praktyk zawodowych lub w ramach działalności leczniczej podmiotu leczniczego (art. 7 u.p.o.z. w zw. z art. 19 ust. 1 u.z.p.p.).

Pielęgniarka POZ uzyskuje status świadczeniodawcy z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jeżeli wykonuje zawód w ramach indywidualnej praktyki zawodowej lub grupowej praktyki zawodowej w formie spółki cywilnej. Natomiast w przypadku wykonywania zawodu pielęgniarki POZ w ramach grupowej praktyki pielęgniarskiej prowadzonej w formie spółki partnerskiej lub jawnej – świadczeniodawcą będzie ta spółka z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 4 u.d.l. w zw. z art. 19 ust. 1 u.z.p.p.), a w przypadku wykonywania przez pielęgniarkę POZ zawodu w podmiocie leczniczym – świadczeniodawcą będzie podmiot leczniczy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 7 u.p.o.z. w zw. z art. 5 pkt 25 i 26 u.ś.o.z.).

<sup>1</sup> Pielęgniarka POZ to pielęgniarka, która (art. 7 u.p.o.z.): 1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 5) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa - z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu poz albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu poz, wybrana przez świadczeniodawcę. Ponadto, pielęgniarką POZ jest także pielęgniarka, która:

1) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo 2) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo 3) odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo 4) odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej - udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu poz przed dniem 31 grudnia 2024 r.

## 3. Zasady postępowania diagnostycznego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowi miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia, w ramach którego jest zapewniony dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 2 u.p.o.z.). Pacjent mający status świadczeniobiorcy ma prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, spośród świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z NFZ, i w ramach tego wyboru – pacjent ma prawo wybierać lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ. (art. 9 ust. 1 i 2 u.p.o.z.). To nie lekarz POZ „dobiera: sobie pielęgniarkę POZ i położną POZ do wspólnej realizacji zadań, ale „zespoły POZ” de facto ma być tworzone przez świadczeniobiorcę, tzn. że pacjent ma sam dokonać wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ (art. 9 ust. 2 u.p.o.z.). Zespół POZ w zależności od dokonanego przez pacjenta wyboru może składać się z (art. 9 ust. 3 u.p.o.z.):

1. lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ w tego samego świadczeniodawcy albo
  2. lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ w różnych świadczeniodawców, albo
  3. lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ będących świadczeniodawcami.
- Dokonany przez pacjenta wybór lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ determinuje skład „zespołu POZ”, który ma sprawować nad nim opiekę zgodnie z zasadami aktualnej wiedzy medycznej (art. 11 u.p.o.z.). Innymi słowy, pacjent wskazuje która pielęgniarka będzie wykonywać względem niego zlecenia lekarskie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a tym samym staje się zobowiązana do pobierania materiału do badania diagnostycznego.

Planowanie i koordynacja postępowania diagnostycznego w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, stosownie do stanu zdrowia świadczeniobiorcy, należy do lekarza POZ, w ramach swoich kompetencji zawodowych (art. 4 i art. 5 ust. 1 i 2 u.p.o.z. w zw. z Załącznik 1 pkt 3 r.z.p.o.z.). Świadczenia gwarantowane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej obejmują nieodpłatne świadczenia medycznej diagnostyki laboratoryjnej określone na podstawie art. 31 d u.ś.o.z. w części IV załącznika nr 1 do rozporządzenia o świadczeniach gwarantowanych:

1. Badania hematologiczne:
  - morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi;
  - morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi;
  - retikulocyty;
  - odczyn opadania krwinek czerwonych (OB).
2. Badania biochemiczne i immunochemiczne:
  - sód; potas; wapń zjonizowany; żelazo; żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC);
  - stężenie transferyny; stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c);
  - mocznik; kreatynina; glukoza; test obciążenia glukozą; białko całkowite;
  - proteinogram; albumina; białko C-reaktywne (CRP); kwas moczowy;
  - cholesterol całkowity; cholesterol-HDL; cholesterol-LDL; triglicerydy (TG);
  - bilirubina całkowita; bilirubina bezpośrednia; fosfataza alkaliczna (ALP);
  - aminotransferaza asparaginianowa (AST); aminotransferaza alaninowa (ALT);
  - gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP); amylaza; kinaza kreatynowa (CK);
  - fosfataza kwasna całkowita (ACP); czynnik reumatoidalny (RF);
  - miano antystreptolizyn O (ASO); hormon tyreotropowy (TSH); antygen HBS-AgHBS;
  - VDRL; FT3; FT4; PSA - Antygen swoisty dla stercza całkowity.
3. Badania moczu:
  - ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową osadu; ilościowe oznaczenie białka; ilościowe oznaczenie glukozy;
  - ilościowe oznaczenie wapnia; ilościowe oznaczenie amylazy.
4. Badania kału:
  - badanie ogólne; pasożyty; krew utajona - metodą immunochemiczną.
5. Badania układu krzepnięcia:
  - wskaźnik protrombinowy (INR); czas kaolinowo-kefalinowy (APTT); fibrynogen.
6. Badania mikrobiologiczne:
  - posiew moczu z antybiogramem; posiew wymazu z gardła z antybiogramem;
  - posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella.

Natomiast do zadań pielęgniarki POZ w zakresie świadczeń diagnostycznych należy m.in. wykonywanie testów diagnostycznych poza laboratorium przy wykorzystaniu zestawów i aparatury przeznaczonych do wykonywania oznaczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, pobieranie materiału do badań diagnostycznych oraz wystawianie skierowań na wykonanie badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta - zgodnie z wymogami art. 15a ust. 6 u.z.p.p. (art. 12 ust. 2 u.p.o.z. i art. 13 ust. 4 w zw. z Załącznikiem 2 A pkt 3 ppkt 7, 10, 11 r.z.p.o.z.).

## 4. Pobieranie przez pielęgniarkę POZ materiału do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy (pacjenta)

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarka POZ może pobrać materiał do badań diagnostycznych w domu pacjenta (świadczeniobiorcy). Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym, muszą jednak zaistnieć wyraźnie wskazane okoliczności.

1. Pobrania materiału do badań diagnostycznych w warunkach domowych dokonuje pielęgniarka, która została przez świadczeniobiorcę (pacjenta) wybrana jako pielęgniarka POZ i który to pacjent został wpisany na jej listę świadczeniobiorców.
2. Pielęgniarka POZ pobiera materiały do badań diagnostycznych w przypadkach gdy świadczenie, ze względu uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy, może być zrealizowane wyłącznie w domu świadczeniobiorcy.
3. Świadczeniodawca przy zleceniu pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej pobrania materiałów do badań diagnostycznych w domu świadczeniobiorcy, znajdującego się na jej liście świadczeniobiorców, jest obowiązany do:

- zapewnienia we własnym zakresie i na własny koszt pojemników na materiały do zleconych badań oraz pojemnika zbiorczego do transportu pobranych próbek, odpowiadających wymogom określonym w przepisach ustawy o diagnostyce laboratoryjnej,

► Ciąg dalszy na str. 17



- udośćwiania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu udzielania świadczeń lub w filii świadczeniodawcy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, pojemników, o których mowa w pkt 1, oraz zapewnienia w tym samym miejscu odbioru pobranych przez pielęgniarkę próbek.
4. Świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Załącznik I do r.g.ś.p.o.z. Część I pkt 3) – co oznacza w praktyce, iż świadczeniodawca zlecając pielęgniarkę POZ ma obowiązek zapoznać ją z procedurą zasad pobierania materiału do badań diagnostycznych opracowaną przez laboratorium diagnostyczne, z którym świadczeniodawca zawarł umowę (czyli do którego zostanie przekazany pobrany przez pielęgniarkę POZ materiał do badania diagnostycznego). Dokument zawierający procedurę stanowi załącznik do umowy na wykonywanie badań diagnostycznych, jaką laboratorium podpisuje z każdym świadczeniodawcą z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
- Zagadnienie zasad pobierania materiału do badań diagnostycznych, reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. Wykładnia językowa podstawy prawnej w/w rozporządzenia, tj. art. 17 ust. 4 u.d.z.l., jak i tytuł tego rozporządzenia – wskazuje, iż adresatem przepisów wydanych w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości czynności diagnostyki laboratoryjnej są medyczne laboratoria diagnostyczne i mikrobiologiczne. Jednak wykładnia celowościowa i systemowa wskazuje, iż adresatami tych przepisów są także wszystkie podmioty realizujące zadania w zakresie pobierania materiału do badań diagnostycznych. Każdy świadczeniodawca realizujący zadania podstawowej opieki zdrowotnej ma prawo do otrzymania procedury pobierania materiałów do badań laboratoryjnych, przygotowanej przez laboratorium do którego będzie dostarczany materiał do badań diagnostycznych, pobierany przez pielęgniarkę POZ lub innego członka zespołu POZ. Świadczeniodawca zobowiązany jest do potwierdzenia zapoznania się z procedurą oraz stosowania się do niej w zakresie pobierania materiału.
- Procedura pobierania materiału do badań winna uwzględniać, w szczególności: a) sposób przygotowania pacjenta; b) rodzaj i objętość pobieranego materiału; c) sposób pobrania materiału do badania – gdzie znaleźć się powinny przykładowo zapisy dotyczące zasad pobierania krwi do badań wykonywanych rutynowo, które obejmują między innymi pobieranie krwi rano, po wypoczynku nocnym, na czczo, przy zachowaniu dotychczasowej diety oraz przed leczeniem lub po ewentualnym odstawieniu leków mogących wpływać na poziom mierzonych składnika, o ile nie zaburza to procesu leczenia; d) wymagania dotyczące sprzętu i pojemników stosowanych do pobierania materiału, e) sposób postępowania ze sprzętem i wyrobami medycznymi stosowanymi przy pobieraniu materiału wraz z ich utylizacją; f) oznakowanie pojemników z pobranym materiałem imieniem i nazwiskiem, numerem PESEL lub numerem dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta albo numerem identyfikacyjnym pacjenta, albo kodem kreskowym; g) obowiązki osoby pobierającej materiał, przykładowo regulacje dotyczące stosowania przy każdym pacjencie nowych rękawiczek jednorazowego użytku tylko w celu pobrania materiału, dokonywania jednoznacznej identyfikacji i weryfikacji tożsamości pacjenta, od którego został pobrany materiał, potwierdzania podpisem faktu pobrania materiału.
- Podkreślić należy użycie przez ustawodawcę sformułowania „w szczególności” w zakresie wyczerpania poszczególnych elementów, które winny zostać zamieszczone w procedurze oznacza to, że ich katalog ma charakter otwarty, a wymienione w przepisach części składowe procedur stanowią jedynie określone minimum przewidziane przez prawodawcę. Poszczególne procedury mogą zatem zawierać dodatkowe elementy, uwzględniające specyfikę pracy i wykonywanych badań w konkretnym laboratorium.
5. Transport pobranego materiału do badań diagnostycznych
- Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych - laboratorium opracowuje, wdraża i stosuje procedury transportu materiału do badań oraz udośćwiania je zleceniodawcom, którzy potwierdzają zapoznanie się z tymi procedurami. Oznacza to, iż każdy świadczeniodawca POZ jest zobowiązany do organizacji transportu materiału pobranego w celu wykonania badań diagnostycznych zgodnie z tą procedurą.
- Materiał do badań laboratoryjnych musi być transportowany i dostarczany do laboratorium przez upoważnione osoby. Materiał jest transportowany w zamkniętych próbkach lub pojemnikach, w zamkniętym opakowaniu zbiorczym, oznakowanym „materiał zakaźny”. Materiał do badań jest transportowany w warunkach niezmiennych jego właściwości. Procedury transportu materiału zawierają musi w szczególności informacje dotyczące:
- 1) zabezpieczenia materiału przed uszkodzeniem, 2) zapewnienia bezpieczeństwa osoby transportującej materiał, 3) minimalizacji skutków skażenia w wypadku uszkodzenia opakowania zbiorczego lub opakowania indywidualnego transportowanego materiału, 4) sposobu dekontaminacji w przypadku skażenia, 5) opisu pojemników i opakowań zbiorczych przeznaczonych do transportu, 6) dopuszczalnego czasu transportu, 7) dopuszczalnego zakresu temperatury transportu - z uwzględnieniem rodzajów materiału. Jednocześnie ustawodawca zobowiązując świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej do przestrzegania procedur w zakresie transportu, nie wskazuje - jakie pojazdy mechaniczne mogą być wykorzystane do przewożenia materiału pobranego do badania diagnostycznego i kto jest zobowiązany do pokrycia kosztów tego transportu?

Zgodnie z § 8 ust. 1 r.o.w.u. Świadczeniodawca zapewnia udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń. Natomiast zgodnie z art. 13 ust. 1 u.p.o.z.: Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do zapewnienia możliwości realizacji postępowania diagnostyczno-leczniczego, odpowiednio dla lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, zgodnie z zakresem zadań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 4. Oznacza to, iż obowiązki o których mowa art. 13 ust. 1 u.p.o.z. – spoczywają na tym podmiocie, który jest stroną umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Jeżeli pielęgniarka POZ wykonuje zawód na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, to ma prawo oczekiwać, iż podmiot leczniczy zapewni realizację ustawowych zadań w zakresie postępowania diagnostycznego zgodnie z obowiązującym stanem prawnym. W sytuacji wykonywania zawodu w ramach praktyk grupowych, obowiązki te spoczywają na tej praktyce, natomiast odnośnie wykonywania zawodu w ramach indywidualnej pielęgniarskiej praktyki zawodowej lub cywil-

nej – świadczeniodawcą jest pielęgniarka – a zatem sama musi zapewnić sobie realizację swoich zadań.

Odpowiedzi na pytanie o – „pojazd mechaniczny” którym ma być przewożony pobrany materiał do badań laboratoryjnych nie dają także przepisy rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – których celem jest uszczegóławianie organizacji współpracy pomiędzy podmiotami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej. W przywołanym rozporządzeniu jest jedynie mowa, że świadczeniodawca w przypadkach określonych w ustawie oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zapewnia transport sanitarny w ramach kwoty zobowiązania określonej w umowie (§ 8 ust. 2 o.w.u.). Od tej zasady jest wyjątek, świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej nie zapewniają transportu sanitarnego, jeżeli nie zawarli oni odrębnej umowy (§ 8 ust. 2 o.w.u.). Stan prawny nie precyzujący „czym” pobrany materiał do badania laboratoryjnego ma być transportowany przez świadczeniodawcę - budzi wiele wątpliwości. Przede wszystkim, nasuwa się pytania o charakter biologiczny pobranego materiału, o bezpieczeństwo jego transportu, bezpieczeństwo osoby transportującej pobrany materiał oraz zgodność postępowania ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Dodatkowo wątpliwości nasuwa regulacja, że materiał biologiczny i materiał wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu – ma być przewożony transportem sanitarnym (art. 5 pkt 33a u.s.o.z.).

Literalna wykładnia w/w zapisu sugeruje, że materiały biologiczne i materiały wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych, które nie wymagają specjalnych warunków transportu, mogą być przewożone transportem nie spełniającym wymogów transportu sanitarnego. Nie znajduje to jednak potwierdzenia w zapisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych – które wyraźnie wskazuje, że każdy materiał pobierany do badań diagnostycznych jest traktowany jako zakaźny, czyli nasuwa się logiczny wniosek, że należałoby zapewnić jednolite warunki transportu dla tego materiału.

W tym stanie rzeczy należy więc sięgnąć do przepisów regulujących zasady transportu drogowego, w świetle których materiały biologiczne, co do których nie można wykluczyć, iż zawierają elementy zakaźne, kwalifikowane są jako niebezpieczne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych. Towar niebezpieczny to materiał lub przedmiot, który zgodnie z ADR, RID lub ADN (oznaczające odpowiednie umowy międzynarodowe) nie jest dopuszczony odpowiednio do przewozu drogowego, przewozu kolejną lub przewozu żegluga śródlądową albo jest dopuszczony do takiego przewozu na warunkach określonych w tych przepisach (art. 2 pkt 4 u.p.t.). Zgodnie z art. 9 ust. 7 u.p.t. organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy dla spraw zdrowia.

Jak wynika zaś z treści Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych – ADR (oświadczenie rządowe z dnia 16 stycznia 2009 r. w sprawie wejścia w życie zmian do załączników A i B Umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), sporządzonej w Genewie dnia 30 września 1957 r.) wg załącznika A pkt 2.2.62. Klasa 6.2 (materiały zakaźne) obejmuje materiały, o których wiadomo lub co do których istnieje uzasadnione podejrzenie, że zawierają drobnoustroje chorobotwórcze (w tym bakterie, wirusy)

- w tym próbki diagnostyczne (podklasa 14). Poza wymaganiami transportu określonymi w ADR pozostają jedynie te próbki ludzkie, co do których istnieje znikome prawdopodobieństwo, że zawierają patogeny – np. próbki do badań histopatologicznych lub krew pobrana wyłącznie celem ustalenia grupy krwi, pobrane od pacjenta diagnozowanego wcześniej pod kątem braku drobnoustrojów chorobotwórczych.

#### IV. Wnioski i rekomendacje

1. W przypadku gdy w wyniku udzielonej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, świadczeniodawca organizuje pobranie materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy o diagnostyce laboratoryjnej (Załącznik I do r.g.ś.p.o.z. Część I pkt 3).
2. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej - zlecenie lekarskie przeprowadzania określonego badania diagnostycznego jest kierowane do świadczeniobiorcy (pacjenta), a nie do konkretnej pielęgniarki POZ. Zlecenie to będzie zobowiązana zrealizować pielęgniarka, która została wybrana przez pacjenta, jako pielęgniarka POZ, a pacjent został wpisany na jej listę świadczeniobiorców.
3. Obecnie obowiązujący stan prawny nie reguluje jednoznacznie kwestii związanych z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych od pacjenta w warunkach domowych. Nieprecyzyjne przepisy sugerują, że wszelkie obowiązki w zakresie transportu obciążają – świadczeniodawcę w zakresie przedmiotowym zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.
4. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej dotyczącej międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR) transport materiałów do badań diagnostycznych ma odbywać się specjalnym do tego celu przeznaczonym transportem. Natomiast transport materiałów zakaźnych może odbywać się samochodem specjalnie do tego celu nie przystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny.
5. Zgodnie z art. 9 ust. 7 u.p.t. organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy dla spraw zdrowia.
6. postulat de lege ferenda – PILNE przygotowanie warunków przewozu.
7. Koszty związane z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych – muszą być przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. De lege ferenda – przewóz mógłby być realizowany w całym zakresie badań wykonywanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej przez tzw. transport sanitarny będący w dyspozycji świadczeniodawcy, albo na podstawie zawartej umowy pomiędzy świadczeniodawcą a przewoźnikiem transportu sanitarnego.



## Stanowisko z dnia 18.11.2020 r.

w sprawie wzmocnienia roli pielęgniarek w strategii walki z pandemią Covid -19

### „Możemy lepiej pomóc pacjentom, sobie i społeczeństwu”

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

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

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

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

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

Wobec braku faktycznych działań na rzecz wdrożenia przyjętego uchwałą Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10.2019 r. dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, oczekujemy pilnej redefinicji dotychczasowych ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej<sup>2</sup>.

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

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

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

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

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

#### Ad. I. Działania ogólnosystemowe

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

Niestety, z 5317 wydanych od początku 2020 roku Praw Wykonywania Zawodu, tylko 1121 pielęgniarek i położnych zostało zatrudnionych w systemie. Brak ze strony rządu działań mających na celu zmotywowanie kolejnych absolwentów kierunku pielęgniarstwa i położnictwa do podjęcia pracy, spowoduje nieodwracalne skutki jeszcze na wiele lat po zakończeniu pandemii. Proponujemy wprowadzenie rozwiązań systemowych mających na celu odwrócenie tego niekorzystnego trendu oraz pilne wsparcie personelu pielęgniarskiego w systemie, między innymi poprzez:

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

#### Ad. II. Podstawowa Opieka Zdrowotna

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

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

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

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

Niestety, pielęgniarki i położne POZ w okresie pandemii, z powodu braku właściwych rozwiązań systemowych, wykonują w znacznej mierze zadania administracyjne i pomocnicze (obsługa rejestracji, telefonów, funkcje informacyjne dla społeczności). Zadania te powinny przejść

<sup>2</sup> Art.51a i art.198a ustawy z dnia 20lipca 2018r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z2020r. poz.85, z późn.zm) może stanowić podstawę prawną do zmiany rozporządzenia w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania niektórych podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

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

nowo zatrudniany personel administracyjny (w ramach wsparcia dla pracowników branż zagrożonych w okresie epidemii, których można bardzo szybko przeszkolić i wdrożyć, zamiast wypłacania różnych form pomocy społecznej ze strony państwa).

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

### Ad. III. Lecznictwo szpitalne i izolatoria

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

1. Dla dobra i bezpieczeństwa pacjentów hospitalizowanych oraz obrony zdrowia i kondycji psychicznej tak nielicznego personelu pielęgniarskiego w szpitalach niezbędne jest natychmiastowe zatrudnienie dodatkowego personelu pomocniczego, przeznaczanego do realizacji zadań opiekuńczo-pielęgniarskich i administracyjnych w oddziałach. Szacunek potrzeb to minimum 1 dodatkowy etat jako wsparcie dla zespołu pielęgniarskiego na każdym dyżurze. Potencjalne zasoby to około 50 tysięcy studentów kierunków medycznych z wyłączeniem studentów pierwszego roku i ponad 40 tysięcy opiekunów medycznych. Finansowanie okresowego zatrudnienia studentów, to dedykowane środki poza budżetem na świadczenia zdrowotne.
2. Szpitale w pandemii Covid-19 narażone są na odgórne, chaotyczne decyzje administracyjne, a poprawa ich efektywności nie jest możliwa przy braku wzajemnego szacunku, zrozumienia i braku włączenia pielęgniarskiej kadry kierowniczej szpitali (dyrektorów ds. pielęgniarstwa pielęgniarek naczelnych, oddziałowych oraz epidemiologicznych) w realne zarządzanie szpitalem. Pielęgniarki i położne pełniące funkcje kierowników odpowiedzialnych za utrzymanie ciągłości pracy oddziałów i zabezpieczenie kadrowe, logistykę sprzętową, materiałową, zaopatrzenie w leki, powinny mieć możliwość zarządzania zgodnie z obowiązującym prawem. Od początku pandemii decydenci jakby zapomnieli o grupie zawodowej pielęgniarek i położnych pełniących kluczową rolę w pracy szpitali.
3. Polska od roku 1997 wypracowała i wdrożyła oparty na światowych standardach, model pielęgniarki epidemiologicznej, jako oficera zarządzającego polityką epidemiologiczną każdego szpitala. Rola i decyzyjność kadry pielęgniarek i położnych epidemiologicznych powinna zostać wzmocniona oraz wyposażona w pełne uprawnienia decyzyjne w zakresie odpowiedzialności za standardy organizacyjne szpitala w okresie pandemii. Niestety nasi decydenci nie zauważyli pracy, roli i wysokich kompetencji polskich pielęgniarek i położnych epidemiologicznych.
4. Standard opieki nad pacjentami w Izolatoriach określony przez MZ, nie gwarantuje bezpiecznych warunków nadzoru i opieki nad pacjentami z chorobą Covid-19. Przepisy rozporządzenia MZ w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach<sup>4</sup> dopuszczające sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad kilkudziesięcioma pacjentami w izolatorium za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, skazują de facto osoby chore zamknięte w izolatoriach na pozostawanie bez profesjonalnej opieki i podstawowej pomocy w czasie walki z Covid-19. Rekomendowane przez nas standardy organizacyjno-kadrowe w izolatoriach to minimum 1 pielęgniarka/30-50 chorych/dyżur oraz 2 osoby personelu pomocniczego. Zarządzanie opieką w izolatorium należy powierzyć Kierownikom Opieki, wyposażając ich w odpowiednie do zadań kompetencje decyzyjne.

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

#### - opieka długoterminowa i domy pomocy społecznej

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

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

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

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

2. W zakładach opieki długoterminowej (stacjonarnych i domowych) należy wdrożyć dodatkowe finansowanie związane z procedurami zapobiegania pandemii Covid-19, oraz szczególnymi standardami opieki nad pacjentami najwyższego ryzyka czyli pacjentami przewlekłe chorymi i osobami starszymi. NFZ powinien finansować świadczenia zarówno według liczby podopiecznych z Covid-19 pozostających w zakładach stacjonarnych (ZOL/ZPO), jak i liczby zrealizowanych wizyt/procedur w warunkach domowych.
3. Wbrew zapowiedziom, rząd do chwili obecnej nie usankcjonował i nie wdrożył standardów wykonywania świadczeń zdrowotnych przez personel pielęgniarski zatrudniony w DPS-ach. Pielęgniarki zatrudnione w placówkach podległych Ministerstwu Rodziny pozostają od lat dyskryminowane w zakresie warunków pracy, wynagradzania a także formalnych kompetencji. Oczekujemy pilnego wdrożenia rozwiązań zgłaszanych przez środowisko pielęgniarskie na rzecz poprawy sytuacji pielęgniarek w DPS-ach.

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

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

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



Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik



Prezes NRPiP

Zofia Małas



Przewodnicząca ZK OZZPiP

Krystyna Ptok



Prezes ZG PTP

Beta Pięta

### Bibliografia:

- 1) Strategia walki z pandemią COVID – 19; Wersja 3.0 „Jesień 2020 file:///C:/Users/UZYTKO~1/AppData/Local/Temp/Strategia\_3.0.pdf;
- 2) Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039 z późn. zm.);
- 3) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 736, z późn. zm.);
- 4) Ustawa z dnia 20 lipca 2018r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z2020r. poz.85,z późn. zm);
- 5) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. poz. 539, 597, 761, 847, 1507 i 1750)
- 6) Uchwała Rady Ministrów nr 124/2019 z dnia 15.10.2019 r w sprawie przyjęcia dokumentu „Polityka Wieloletnia Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”;
- 7) Guidelines on Advanced Practice Nursing, ICN, Genewa 2020 [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
- 8) Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych -Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, [https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport\\_druk\\_2017.pdf](https://nipip.pl/wp-content/uploads/2017/03/Raport_druk_2017.pdf).

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



## STANOWISKO PREZESÓW SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH

z dnia 24 listopada 2020 r.

w sprawie poselskiego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych

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

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

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

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

Wreszcie projekt jest sprzeczny z art. 17 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie, w jakim dotyczy zagadnień związanych z przyznawaniem i potwierdzaniem prawa do wykonywania zawodu. Neguje osadzone w ustawie zasadnicze uprawnienia i obowiązki samorządów zawodowych w zakresie sprawowania pieczy nad wykonywaniem zawodów zaufania publicznego oraz uniemożliwia ich sprawowanie przez samorzady zawodowe w rzeczywisty i odpowiedzialny sposób. Samorzady zawodowe w tej materii zostaną sprowadzone do roli instytucji jedynie potwierdzających decyzje Ministra Zdrowia, który zgodnie z dotychczasową tradycją legislacyjną nie brał udziału w procesie przyznawania i potwierdzania prawa wykonywania zawodu. Wprowadzone regulacje, które wbrew twierdzeniom projektodawców, nie mają charakteru incydentalnego, doprowadzą do marginalizacji dotychczasowych rozwiązań ustawowych, funkcjonujących przez lata w tym przedmiocie.

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

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

Prezes NRL  
Andrzej Matyja

Prezes NRPiP  
Zofia Małas

Prezes KIF  
Maciej Krawczyk

Prezes KRDL  
Alina Niewiadomska



## Stanowisko nr 39

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

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

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

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

Absolwenci kierunku pielęgniarstwa posiadają bardzo dobre przygotowanie o charakterze interdyscyplinarnym, łączącym wiedzę z zakresu różnych dziedzin i dyscyplin naukowych, w tym nauk medycznych, chemicznych i biologicznych, co niezaprzeczalnie umożliwia im w ramach kształcenia przeddyplomowego kontynuowanie nauki w obszarze kosmetyologii i medycyny estetycznej. Wprowadzenie w/w zmian stworzy ponadto dodatkowe obszary wykorzystania wiedzy i kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki oraz przyczyni się do zwiększenia atrakcyjności wykonywania samodzielnego zawodu medycznego.

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

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

Sekretarz NRPiP

Joanna Walawander

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

## Stanowisko nr 40

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r.

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

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

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

Nasz postulat spotkał się ze zrozumieniem i w następstwie nowelizacji ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r., poz. 374 ze zm.) wprowadzono do w/w ustawy przepis art. 4c w brzmieniu: W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z postawienia w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

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

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

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

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

Po raz kolejny podnosimy, iż Polska jest w niezwykle trudnym okresie epidemii, propozycja zmian jest podyktowana ekstraordynaryjną sytuacją wynikającą z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań w zakresie zabezpieczenia społecznego dla osób zobowiązanych do bezpośredniego niesienia pomocy osobom podejrzanym lub zarażonym wirusem SARS CoV-2 bez względu na zagrożenie własnego zdrowia i życia. Nie ma obecnie żadnych wątpliwości, że osoby wykonujące zawód medyczny, potrzebują szczególnego wsparcia ze strony władzy publicznej, bez względu na miejsce niesienia tej pomocy ludziom jej potrzebującym.

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

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

## Stanowisko nr 41

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r.

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

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

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

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

Samorząd pielęgniarek i położnych reprezentujący ponad 320 000 pielęgniarek i położnych, na fali protestów społecznych 15 lat temu zawarł z ówczesną władzą publiczną – umowę społeczną, iż powstanie w strukturach władzy publicznej specjalna jednostka organizacyjna zajmująca się współpracą ze środowiskiem pielęgniarek i położnych oraz jego przedstawicielami w zakresie systematycznego wzmocnienia statusu zawodowego naszych grup zawodowych. Miała to być również swoista rekompensata za wieloletnie bagatelizowanie, lekceważenie, pomijanie, zaniebdywanie i ignorowanie warunków pracy i życia środowiska pielęgniarek oraz położnych. Powołanie celowanego Departamentu Pielęgniarek i Położnych miało być również realizacją zobowiązań Polski, w związku z ratyfikowaniem konwencji MOP nr 149 z 1977 r. dotyczącej zatrudnienia oraz warunków pracy i życia personelu pielęgniarskiego i położniczego (Ratyfikowana przez Polskę 9.10.1980 r. Dz.U. z 1981 r. Nr 2, poz. 4.). W preambule wskazano, iż Konwencja została przyjęta w porozumieniu ze Światową Organizacją Zdrowia z uwagi na uznanie istotnej roli, jaką odgrywa personel pielęgniarski i położniczy współpracujący z innymi pracownikami służby zdrowia w ochronie oraz podnoszeniu zdrowotności i dobrobytu ludności, uznając, że sektor publiczny, jako pracodawca personelu pielęgniarskiego i położniczego, powinien odgrywać aktywną rolę w polepszeniu warunków zatrudnienia i pracy tej grupy zawodowej.

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

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

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

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

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska



## Stanowisko nr 42

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

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

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

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

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
- 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

– **zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

## Stanowisko nr 43

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r. w sprawie medialnej wypowiedzi Wicepremiera i Ministra Aktywów Państwowych Jacka Sasina

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

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

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

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

Obecnie trzeba mieć na uwadze, że rosnąca dynamika epidemii wzmacnia społeczne napięcie z uwagi na coraz większą liczbę osób potrzebujących pomocy medycznej. Dlatego słowa przedstawiciela władzy odbieramy jako próbę przekierowania społecznej agresji z problemów i błędów organizacyjnych na przemęczony, zestresowany i coraz mniej liczny personel medyczny. Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji RP rolą władzy publicznej jest solidarne wspieranie i udzielanie maksymalnie wszechstronnej pomocy wszystkim uczestnikom systemu opieki zdrowotnej, w tym kadry medycznej, która ryzykuje swoim życiem i zdrowiem, a nie skłócanie ich ze społeczeństwem.

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

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska



Ministerstwo Zdrowia  
Podsekretarz Stanu  
Maciej Miłkowski

Warszawa, 19 listopada 2020

RKWA.07.27.2020.MF

Pani  
Mariola Łodzińska  
Wiceprezes  
Naczelnej Izby Pielęgniarek  
i Położnych

Szanowna Pani Prezes!

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

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

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

Pielęgniarki i położne uprawnione są do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z kwalifikacjami nabytymi w drodze kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, które zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2016 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.), są działaniami służącymi zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

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

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

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

1) W okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczących usługi całonocowo, noclegowniach oraz innych placówkach zapewniających całonocową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawiania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tych podmiotach oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w tych podmiotach przysługuje prawo do 100% wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeksu pracy, lub zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.”;

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

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

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

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

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

Zadania związane z kadrami medycznymi, realizowane dotychczas głównie przez Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki, Departament Pielęgniarek i Położnych oraz Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności będą kontynuowane przez nowo powołaną komórkę organizacyjną, tj. Departament Rozwoju Kadr Medycznych.

Zmiany mają służyć racjonalizacji struktury organizacyjnej oraz uzyskaniu synergii w obszarach, w których zadania były realizowane dotychczas przez powołane powyżej komórki organizacyjne.

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

► Ciąg dalszy na str. 24

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

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
- 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia

- zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

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

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

Nowa regulacja daje możliwość dla kierowników podmiotów leczniczych zabezpieczenia na właściwym poziomie realizacji świadczeń zdrowotnych we wszystkich rodzajach i zakresach, a tym samym bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców poprzez włączenie położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi, w sytuacji gdy występują niedobory personelu pielęgniarskiego w danym podmiocie leczniczym (np. brak pielęgniarek będący efektem objęcia kwarantanną, L4, korzystania z prawa do świadczeń opiekuńczych), mogące zagrazać zapewnieniu ciągłości opieki. Należy jednak wyraźnie podkreślić, iż wprowadzone zmiany nie wskazują, iż wykonywanie zawodu położnej będzie realizowane na stanowisku pielęgniarki, a jedynie wskazują na możliwość wykorzystania potencjału położnych (np. w sytuacji jaka miała miejsce w związku z tworzeniem jednoimiennych szpitali – gdy dochodziło do ograniczania funkcjonowania oddziałów położniczo – ginekologicznych lub ich zamykania, a położne były kierowane na przymusowe urlopy wypoczynkowe lub świadczenia postojowe, a także często zagrożone wręcz utratą pracy), do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi, w sytuacji gdy kierownik podmiotu leczniczego uzna to za niezbędne.

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

Niezależnie od powyższego, należy jednoznacznie wskazać, że decyzję w sprawie zatrudnienia położnej do realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust. 1a ww. ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, podejmuje kierownik podmiotu leczniczego, mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom przebywającym w danym podmiocie leczniczym, co reguluje art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.). Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie danego podmiotu leczniczego, powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, co wskazuje art. 23 ustawy o działalności leczniczej.

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

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

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

Z poważaniem  
Maciej Miłkowski  
Podsekretarz Stanu

## Stanowisko nr 44

### Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 października 2020 r. w sprawie propozycji zmiany zapisów polegających na uchynieniu przepisów przyznających 100% dodatku do wynagrodzenia wszystkim osobom wykonującym zawody medyczne, które realizują świadczenia zdrowotne na rzecz osób chorych lub zarażonych wirusem SARS – CoV-2

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z oburzeniem i rozgoryczeniem przyjęło informację o złożeniu przez grupę posłów Klubu Prawo i Sprawiedliwość projektu zmieniającego zapisy, których celem jest odebranie wyższego wynagrodzenia pracownikom medycznym i tym samym eliminacja dodatków dla „bohaterów z pierwszej linii frontu”, których tak chętnie określają posłowie i senatorowie.

Nie oczekujemy górnolotnych tylko konkretnych dowodów na to, że to co robimy w obecnej sytuacji epidemiologicznej trwającej od ponad pół roku zasługuje na najwyższe uznanie i należy szacunek.

Jako przedstawiciele najliczniejszej grupy zawodowej wśród zawodów medycznych, wyrażamy stanowczą dezaprobatę wobec określeń wydawanych przez niektórych parlamentarzystów, nazywając rekompensatą za pracę w niezwykle trudnych i niebezpiecznych warunkach „trwonieniem środków”. Panujące standardy legislacyjne podejmowane przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w których strona społeczna jest pomijana i eliminowana z procesu opiniowania należy określić jako ignorancję i totalny brak zrozumienia. Samorząd zawodowy wnioskował o dodanie do ustawy zapisu, który gwarantowałby wyższe wynagrodzenie wszystkim pielęgniarkom i położnym mającym kontakt z pacjentem zakażonym lub podejrzanym o zakażenie poprzez wprowadzanie zmiany zapisów, które dawałyby gwarancje równego traktowania, odpowiedniego do ciężkiej i niebezpiecznej pracy wynagrodzenia wszystkim medykom.

Pozbawienie zwiększenia wynagrodzenia osób biorących udział w walce z epidemią jest wyrazem ogromnej arogancji ze strony parlamentarzystów wybranych w demokratycznych wyborach, której w żaden sposób nie jesteśmy w stanie zrozumieć. Absurdem jest przyznanie jednego dnia pielęgniarkom i położnym realizującym świadczenia zdrowotne wobec osób chorych na COVID-19 lub z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 prawa do 200% wynagrodzenia zasadniczego, a drugiego dnia odebranie jej wszystkim pracownikom medycznym – poza tymi, którzy w wyniku administracyjnej decyzji wojewody zostali skierowani do tej pracy.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, działania te należy uznać za wysoce szkodliwe, tym bardziej w tak trudnej sytuacji kadrowej i epidemiologicznej, które doprowadzą do serii konfliktów i podzielenia środowiska medycznego, a przecież nie o to nam chodzi w tym trudnym czasie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje do wszystkich posłów i senatorów, o zmianę tej bardzo niekorzystnej i dyskryminującej pod wieloma względami decyzji.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas





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

Warszawa,

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

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 16 października 2020 r. przekazane przez Pana Michała Dworczyka Ministra – Członka Rady Ministrów w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, przesyłające Stanowisko nr 40 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r. dotyczące przywrócenia 100 % zasiłku chorobowego dla pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych, uprzejmie wyjaśniam, co następuje. Zgodnie z art. 92 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917), za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek:

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

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

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że mamy obecnie w Polsce ogłoszony stan epidemii. Ogłoszenie stanu epidemii jest podstawą prawną różnorodnych podejmowanych przez państwo działań, których celem jest ochrona obywateli i położenie kresu epidemii. Stan epidemii jest więc okresem przejściowym, w którym stosuje się nadzwyczajne środki z uwagi na bezpieczeństwo publiczne.

Stąd też w dniu 28 października 2020 r. została uchwalona przez Sejm RP ustawa o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19, wprowadzająca zmiany do ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. tj. z 2020 r. poz. 1842).

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

Przyznanie ubezpieczonym zatrudnionym w podmiocie leczniczym tego uprawnienia uzasadnione jest szczególnym narażeniem tej grupy osób na zagrożenia powodowane przez COVID-19.

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

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

**Do wiadomości:**

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



Minister Zdrowia

DSW.054.1806.2020.PJ

Warszawa, 28 listopada 2020

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

Szanowna Pani Prezes,

W nawiązaniu do skierowanego do Prezesa Rady Ministrów i przesłanego według kompetencji do Ministerstwa Zdrowia Stanowiska nr 40 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r. w sprawie prawa pielęgniarek i położnych oraz innych grup zawodów medycznych do zasiłku chorobowego w wymiarze 100% podstawy wymiaru zasiłku wypłacanego za każdy miesiąc niezdolności do pracy, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Ustawę z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 wprowadzona została zmiana w ustawie z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842) polegająca na dodaniu przepisu art. 4g stanowiącego, że w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie, izolacji lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym przysługuje prawo do 100% wynagrodzenia, o którym mowa w art. 92 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy, lub zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. Przywołany przepis wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia z mocą od dnia 5 września 2020 r. i obejmuje on zarówno pracowników medycznych jak i niemedycznych.

Z poważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia Maciej Miłkowski  
Podsekretarz Stanu

Do wiadomości: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów (do sprawy: BPRM.222.19.53.2020.JGo(2)).2



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 4 listopada 2020 r.

NIPiP-NRPiP-DS.015.207.2020

**Pan  
Filip Nowak  
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szanowny Panie Prezesie,

Działając w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w nawiązaniu do wniosku skierowanego do Ministra Zdrowia, którego odpis przedstawiamy w załączeniu, zgodnie z art. 1 ust. 1, art. 3 ust. 1 i 2, art. 4 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 6 ust. 1 pkt. 1 lit. a i b ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2019r. poz. 1429 ze zm.), wnosimy o pilne przedstawienie informacji, jakie działania podjął Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w celu wdrożenia polecenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w powyższej wskazanym piśmie, jak również o przedstawienie odpisów wydanych w tym celu poleceń, zarządzeń.

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

Z poważaniem

Zofia Małas

Prezes NRPiP

W załączeniu:

1) odpis wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 4 listopada 2020 r. skierowanego do Ministra Zdrowia.



**Prezes  
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Znak: DEF-WSiKF.401.5.19.2020.2020.169577.BE

Warszawa, 12.11.2020 r.

**Pani  
Zofia Małas Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Dotyczy: pisma z dnia 4.11.2020 r. znak: NIPiP-NRPiP-DS.015.207.2020 w sprawie: przekazania informacji o podjętych przez NFZ działaniach w celu wdrożenia polecenia Ministra Zdrowia z dnia 1.11.2020 r., zmieniającego polecenie Ministra Zdrowia z dnia 4.09.2020 r., zmienionego poleceniem z dnia 30.09.2020 r.

Szanowny Pani Prezes,

Upieramnie informuję, że wypełniając polecenie Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r. w dniu 6.11.2020r.:

✓ udzieliłem dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ stosownego pełnomocnictwa upoważniającego do zawarcia z podmiotami leczniczymi:

- 1) umieszczonym w wykazie<sup>1</sup>, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio - art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b albo art. 11 ust. 1 i 4 albo art. 11 h ust. 1 i 4 ustawy o COVID-19<sup>2</sup>, polecając:
  - a) realizację świadczeń opieki zdrowotnej narzeczpacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital III poziomu),
  - b) realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez zapewnienie w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu)
- 2) w których skład wchodzi jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć;
- 3) o których mowa w pkt 1 oraz umieszczonym w wykazie<sup>3</sup>, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio - art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b, art. 11 ust. 1 i 4 albo art. 11 h ust. 1 i 4 ustawy o COVID-19<sup>4</sup>, polecając zapewnienie łóżek dla pacjentów podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2 (szpital I poziomu), i które umieszczone są na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2(laboratoria);

umów lub aneksów umów, które zgodnie z tym poleceniem stanowią podstawę do przekazywania powyższym podmiotom środków z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.) dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie, według określonych zasad.

✓ przekazałem dyrektorom oddziałów wojewódzkich, polecenie Ministra Zdrowia z dnia 1.11.2020 r. oraz wzory umów i wzór aneksu do umowy (dotyczące dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego objętego poleceniem Ministra Zdrowia), do służbowego wykorzystania w toku realizacji przedmiotowego polecenia Ministra Zdrowia.

Z poważaniem

Filip Nowak

p.o. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

1 1 o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.)

2 2 ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.)

3 3 o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.)

4 ustawa z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374 z późn. zm.)

## Stanowisko nr 45

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2020 r.

**w sprawie złożenia do Komisji Zdrowia Senatu RP wniosku o ujęcie w sprawozdaniu Komisji Zdrowia Senatu RP do uchwalonej przez Sejm 27 listopada 2020 r. ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (druk sejmowy 763, 776 i 776A; druk senacki: 279) poprawek dotyczących procedury dostępu do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej dla osób, które posiadają dyplomy uzyskane w państwach trzecich nienależących do Unii Europejskiej zmierzających do zaniechania przyjęcia tej regulacji i przyjęcie sprawozdania Komisji Zdrowia Senatu RP przez Senat RP w tym zakresie.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych kieruje wniosek do Komisji Zdrowia Senatu RP o ujęcie w sprawozdaniu Komisji Zdrowia Senatu RP do uchwalonej przez Sejm 27 listopada 2020 r. ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (druk sejmowy 763, 776 i 776A; druk senacki: 279) poprawek dotyczących procedury dostępu do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej dla osób, które posiadają dyplomy uzyskane w państwach trzecich nienależących do Unii Europejskiej zmierzających do zaniechania przyjęcia tej regulacji a do Senatu RP o przyjęcie wskazanych powyżej poprawek z uwagi na zagrożenie dla pacjentów oraz godność naszych zawodów i naruszenie autonomii samorządu zawodowego.

Wobec powyższego wnosimy o przyjęcie następujących poprawek:

- 1) odrzucenie art. 11 pkt. 3),
- 2) odrzucenie art. 8 pkt. 1), w zakresie w jakim odnosi się do pielęgniarek i położnych, tj. poprzez wykreślenie pkt. 2 w ust. 4 dodawanego do art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, 567 i 1493)
- 3) odrzucenie art. 25 w zakresie, w jakim odnosi się do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, tj. poprzez wykreślenie z niego słów: „oraz pielęgniarek i położnych”.

#### UZASADNIENIE:

Przedmiotowa ustawa przyjęta przez Sejm RP zakłada, że cudzoziemcy spoza UE, którzy odbyli szkolenie pielęgniarskie lub dla położnych spoza UE będą mogli zgodnie z ustawą pracować w Polsce przez okres 5 lat. Nie będą jednak musieli przejść procedury przyznania prawa wykonywania zawodu na dotychczasowych zasadach wyrażonych w art. 35 ustawy z 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Są to rozwiązania bezterminowe, a nie jak sugeruje tytuł ustawy epizodyczne, nadzwyczajne oraz przewidziane wyłącznie na czas epidemii.

Znajomość języka polskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności zawodowych będzie potwierdzana się oświadczeniem pisemnym kandydata bez zdawania egzaminu.

Ponadto, Minister Zdrowia samodzielnie nawet bez opinii samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych będzie decydował, jakie dokumenty są niezbędne, by kandydat do członkostwa w Naszym Samorządzie potwierdził swoje kompetencje i kwalifikacje, co stanowi naruszenie posiadającej gwarancje konstytucyjne autonomii samorządu pielęgniarek i położnych jako samorządu zawodowego.

Projektodawca przewidział możliwość odstąpienia od wymogu urzędowego poświadczenia dyplomu, co stwarza ryzyko podszywania się pod zawód pielęgniarki i położnej.

Wreszcie ustawodawca dopuszcza, że praca pielęgniarek i położnych kształconych poza UE stanowić będzie realne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów, czemu dał wyraz, przewidując na tę okoliczność procedurę pozbawienia zgody na wykonywanie zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej. Kto ma monitorować sposób wykonywania zawodu przez te osoby i zgłaszać zaniedbania – nie określono.

Na takie zmiany Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody.

Uważamy, że Rada Ministrów RP oraz wszelkie organy władzy publicznej w obecnym czasie powinny przede wszystkim skupić się na:

- 1) zatrzymaniu w Rzeczypospolitej Polskiej polskich pielęgniarek i położnych, zapewniając im lepsze warunki wykonywania zawodu,
- 2) zadbaniu, aby młode kadry wchodziły do zawodu a nie poszukiwały innej pracy,
- 3) staraniach o powrót do kraju tych pielęgniarek i położnych, które od 2004 r., tj. wejścia Polski do UE opuściły nasz kraj w poszukiwaniu lepszych wynagrodzeń w krajach UE.

Dopiero po przeprowadzeniu rzetelnej analizy posiadanych zasobów i podjęciu działań naprawczych, o których mowa powyżej, braki kadr okażą się istotne, to w ostateczności można rozpocząć prace legislacyjne nad uproszczonym modelem kształcenia uzupełniającego dla osób z dyplomami uzyskanymi poza granicami UE w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Czas epidemii, w której procedowana jest omawiana ustawa, jest nieodpowiedni nawet na debatę nad tak radykalną zmianą legislacyjną, której projektodawca uprzednio nie przeprowadził z żadnym ze środowisk, którego ustawa dotyczy.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

## Stanowisko nr 46

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2020 r.

**w sprawie stosowania prawidłowej interpretacji przez podmioty lecznicze przepisu art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 562, z późn. zm.) wprowadzonej zmianą w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż położne **kategorycznie nie mogą być zatrudniane na stanowisku pielęgniarki** niezależnie od wprowadzenia w życie art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 562, z późn. zm.).

Powyższy zapis nie zwalnia położnej z odpowiedzialności zawodowej zobowiązanej do wykonywania zawodu zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Nie zwalnia także kierowniczej kadry podmiotów leczniczych z odpowiedzialności i sprawowania nadzoru nad poziomem jakości świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi.

Zatrudnianie położnych niezgodne z ich przygotowaniem zawodowym nie może być panaceum na braki kadry pielęgniarskiej. Realizowanie zadań pielęgniarskich przez położne stanowi bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia dla pacjentów, a także rodzi dużo wątpliwości związanych z odpowiedzialnością zawodową. Osoba, która posiada stwierdzone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki uprawniona jest do wykonywania wyłącznie tego zawodu, natomiast osoba która posiada stwierdzone prawo wykonywania zawodu położnej uprawniona jest do wykonywania wyłącznie zawodu położnej.

#### Uzasadnienie:

Przywołany art. 5 ust. 1a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 562, z późn. zm.) został wprowadzony na czas ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii i wskazuje, że wykonywanie zawodu położnej we wskazanych okresach 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.

Interpretacja NRPiP w zakresie w/w przepisu jest zgodna z interpretacją przedstawioną przez Ministerstwo Zdrowia (pismo z dnia 19 listopada 2020r. znak: RKWA.07.27.2020.MF Macieja Miłkowskiego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia), w którym wskazano:

Nowa regulacja daje możliwość dla kierowników podmiotów leczniczych zabezpieczenia na właściwym poziomie realizacji świadczeń zdrowotnych we wszystkich rodzajach i zakresach, poprzez włączenie położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi, w sytuacji gdy występują niedobory personelu pielęgniarskiego.

W przypadku zmiany stanowiska pracy położnej w danej komórce organizacyjnej kierownik podmiotu leczniczego określa nowe zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy, z uwzględnieniem kwalifikacji zawodowych i uprawnień, jakie powinny posiadać położne w tych oddziałach. Działanie kierownika podmiotu leczniczego powinno z jednej strony gwarantować bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów, a z drugiej strony chronić interesy pracownicze personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w aktualnej sytuacji epidemicznej w kraju.

Wprowadzone zmiany nie wskazują, iż wykonywanie zawodu położnej będzie realizowane na stanowisku pielęgniarki, a jedynie wskazują na możliwość wykorzystania potencjału położnych do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi, w sytuacji gdy kierownik podmiotu leczniczego uzna to za niezbędne, mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

**Stanowisko nr 47****Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2020 r.****w sprawie uregulowania statusu zawodu opiekuna medycznego oraz jego kompetencji zawodowych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec rozszerzenia kompetencji zawodowych opiekuna medycznego o dodatkowe czynności będące dotychczas w kompetencjach pielęgniarek i położnych. Zawód opiekuna medycznego został utworzony w określonym celu, czyli do wykonywania czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych. Podejmowanie działań w zakresie zmiany celów i zasad kształcenia opiekuna medycznego ukierunkowane na poszerzenie jego kompetencji jest bezzasadne i nie wynika z rzeczywistych potrzeb rynku świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Rozszerzenie kompetencji opiekuna, na przykład o zabiegi polegające na przerwaniu ciągłości tkanek oraz inne specjalistyczne kompetencje nabywane przez pielęgniarki i położne w drodze kształcenia przed – i podyplomowego jest niezasadne i zbędne. Włączenie ich do kompetencji opiekuna medycznego nie spowoduje zwiększenia atrakcyjności zawodu, a co za tym idzie zwiększenia liczby osób, które zdecydują się wybrać ten zawód.

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istnieje zapotrzebowanie na osoby wykonujące podstawowe czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze, a taką rolę może spełniać opiekun medyczny w ramach jego dotychczasowych kompetencji. Problem nie tkwi w kompetencjach opiekuna, tylko w jego usytuowaniu w podmiotach leczniczych i opiekuńczych oraz w faktycznym jego zatrudnianiu. Liczba zatrudnianych opiekunów medycznych jest znikoma i to właśnie ten obszar wymaga dopracowania legislacyjnego.

Zgodnie z ustaleniami poczynionymi w Porozumieniu z dnia 9 lipca 2018 r. i dokumentem „Polityka wieloletnia Państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce” (dalej zwana: Polityką) zawartym pomiędzy przedstawicielami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, a Ministrem Zdrowia za sprawą pilną uznano uregulowanie statusu zawodowego opiekunów medycznych. Zgodnie z Polityką wskazano wyraźnie, że: „(...) W polskim systemie ochrony zdrowia brakuje zawodu pomocniczego, którego rolą będzie współzestawienie w bezpośredniej opiece nad pacjentem, przy jednoczesnym wspieraniu pracy pielęgniarek i położnych. Wobec powyższego, w opinii Zespołu niezbędne jest podjęcie działań mających na celu wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej takiej profesji (...)”. W opinii środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych rolę personelu pomocniczego powinny pełnić osoby wykonujące zawód opiekuna medycznego.

Niewątpliwym jest, że dynamiczny rozwój nauk medycznych i nauk o zdrowiu prowadzi do ustawicznego podnoszenia przez pielęgniarki i położne swoich kwalifikacji zawodowych, nabywania nowych uprawnień i kompetencji. Przejmowanie przez pielęgniarki i położne dotychczasowych niektórych zadań realizowanych przez lekarzy oraz pojawienie się nowych obszarów dla wykonywania przez nie działań medycznych – w praktyce powoduje brak możliwości i czasu do wykonywania przez pielęgniarki i położne czynności opiekuńczych wobec pacjenta. Zgodnie z poczynionymi ustaleniami, wykonywanie czynności strictly opiekuńczych – musi zostać przypisane opiekunom medycznym bez jednoczesnego rozszerzania o czynności medyczne.

Konieczne jest PILNE podjęcie działań w celu uregulowania statusu zawodu opiekuna medycznego jako opiekuńczego zawodu dla pacjenta i pomocniczego zawodu dla pielęgniarki i zawodu położnej oraz wyraźnego określenia ich zakresu uprawnień zawodowych i określenie zasad współpracy opiekuna medycznego z pielęgniarką i położną oraz zapewnienie obowiązku zatrudniania opiekunów medycznych we wszystkich stacjonarnych podmiotach leczniczych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podjęła uchwały nr 136/VI/2013 z dnia 4 grudnia 2013 r. oraz nr 176/VI/2014 z dnia 19 marca 2014 r. w sprawie przyjęcia katalogu czynności wykonywanych przez opiekuna medycznego u osoby chorej i niesamodzielnej na zlecenie i pod nadzorem pielęgniarki, w celu wskazania pielęgniarek i położnych – wytycznych w zakresie współpracy z osobami zatrudnionymi na stanowisku opiekunów medycznych w podmiotach leczniczych.

Stanowisko Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych z dnia 11 listopada 2020 r., a także projekt rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z 2 grudnia 2020 r. zmieniający rozporządzenie w sprawie ogólnych celów i zadań kształcenia w zawodach szkolnictwa branżowego oraz klasyfikacji zawodów szkolnictwa branżowego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych są sprzeczne z powyżej przedstawioną argumentacją NRPiP oraz z założeniami „Polityki Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, a także z potrzebami rynku pracy.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

**Stanowisko nr 48****Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2020 r.****w sprawie poprawy bezpieczeństwa pacjentów przebywających w szpitalach psychiatrycznych oraz zatrudnionych tam pielęgniarek w czasie epidemii SARS-CoV-2**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z dużym niepokojem obserwuje doniesienia medialne w zakresie sytuacji pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych oraz zatrudnionego tam personelu, jaka ma miejsce w czasach epidemii SARS-CoV-2. W obawie o bezpieczeństwo pacjentów oraz zatrudnionych pielęgniarek i pielęgniarzy, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się marginalizowaniu osób przebywających na leczeniu w szpitalach psychiatrycznych, jak również umniejszaniu roli osób pracujących w tych placówkach, zwłaszcza pielęgniarek, pielęgniarzy, którzy walczą z epidemią niejednokrotnie narażają własne życie i zdrowie.

Mając na względzie powyższe, podjęliśmy próbę zdiagnozowania sytuacji szpitali psychiatrycznych w Polsce, która wskazuje na brak jednolitych regulacji, wytycznych, procedur w zakresie testowania osób przebywających na leczeniu lub przyjmowanych do szpitala. Brak wytycznych, co do testowania personelu, w tym pielęgniarstwa, który sprawuje 24 godzinną opiekę oraz brak możliwości wyizolowania osób zakażonych SARS-CoV-2, stwarza bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia innych pacjentów oraz pielęgniarek i pielęgniarzy, a tym samym powoduje:

- 1) trudności we współpracy z innymi placówkami, w związku z koniecznością leczenia schorzeń somatycznych u pacjentów chorych psychicznie w sytuacji nagłego pogorszenia stanu somatycznego (inne szpitale kategorycznie wymagają aktualnego wyniku badania w kierunku SARS-CoV-2 i od tego wyniku uzależniają przyjęcie do szpitala),
- 2) brak szybkich testów do badań genetycznych w kierunku zakażenia SARS-CoV-2, w które zgodnie z informacją Ministerstwa Zdrowia miały być zaopatrzone wszystkie Izby Przyjęć,
- 3) odmowy przyjęcia pacjentów, również z oddziałów psychiatrii sądowej o wzmocnionym stopniu zabezpieczenia z pozytywnym wynikiem – do szpitali, które są wyznaczone do leczenia chorych na COVID-19, a tym samym głównym problemem jest fakt, że większość pacjentów z dodatnim wynikiem pozostaje w szpitalu psychiatrycznym na leczeniu, izolacji oraz kwarantannie, a personel pielęgniarski jest narażony na zarażenie z uwagi na brak możliwości zapewnienia prawidłowych warunków izolacji,
- 4) problemy w obsadzie dyżurów w związku z dużą rotacją personelu ze względu na zachorowania z powodu SARS-CoV-2, kwarantannę i inne zwolnienia lekarskie stanowi brak możliwości pogodzenia zobowiązań wynikających z opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, w tym również wymagającymi intensywnego nadzoru z wymaganiami epidemiologicznymi,
- 5) problemy finansowe związane ze wzrostem cen środków ochrony indywidualnej, sprzętu typu pulsoksymetry, ssaki, dyfuzory zamglawiania itp.,
- 6) niemożność pogodzenia wytycznych Ministerstwa Zdrowia wydanych w porozumieniu z Konsultantem Krajowym ds. Psychiatrii zalecających znaczące ograniczenie przyjęć na oddziały psychiatryczne do pacjentów spełniających kryteria ustawowe do przyjęcia w trybie art. 23 i 24 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, a jednocześnie wymaganiami NFZ związanymi z kontraktem i koniecznością wypełniania wymogów wynikających z zawartej umowy w celu uzyskania płatności za wykonane usługi.

Jako samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych mamy ustawowe prawo do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej, wobec czego stanowczo domagamy się respektowania Konstytucji RP. Zgodnie z art. 32 wszyscy są wobec prawa równi i wszyscy mają prawo do równego traktowania przez władze publiczne. Nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny.

Wnosimy o pilne uregulowanie powyższych kwestii w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych wobec pacjentów szpitali psychiatrycznych oraz realizacji tych świadczeń przez personel pielęgniarski w stanie epidemii, z zapewnieniem bezpieczeństwa wykonywania zawodu oraz uznania dodatkowego wynagrodzenia pielęgniarkom i pielęgniarzom za pracę z osobami zarażonymi SARS-CoV-2.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH****Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

NIPiP-NRPiP-DS.015.173.2020.MT

Warszawa, dnia 6 października 2020r.

**Adam Niedzielski**  
**Minister Zdrowia**

Szanowny Panie Ministrze,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP  
Sebastian Irzykowski

Do wiadomości:

Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



Minister Zdrowia

Warszawa, 11 listopada 2020

SZUZ.740.24.2020.AG

Pan  
Sebastian Irzykowski  
Wiceprezes  
Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Wiceprezecie,

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

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

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

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

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

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

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

Zpoważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Waldemar Kraska  
Sekretarz Stanu

## Stanowisko nr 44

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2020 r.

#### w sprawie równego traktowania świadczeniodawców w Podstawowej Opiece Zdrowotnej



Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o pilne podjęcie działań w kierunku równego traktowania świadczeniodawców w POZ, uwzględnienie finansowania w formie nowej stawki tzw. fee for service, która będzie miała zastosowanie dla każdego pacjenta z dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS CoV-2, objętego opieką przez pielęgniarkę i położną POZ. Pacjenci z dodatnim wynikiem na obecność koronawirusa to w większości pacjenci z chorobami współistniejącymi, którzy w trakcie terapii wymagają i będą wymagali udzielania świadczeń przez pielęgniarki i położne POZ. Obecnie pielęgniarki i położne POZ otrzymują zlecenia na realizację świadczeń u pacjentów pozostających w kwarantannie, a wymagających zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji, co wiąże się ze zwiększonym zagrożeniem epidemicznym oraz zwiększonymi kosztami zapewnienia odpowiednich środków ochrony osobistej zgodnie z obowiązującymi wytycznymi.

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

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

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

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

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

Art. 134. [Równe traktowanie świadczeniodawców]

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

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

Trzeba ponadto zauważyć, że w sytuacji epidemii wiele laboratoriów diagnostycznych zaprzestało pobierania krwi w miejscu zamieszkania pacjenta (tłumacząc to zagrożeniem i kosztami związanymi z zabezpieczeniem w środki ochrony osobistej), co sprawiło, że świadczenie i koszty z nim związane są przerzucane na pielęgniarki POZ. Tu zwracamy ponownie uwagę na istotny fakt – gdy w przypadku udzielonej przez lekarza POZ teleporady zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, obowiązkiem świadczeniodawcy jest organizacja pobrania materiałów do badań diagnostycznych i ich transport zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (t. j. Dz. U. z 2019 r., poz. 849 ze zm.). Obecnie obowiązujący stan prawny nie reguluje jednoznacznie kwestii związanych z przewozem materiału pobranego w celu badań diagnostycznych od pacjenta w warunkach domowych. Nieprecyzyjne przepisy sugerują, że wszelkie obowiązki w zakresie transportu obciążają świadczeniodawcę w zakresie przedmiotowym zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z postanowieniami umowy europejskiej, która dotyczy międzynarodowego przewozu drogowego towarów niebezpiecznych (ADR), transport materiałów do badań diagnostycznych ma odbywać się specjalnym, do tego celu przeznaczonym transportem. Natomiast transport materiałów zakaźnych może odbywać się samochodem specjalnie do tego celu nieprzystosowanym wyjątkowo, gdy istnieje znikome prawdopodobieństwo, że materiały te zawierają patogeny. Zgodnie z art. 9 ust. 7 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o przewozie towarów niebezpiecznych (t. j. Dz. U. z 2020 r., poz. 154) organem właściwym dla określenia w sprawach warunków przewozu materiałów zakaźnych jest minister właściwy do spraw zdrowia – postulata *de lege ferenda* – **wnosimy o PILNE przygotowanie warunków przewozu.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku utrzymania finansowania w formie opłat jednostkowych wizyt patronażowych oraz wizyt edukacji przedporodowej realizowanych przez położne POZ wobec ciężarnych i położnic za pomocą środków teleinformatycznych. Zalecenia dla położnych POZ konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 określają: *Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.* Powyższe zalecenia wskazują na wykorzystanie różnego rodzaju środków teleinformatycznych z możliwością wykorzystania wizji i fonii, a nie jedynie telefonu. Wykorzystanie tych środków staje się wręcz niezbędne w codziennej pracy położnej POZ w warunkach zagrożenia epidemicznego, zważywszy na fakt konieczności minimalizowania ryzyka infekcji COVID-19 poprzez ograniczenie do niezbędnego minimum osobistych kontaktów z pacjentkami.

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

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

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

Sekretarz NRPiP

  
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP

  
Mariola Łodzińska



# Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Znak: DSOZ-DPZ.401.313.2020  
2020. 166564.KABA

Warszawa, 12.11.2020

Pani  
Mariola Łozińska  
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo z dnia 16 października 2020 r. znak: NIPIP-NRPIP- DS.015.191.2020.MT dotyczącego Stanowiska w sprawie równego traktowania świadczeniodawców w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, podjętego na posiedzeniu NRPIP z dnia 15 października 2020 r., proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

1. Zgodnie z obowiązującymi przepisami warunkiem zawierania umów z NFZ jest zakres świadczeń zatwierdzony przez Ministra Zdrowia. Na ich podstawie Prezes NFZ określa warunki realizacji umów dla świadczeniodawców m.in. w podstawowej opiece zdrowotnej. Propozycja nowego sposobu finansowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne poz w postaci zapłaty za każde świadczenie udzielone pacjentom z dodatnim wynikiem testu w kierunku SARS CoV-2 objętego opieką w tzw. „systemie fee for service” leży poza kompetencjami Prezesa Funduszu i wymaga działań ze strony Ministerstwa Zdrowia.
2. Opłata ryczałtowa za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, wynosi 3% wartości świadczeń udzielonych po dniu 30 czerwca 2020 r. wynikającej z rachunku za dany okres sprawozdawczy i została określona w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 140/2020/DSOZ z dnia 10 września 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 ze zm. Dotyczy to wszystkich podmiotów, wpisanych do wykazu przez dyrektorów OWNFZ, o których mowa w art. 7 ust. 1 ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1872 t.j.). Dotyczy to zatem zarówno lekarzy jak i pielęgniarek czy położnych w poz.
3. Wytyczne Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego p. Beaty Ostrzyckiej z dnia 2 lipca 2020 r., zawierają jednoznaczne wskazanie by wizyty domowe odbywały się tylko w przypadkach uzasadnionych z uwzględnieniem komunikacji/rozmowy z lekarzem zlecającym. Prezes Funduszu nie ingeruje w zasadność i w miejsce wykonywania zabiegów medycznych w przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta. Proponuję by nastąpiło uzgodnienie stanowisk konsultantów w dziedzinie medycyny rodzinnej w określeniu warunków realizacji podawania dożylnych wlewno-kroplowych wykluczające nadmierne ich zlecenie w czasie trwającej pandemii a także jak najszybsze przekazanie ich do realizacji, jako zaleceń dla lekarzy i pielęgniarek, w odrębnym dokumencie dla realizatorów świadczeń.
4. Trwający czas pandemii jest wyjątkowy pod względem przestrzegania zasad postępowania epidemiologicznego. Podstawą wszelkich działań pielęgniarki jest postępowanie zgodne z wytycznymi i rekomendacjami oraz aktualną wiedzą medyczną. Zgodnie z nimi nie ma możliwości obciążania pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w poz zadaniami laboratoriów czy transportu przewozowego. Są to działania niedozwolone podlegające negatywnej weryfikacji. Jednocześnie zgodnie z zasadami postępowania przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia w Strategii walki z pandemią COVID-19-strategia jesień 2020, lekarz POZ w przypadku podejrzenia zachorowania na Covid-19 u pacjenta przebywającego w domu, bez możliwości poruszania się i przemieszczania do punktu wymazowego, zawiadamia Wojewódzką Stację Sanepid. W strukturze organizacyjnej WSSE wydzielono stanowisko koordynatora, który przyjmując zlecenie na pobranie wymazu kieruje indywidualnie karetkę z zespołem, który ma uprawnienia oraz jest wyposażony w materiały ochronne do pobrania wymazu i przewiezienia próbki do badania do laboratorium posiadającego akredytację MZ. W tak przyjętym przez Ministerstwo Zdrowia i inne instytucje ochrony zdrowia nie istnieje konieczność by pielęgniarki POZ pobierały materiał zakaźny i go transportowały celem wykonania badania.

W przypadku występowania, opisanych w Stanowisku niewłaściwych praktyk, proszę o zgłaszanie ich instytucji nadzoru epidemiologicznego oraz wojewódzkich konsultantów dziedzinowych jako nieprawidłowości w postępowaniu z materiałem zakaźnym.

W związku ze zgłaszanymi w przedmiotowym Stanowisku, w ogólnej formie, postulatami finansowymi tj.:

- różnicowanie w sposobie finansowania wskaźników wiekowych w populacji objętej opieką,
- wprowadzenie wyceny porady pielęgniarki i położnej poz,
- zwiększenie wyceny poszczególnych świadczeń np. w profilaktyce gruźlicy, czy wzrostu zachorowania na grypę, itp.,

informuję, że właściwym jest podjęcie w trybie pilnym, szczegółowych prac we współpracy z MZ oraz AOTM w celu określenia szczegółowego katalogu i wartości świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez pielęgniarki i położne również w formie teleporad i wizyt domowych. Na ich podstawie zostaną opracowane produkty do rzetelnego, finansowego rozliczenia przez Fundusz.

Z poważaniem,  
Filip Nowak

p.o. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia





## OGÓLNOPOLSKI ZWIĄZEK ZAWODOWY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ZARZĄD KRAJOWY

Warszawa, dnia 29 września 2020 r.

**Pan  
Adam Niedzielski  
Minister Zdrowia  
Ministerstwo Zdrowia**

W dniu 28 września 2020 r. w trakcie nadzwyczajnego posiedzenia Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie został szczegółowo poinformowany o planowanym przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ **transferze środków finansowych przeznaczanych do 31-12-2020 r. jako środki znaczone dla pielęgniarek i położnych do ogólnej puli środków z kontraktu przekazywanych pracodawcom za świadczenia medyczne**. Przekazaliśmy członkom Zarządu Krajowego informacje uzyskane na spotkaniu w Ministerstwie w dniu 22-09-2020 r. oraz na Trójstronnym Zespole ds. Ochrony Zdrowia w dniu 23-09-2020 r.

Wskazujemy, że do wiadomości partnerów społecznych zostało przekazane **ogólne założenie, zgodnie z którym od 01 stycznia 2021 r. ma dojść do likwidacji (!!!) dotychczasowych zasad przekazywania świadczeniodawcom środków finansowych na podstawie OWU jako środków „znaczonych” do rozliczenia wyłącznie na wzrost wynagrodzenia grupy zawodowej pielęgniarek i położnych**.

Zrozumieliśmy, że **Minister Zdrowia i Prezes NFZ zamierzają jednostronnie wycofać się** z przygotowania zarządzenia wyliczającego współczynniki korygujące do kontraktów, które miały gwarantować utrzymanie indywidualne przekazywania nadal środków znaczonych dla naszej grupy zawodowej po 31-12-2020r. W to miejsce powstała jakaś mglista koncepcja włączenia tych środków do wzrostu kontraktu powiększonych o dodatkowy ryczałt w dodatku wygaszany w czasie.

Do chwili obecnej nie otrzymaliśmy żadnych szczegółowych propozycji rozwiązań, żadnych projektów zmiany przepisów ustawowych, żadnych projektów zmian rozporządzeń Ministra Zdrowia, ani także projektów zarządzeń wykonawczych Prezesa NFZ.

**Niespodziewana zmiana podejścia do przekazywania w/w środków ograniczyła się w zasadzie do pokazania jednego slajdu (s.7) przez Prezesa NFZ, który miał nam zobrazować rewolucyjną zmianę sposobu wydatkowania dla różnych grup zawodowych przez NFZ kwoty 6.315.389.976 zł. w skali roku!**

Pan Minister pytał się strony społecznej o zagrożenia takiej systemowej (rewolucyjnej) zmiany, bo Ministerstwo takich zagrożeń nie widzi. Nie wiemy, czy to pytanie mamy traktować na poważnie? Przecież o potencjalnych zagrożeniach zmiany systemu dystrybucji środków NFZ na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych mówimy już od 2018 r., powtarzając argumenty w zasadzie na każdym kolejnym spotkaniu. Negocjując Porozumienie z 09-07-2018 r. i przewidując potencjalne zagrożenia w § 2 ust. 5 wpisaliśmy, że **przystąpimy do prac nad projektem ustawy, który zastąpi regulacje zawarte w rozporządzeniach dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w § 1 ust. 1 Porozumienia. Prace miały rozpocząć się w marcu 2019r.**

**Panie Ministrze – mamy koniec września 2020r. !**

**Gdzie jest projekt tej ustawy? Dlaczego nie wykonuje Pan podpisane zobowiązania? Dlaczego forsuje Pan kierunek zmian, który w żadnym wypadku nie może być przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych zaakceptowany?**

**Ministerstwo pyta nas o zagrożenia, zatem proszę bardzo, oto kilka z nich:**

1. Tracimy możliwość zgłaszania przez świadczeniodawców uaktualnionych list pielęgniarek i położnych, co spowoduje brak środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu ochrony zdrowia, brak możliwości sfinansowania zwiększenia zatrudnienia w naszej grupie zawodowej w przypadku, gdy świadczeniodawca zechce poszerzyć zakres działalności, czy też w sytuacji konieczności zwiększenia zatrudnienia wymuszonej wejściem w życie nowych minimalnych norm zatrudnienia (np. od 01-01-2021r. w psychiatrii),
2. Środki przestają być „znaczone” dla grupy zawodowej, a zatem pracodawca – po zrealizowaniu zgłoszonej przez Pana Ministra koncepcji – będzie miał prawo swobodnego dysponowania przekazanymi środkami (będzie mógł dowolnie zmieniać warunki wynagradzania obniżając wynagrodzenia zasadnicze, wymuszać zmniejszenie wynagrodzenia w trybie za porozumieniem stron, przedłużać umowy na czas określony na zupełnie nowych warunkach),
3. Tracimy wyliczenie zamkniętego katalogu pochodnych od wynagrodzenia zasadniczego jakie mogą być pokrywane obecnie przez pracodawcę (na razie zgodnie z wykładnią MZ mogą to być oprócz wynagrodzenia zasadniczego tylko dodatki stażowe, dodatki świąteczno – nocne i ZUS pracodawcy od tych składników),
4. Tracimy element możliwości negocjacji zasad podziału środków w uzgodnieniu ze stroną społeczną, a gdy nie dochodzi do porozumienia traci byt zasada podziału środków PO RÓWNO na etat (zgłaszamy, że to wywoła kolejne konflikty w zakładach pracy),
5. Z chwilą przejścia na system wzrostu kontraktu powiększanego o stopniowo wygaszany ryczałt tracimy jakąkolwiek możliwość kontrolowania sposobu wydatkowania dotychczas znaczonych środków i sprawdzenia, czy faktycznie trafiły na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych,
6. Tracimy zupełnie kontrolę nad gwarantowaniem wypłaty środków dla pielęgniarek i położnych POZ.
7. W ramach przedstawionych ogólnych założeń kompletnie nie wiemy, co będzie działo się ze środkami finansowymi dedykowanymi dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umów cywilno – prawnych, a przecież na te równoważniki etatów nadal są i mają być wypłacane przez NFZ środki w wysokości po 1.600,-zł. brutto na etat (pielęgniarki i położne na umowach cywilno – prawnych, nie będą miały żadnej gwarancji nie zmniejszania stawki godzinowej za świadczoną pracę),
8. Nie mamy żadnej informacji o okresie trwania I etapu (wzrost kontraktu powiększany o ryczałt) oraz II etapu (stopniowe wygaszanie ryczałtu), chociaż już to wstępne założenie jest sygnałem, że część świadczeniodawców (ci, którzy mają obecnie większy niż przeciętny 10% udział środków znaczonych z OWU w zestawieniu z ogólną wartością kontraktu) przez kolejne miesiące 2021 r. nie otrzymają fizycznie żadnego wzrostu dodatkowego finansowania, a w konsekwencji dojdzie do znacznego pogorszenia sytuacji najprawdopodobniej szpitali powiatowych w Polsce.

► Ciąg dalszy na str. 34

**Nie możemy zaakceptować twierdzenia, że jedyną i wystarczającą gwarancją będzie działanie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych!**

Ustawa ta ma sama w sobie wiele wad m.in. :

- nie przewiduje zasad dalszych wzrostów wynagrodzenia zasadniczego powiązanych z przeciętnym wynagrodzeniem po 31-12-2021 r.;
- współczynniki pracy określa na zbyt niskim, nieakceptowanym przez OZZPiP poziomie;
- wprowadza niesprawiedliwy podział na grupy zawodowe;
- zawiera zbyt dużą rozbieżność pomiędzy współczynnikami pracy dla poszczególnych grup zawodowych;
- nie jest w ogóle skorelowana z rosnącą skokowo stawką płacy minimalnej, która od stycznia 2021 r. planowana jest na poziomie 2.800,-zł.;
- zawiera błędny i krzywdzący pracowników zapis, że zaliczenie pracownika do danej grupy zależy nie od poziomu kwalifikacji i wykształcenia tylko od wymagań dla danego stanowiska pracy, co jest furtką dla pracodawców do odmowy podwyżki wynagrodzenia pomimo podniesienia kwalifikacji.

Zarząd Krajowy OZZPiP przyjął wszystkie w/w informacje z ogromnym zaskoczeniem i oburzeniem. Zarząd Krajowy OZZPiP **zdecydował o przystąpieniu do przygotowania ogólnokrajowych akcji protestacyjnych**. Zarząd Krajowy OZZPiP zamierza rozpocząć szeroką akcję skierowaną do mediów oraz całego środowiska pielęgniarek i położnych informującą **o próbie odebrania naszej grupie zawodowej gwarancji kontynuowania wypłaty znaczonych środków na utrzymanie wzrostów wynagrodzenia po 31-12-2020r.**

**Skandaliczny jest fakt, że Minister Zdrowia działania te podejmuje nie dość, że w okresie kulminacji zachorowań epidemicznych, to jeszcze ma dla naszej grupy zawodowej specyficzny prezent z okazji Roku 2020 ogłoszonego Rokiem Pielęgniarek i Położnych.**

**Można tylko pogratulować Ministerstwu wycucia miejsca i terminu dla wdrożenia takich zmian.**

Oświadczamy, że **Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody na wyżej zaproponowaną ogólną koncepcję zmian zasad finansowania naszych wynagrodzeń przez NFZ po 31-12-2020 r.** Wskazany ogólny projekt założeń zmiany zasad dystrybucji środków finansowych jest nieprzemysłany, nie ma poparcia w żadnych przygotowanych projektach aktów prawnych rangi ustawowej, rozporządzeń i zarządzeń wykonawczych NFZ, a zatem w ogóle nie mamy do czego się odnieść.

Ponadto zostały tylko trzy miesiące do wdrożenia „współczynników korygujących” do kontraktów z NFZ, pomimo że przepisy § 16 ust. 1a, 3-5 oraz § 30 ust. 1a załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08-09-2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2020 poz. 320) czekają na wejście w życie z dniem 01-01-2021 r. już od kilku lat. **Uważamy, że Ministerstwo Zdrowia nie może zaskakiwać strony społecznej nagłą rewolucyjną zmianą zasad wypłacania środków – środków z takim trudem wywalczonych i wynegocjowanych od Rządu RP – i pozostawiać regulację płacową do swobodnej decyzji poszczególnych pracodawców.** W chwili obecnej brak jest już czasu na wynegocjowanie i przeprowadzenie w Parlamencie nowej ustawy, która miała zgodnie z zapisem § 2 ust. 5 Porozumienia z 09-07-2018 r. zastąpić regulacje zawarte w rozporządzeniach dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie określonym w § 1 ust. 1 Porozumienia.

Nieakceptowalnym rozwiązaniem jest próba pozostawienia regulacji płac po 31-12-2020 r. wyłącznie do działania ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, bo przecież także w tym zakresie Pan Minister nie wykonał swojego zobowiązania zawartego w § 1 ust. 9 Porozumienia z dnia 09-07-2018 r. (przypominam, że od września 2018 r. Minister Zdrowia miał zaproponować pracę nad zmianą współczynników pracy w ustawie, tak aby współczynniki te odzwierciedlały wykształcenie, kompetencje oraz odpowiedzialność pielęgniarek i położnych).

Zarząd Krajowy OZZPiP widzi realne zagrożenie utraty przez pielęgniarki i położne gwarantowanych dotąd wzrostów wynagrodzeń zasadniczych, wynagrodzeń które i tak są na poziomie nie ekwiwalentnym do posiadanego wykształcenia, kompetencji i odpowiedzialności naszej grupy zawodowej.

**Zrealizowanie siłowe przedstawionej koncepcji spowoduje, że wszystkie działania podejmowane dotąd przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy z naszym związkiem zawodowym i samorządem zawodowym w kierunku polepszenia warunków pracy i płacy naszej grupy zawodowej, a tym samym zbudowania pozytywnego wizerunku dla wykonywania zawodu w Polsce legną w gruzach.**

**Oczekujemy na pisemne odniesienie się do w/w zarzutów i kategorię oświadczenie odstąpienia od likwidacji działania OWU. Oczekujemy również odpowiedzi na postulaty zawarte w piśmie z dnia 03-09-2020 r.**

**Oczekujemy jednoznacznej odpowiedzi w terminie do dnia 05 października 2020 r.**

Zwracamy uwagę, że tak ostre stanowisko i reakcję OZZPiP wywołał w zasadzie tylko jeden problem związany z próbą likwidacji środków „znaczonych” przekazywanych na nasze wynagrodzenia na podstawie OWU. **Tymczasem problemów, jakie do rozwiązania Pana Ministra zgłosiliśmy jest znacznie, ale to znacznie więcej, a część tych problemów jest wprost niewykonaniem przez Ministra Zdrowia warunków Porozumienia z dnia 09-07-2018 r. Nasze zobowiązanie do niepodjęcia do 01-01-2021 r. ogólnokrajowych akcji protestacyjnych było warunkowe, uzależnione od realizacji przez Ministra Zdrowia i Rząd RP wszystkich zobowiązań przyjętych w Porozumieniu (§ 2 ust. 2 Porozumienia).** Pomimo, że i tak za trzy miesiące jesteśmy zwolnieni z udzielonego zobowiązania, to obawiam się że akcje protestacyjne wybuchną znacznie wcześniej, bowiem **Porozumienie z dnia 09-07-2018 r. zostało już w kilku punktach złamane, a terminy i przyjęte harmonogramy wprowadzania zmian naruszone.**

Z poważaniem

(-) Krystyna Ptok

Przewodnicząca

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego

Pielęgniarek i Położnych



## UWAGA OC – PILNE!

W związku z kontynuacją ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Lublinie zwracam się z uprzejmą prośbą o przesłanie aktualnych, imiennych list pielęgniarek i położnych do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w 2020/2021 roku.

Listy należy kierować na adres:

### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Czechowska 3a, 20-072 Lublin

Informacje, które należy zawrzeć w wykazie do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej to:

- nazwisko i imię,
- data urodzenia lub PESEL,
- adres zamieszkania,

Proszę o zaznaczenie zawodu: pielęgniarka/położna. Ubezpieczeni są tylko członkowie regularnie opłacający składki.

(-) Andrzej Tytuła  
Przewodniczący ORPiP w Lublinie

## UWAGA !

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, zwracam się do kierowniczej kadry pielęgniarskiej z prośbą o przygotowanie wykazu wszystkich pielęgniarek i położnych, które w 2020 roku odeszły lub odejdą na rentę, emeryturę bądź świadczenia przedemerytalne.

Ww. informacje potrzebne będą do przygotowania uroczystości pożegnania pielęgniarek i położnych odchodzących na ww. świadczenia, corocznie organizowanej przez Komisję ds. Pomocy Socjalnej przy ORPiP w Lublinie.

Listę, o której mowa wyżej proszę przygotować wg. następującego wzoru:

- wskazanie pracodawcy,
- imię i nazwisko pielęgniarki / położnej,
- adres zamieszkania, telefon.

### Termin nadsyłania danych do dnia 20 stycznia 2021 r.

Listy należy kierować na adres:

### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Czechowska 3a, 20-072 Lublin

(-) Andrzej Tytuła  
Przewodniczący ORPiP w Lublinie

## KONDOLENCJE

Koleżance

### Basi Józwiak

szczerze i głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

### TATY

składają

współpracownicy z Kliniki

Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej  
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego  
w Lublinie

Koleżance

### Bernadecie Bajda-Wójtowicz

wyrazy głębokiego i szczerego współczucia

z powodu śmierci

### TATY

składa

zespół pielęgniarski Samodzielnego

Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

w Łęcznej

Wyrazy współczucia oraz słowa

wsparcia i otuchy

dla

### Ani Nieścior

z powodu śmierci

### TEŚCIA

składają

koleżanki z Bloku Operacyjnego Klinik

Okulistyki SPSK Nr 1 w Lublinie



Z wyrazami głębokiego żalu i przykrością zawiadamiamy  
o śmierci Naszej Koleżanki

**śp. GRAŻYNY WARTACZ**

Specjalistka pielęgniarstwa środowiskowo – rodzinnego,  
pielęgniarka nauczania i wychowania szkolnego

Wspomnienie o Niej będzie budzić w każdym z nas ciepłe emocje, które towarzyszyły Jej podczas wielu lat pracy w zawodzie pielęgniarki. Wyjątkową troską i spokojem otaczała wszystkich swoich pacjentów. Na zawsze pozostanie w naszych sercach jako serdeczna, życzliwa oraz pełna ciepła osoba, która dla wielu z nas była także przyjacielem.

W tych trudnych chwilach składamy Rodzinie i najbliższym wyrazy współczucia i słowa wsparcia.  
Współpracownicy z NZOZ Eskulap w Lublinie

Wyrazy współczucia oraz słowa  
wsparcia i otuchy  
dla

**Ewy Czajki**

z powodu śmierci

**TEŚCIOWEJ**

składają

koleżanki z Bloku Operacyjnego Klinik  
Okulistyki SPSK Nr 1 w Lublinie

Koleżance

**Beacie Kowalik**

szczerze i głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**TEŚCIOWEJ**

składają

współpracownicy z Kliniki  
Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej  
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego  
w Lublinie

Koleżance

**Marzenie Oleszko**

szczerze i głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**TEŚCIOWEJ**

składają

współpracownicy z Kliniki  
Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej  
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego  
w Lublinie

Koleżance

**Krystynie Dyndur**

wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**MAMY**

składają

koleżanki i koledzy z Bloku Operacyjnego  
Samodzielnego Publicznego Szpitala  
Klinicznego nr 4 w Lublinie

Koleżance

**Grażynie Flis**

wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**TATY**

składają

koleżanki z Oddziału Patologii  
Noworodków Uniwersyteckiego Szpitala  
Dziecięcego w Lublinie

Koleżance

**Urszuli Trynkiewicz**

wyrazy głębokiego współczucia oraz słowa  
wsparcia i otuchy z powodu śmierci

**MAMY**

składają

zespół współpracowników z Oddziału  
Noworodków i Wcześnieńców Samodzielnego  
Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Jana  
Bożego w Lublinie

Koledze

**Jarosławowi Pidek**

wyrazy głębokiego współczucia i żalu  
z powodu śmierci

**MAMY**

składają

pielęgniarki i położne Samodzielnego  
Publicznego Szpitala Wojewódzkiego  
im. Jana Bożego w Lublinie

Koleżance

**Małgorzacie Wiśniewskiej**

wyrazy głębokiego współczucia i żalu  
z powodu śmierci

**TATY**

składają

pielęgniarki Oddziału Chorób Zakaźnych  
Dziecięcych Samodzielnego Publicznego  
Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Bożego  
w Lublinie

Koledze

**Jarosławowi Pidek**

wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**MAMY**

składa

Zakładowa Organizacja Związku  
Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu  
Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie

Koleżance

**Małgorzacie Wiśniewskiej**

wyrazy głębokiego współczucia  
z powodu śmierci

**TATY**

składa

Zakładowa Organizacja Związku  
Zawodowego Pielęgniarek i Położnych  
przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu  
Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie

Koleżance

**Dorocie Piwowarskiej**

szczerze i głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**TATY**

składają

współpracownicy z Kliniki  
Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej  
Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego  
w Lublinie

Koleżance

**Urszuli Czajce-Kuchcie**

szczerze i głębokie wyrazy współczucia  
z powodu śmierci

**TATY**

składają

współpracownicy ze Szpitala  
Neuropsychiatrycznego  
im. Prof. M. Kaczyńskiego SPZOZ  
w Lublinie

Wyrazy głębokiego współczucia  
oraz słowa wsparcia i otuchy  
dla Pani

**Agnieszki Czyż**

położnej Przychodni Specjalistycznej  
w Bełżycach  
z powodu śmierci

**OJCA**

składają

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



## Oferta Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life dla Lubelskiej Izby Pielęgniarek i Położnych (w tym COVID-19)

RYZYKO	Wysokość świadczenia (zł)*						Karencje
	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI	
Śmierć Ubezpieczonego (również w wyniku COVID-19)	25 000	35 000	45 000	50 000	100 000	150 000	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000	70 000	90 000	100 000	200 000	400 000	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	60 000	80 000	110 000	150 000	300 000	700 000	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	60 000	80 000	110 000	150 000	300 000	700 000	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	80 000	100 000	130 000	200 000	400 000	1 000 000	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	50 000	70 000	90 000	100 000	150 000	200 000	6 miesięcy
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	300	400	500	500	750	1 000	-
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	300	400	500	-	-	-	3 miesiące
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (47 jednostek chorobowych – w tym schyłkowa niewydolność oddechowa)	4 000	5 000	7 000	10 000	15 000	20 000	90 dni
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW - stawka dzienna - płatne do 14 dni	100	120	150	100	200	300	-
za kolejne dni:	50	60	75	50	100	150	-
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby (również w wyniku COVID-19) - stawka dzienna - płatne do 14 dni	50	60	75	50	100	150	30 dni
za kolejne dni:	25	30	38	25	50	75	30 dni
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (również w wyniku COVID-19) - powyżej 24 godzin	500	600	750	500	1000	1 500	30 dni
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (katalog 539 operacji)	2 000	3 000	5 000	-	-	-	180 dni
Śmierć Współmałżonka (również w wyniku COVID-19)	10 000	12 000	14 000	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Współmałżonka w wyniku NW	15 000	18 000	21 000	-	-	-	-
Śmierć Dziecka (również w wyniku COVID-19)	5 000	6 000	7 000	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Dziecka w wyniku NW	10 000	12 000	14 000	-	-	-	-
Urodzenie Dziecka	800	1 200	1 500	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną	2 000	3 000	4 000	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie martwego Dziecka	2 000	3 000	4 000	-	-	-	3 miesiące
Osierocenie Dziecka (również w wyniku COVID-19)	3 500	4 500	5 500	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Rodzica lub Teścia (również w wyniku COVID-19)	1 000	1 200	1 500	-	-	-	6 miesięcy
Assistance Plus	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	-
<b>Składka miesięczna</b>	<b>59 zł</b>	<b>79 zł</b>	<b>99 zł</b>	<b>59 zł</b>	<b>99 zł</b>	<b>169 zł</b>	

\* kwoty skumulowane

### Dodatkowy pakiet ryzyk medycznych

PAKIET RYZYK MEDYCZNYCH	Wysokość świadczenia (zł)
Trwałe Uszkodzenie Wzroku w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Promieniowanie Laserowe Podczas Wykonywania Pracy	5 000
Trwałe Uszkodzenie Słuchu w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Hałas Ultradźwiękowy Podczas Wykonywania Pracy	5 000
Zatrucie Ubezpieczonego w Wyniku Ekspozycji na Substancje Chemiczne Wykorzystywane Podczas Wykonywania Pracy	5 000
Uraz Kręgosłupa u Ubezpieczonego w Trakcie Wykonywania Pracy	5 000
Poważne Zachorowanie Personelu Medycznego	5 000
Doraźna Pomoc Psychologiczna na Wypadek Stwierdzenia u Ubezpieczonego „Wtórny Zespół Stresu Pourazowego” w Związku z Wykonywaniem Pracy	5 000
Obrażenia Ciała Ubezpieczonego Spowodowane Bezpośrednią Fizyczną Agresją Osób Trzecich w Miejscu Wykonywania Pracy (za 1% uszczerbku)	500
<b>Składka miesięczna</b>	<b>7 zł</b>

Niniejszy materiał nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego. Szczegółowe informacje o warunkach ubezpieczenia, w tym o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. uprawniających do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, znajdziecie Państwo w INTER Medyk Life Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie przyjętych Uchwałą nr 19/2020 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 13.05.2020 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.  
 Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa  
 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy  
 KRS: 0000012649, NIP: 547-17-53-546  
 Kapitał zakładowy wynosi 24,8 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony



## Oferta Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life dla Lubelskiej Izby Pielęgniarek i Położnych (w tym COVID-19)

**INTER Medyk Life**

**Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy. Realne wsparcie finansowe już od 1-go dnia niezdolności do pracy w wyniku zachorowania na COVID-19**

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy INTER Medyk Life dedykowane jest osobom wykonującym zawody medyczne w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej. W przypadku niezdolności do pracy na skutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku wypełni lukę w utraconych przychodach i zapewni Tobie i Twoim bliskim bezpieczeństwo finansowe

### Jak działa ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy?

Świadczenie pieniężne wypłacane jest za okres od:  
 1-go dnia niezdolności do pracy w przypadku COVID-19  
 31-go dnia niezdolności do pracy w przypadku innej choroby  
 1-go dnia niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Pod warunkiem, że niezdolność do pracy trwa nieprzerwanie minimum:  
 31 dni w wyniku zachorowania na COVID-19 lub innej choroby  
 15 dni w wyniku nieszczęśliwego wypadku  
 Świadczenie pieniężne jest wypłacane maksymalnie za okres 365 dni

### Wybierz optymalny wariant ubezpieczenia

CHOROBA +NW			
Świadczenie dzienne <b>150 zł</b> (kwota gwarantowana)	Świadczenie dzienne <b>300 zł**</b> (suma kwoty gwarantowanej i kwoty doubezpieczenia)	Świadczenie dzienne <b>450 zł**</b> (suma kwoty gwarantowanej i kwoty doubezpieczenia)	Świadczenie dzienne <b>600 zł**</b> (suma kwoty gwarantowanej i kwoty doubezpieczenia)
MAKSYMALNE ŚWIADCZENIE PIENIĘŻNE ZA 30 DNI NIEZDOLNOŚCI DO PRACY			
<b>4 500 zł</b>	<b>9 000 zł</b>	<b>13 500 zł</b>	<b>18 000 zł</b>

\*\* kwota wypłacanego świadczenia dziennego zależna od uzyskiwanych przychodów

Składka za ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy jest ustalana indywidualnie, w zależności od wieku i wybranego wariantu. W sytuacji niezdolności do pracy warto zadbać o swoje bezpieczeństwo finansowe

Niniejszy materiał nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego. Szczegółowe informacje o warunkach ubezpieczenia, w tym o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. uprawniających do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia, znajdziecie Państwo w INTER Medyk Life Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie przyjętych Uchwałą nr 19/2020 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 13.05.2020 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.  
 Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa  
 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy  
 KRS: 0000012649, NIP: 547-17-53-546  
 Kapitał zakładowy wynosi 24,8 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony

# MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

# MPP

Miesięcznik Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Zawodowy punkt  
widzenia!



Magazyn Pielęgniarki i Położnej to:

- ✔ aktualne informacje o wydarzeniach branżowych,
- ✔ nowoczesne koncepcje i trendy pracy,
- ✔ profesjonalne wskazówki dotyczące kształcenia,
- ✔ praktyczne porady i opinie prawne,
- ✔ sprawdzone informacje o pracy za granicą.

**Co miesiąc cenne nagrody dla prenumeratorów!**

Magazyn Pielęgniarki i Położnej  
ul. Pory 78, 02-757 Warszawa  
tel. 695 350 774, e-mail: mpip@nipip.pl

[www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)