

Spis Treści

1. KOMUNIKATY

СОЛІДАРНІ З УКРАЇНОЮ – SOLIDARNI Z UKRAINA	2
Stanowiska i Apel NRPiP dotyczące dramatycznej sytuacji w Ukrainie	3 – 5
Wysokość składek członkowskich na 2022 rok	6 – 7
Stanowisko w sprawie wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla pracowników wykonujących zawody medyczne	8
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. wprowadzające obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych	9
Stanowisko Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej z dnia 7 lutego 2022 r. w sprawie odpowiedzialności pielęgniarek i położnych w przypadku niedopełnienia obowiązku zaszczepienia się przeciwko COVID-19	10 – 12
Obowiązek szczepienia służb medycznych	12 – 13
Opinia prawna w przedmiocie obowiązkowych szczepień przeciw COVID-19 przez osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach leczniczych	14 – 17
Korespondencja NRPiP z MZ dotycząca dodatkowego wynagrodzenia covidowego ..	18 – 27
Korespondencja NRPiP z MZ dotycząca zasad wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych	28 – 31
Odpowiedź MZ na propozycje zmian przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej	32 – 33
Stanowisko nr 56 Prezydium NRPiP z dnia 11 stycznia 2022 r. w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitałowej oraz ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych za realizację świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz oraz pielęgniarki szkolnej i odpowiedź NFZ	34 – 36
Apel samorządów zawodów medycznych z dnia 12 stycznia 2022 r. w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej w czasie epidemii COVID-19	36
Wątpliwe sensacje pielęgniarek.info.pl - Czas powiedzieć stop manipulacji informacjami	37 – 40
Opinia w sprawie realizacji przez pielęgniarki zleceń lekarskich dotyczących podawania kilku produktów w jednej iniekcji wraz z jej weryfikacją	41 – 46
Komunikat Ministra Zdrowia dotyczący uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie zlecenia testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2	47
Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie środków ochrony indywidualnej pracowników	48 – 59
2. ARTYKUŁ – Zgoda pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych	60 – 63
3. KĄCIK HISTORYCZNY	64 – 70
4. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	71 – 72

СОЛІДАРНІ З УКРАЇНОЮ – SOLIDARNI Z UKRAINA



Informacje przeznaczone dla osób z Ukrainy dostępne są na stronie internetowej <https://nipip.pl/solidarni-z-ukraina/>

Szanowni Państwo,

W związku z dramatyczną sytuacją na Ukrainie, Stowarzyszenie Polska Misja Medyczna zwróciła się z prośbą o wsparcie akcji zakupu niezbędnych środków medycznych.

Z uwagi na skoordynowany sposób działania Stowarzyszenia (zakup środków medycznych w ilościach hurtowych bezpośrednio od producentów i przekazywanie ich dla potrzebujących na Ukrainie) najbardziej efektywną formą pomocy będą wpłaty na rzecz Polskiej Misji Medycznej z przeznaczeniem na pomoc dla Ukrainy.

Poniżej przekazuję numer konta do wpłat na konto Stowarzyszenia Polska Misja Medyczna:

62 1240 2294 1111 0000 3718 5444 - z dopiskiem UKRAINA.

W obliczu ogromnej tragedii musimy pozostać solidarni i wspierać obywateli Ukrainy w każdy możliwy sposób.

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Stanowisko Nr 57

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 1 marca 2022 r.

w sprawie dramatycznej sytuacji na Ukrainie

Prezydium NRPiP wyraża stanowczy sprzeciw wobec ataku wojsk Federacji Rosyjskiej na niepodległą Ukrainę.

Deklarujemy solidarność z naszymi koleżankami i kolegami medykami oraz z obywatelami i obywatelkami Ukrainy, którzy obecnie doświadczają ogromnych cierpień fizycznych i psychicznych, będąc ofiarami zbrojnej przemocy.

Jako przedstawiciele samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych deklarujemy gotowość niesienia pomocy oraz zapewniamy o naszej trosce i zaangażowaniu.

Apelujemy do środowiska pielęgniarek i położnych o udzielanie wsparcia ofiarom wojny z terytorium niepodległej Ukrainy.

Wyrażamy nadzieję, że brutalne działania wobec bezbronnej ludności Ukrainy zostaną niezwłocznie zakończone.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

Stanowisko nr 58
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 marca 2022 r.

**w sprawie poparcia inicjatywy Ministra Zdrowia oraz Ministra Edukacji
i Nauki, skierowanej do Rektorów polskich uczelni medycznych,
umożliwiającej kontynuację studiów medycznych na terenie
Rzeczypospolitej Polskiej studentom kształcącym się w zawodach
medycznych z terenu objętego konfliktem, a także naukowcom
prowadzącym badania**

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż deklaruje pomoc na każdym etapie prac podjętych przez Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i Nauki oraz władz uczelni medycznych na rzecz studentów kierunków medycznych – obywateli Ukrainy oraz obywateli polskich kształcących się w Ukrainie, którzy zamierzają kontynuować kształcenie w Polsce w trybie przeniesienia.

W obliczu dramatycznej sytuacji panującej na Ukrainie spowodowanej działaniami wojennymi, inwazją Federacji Rosyjskiej na niepodległą Ukrainę, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, reprezentująca pielęgniarki i położne oraz studentów kształcących się na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, deklaruje solidarność z naszymi koleżankami i kolegami medykami, środowiskiem uniwersyteckim oraz całym społeczeństwem Ukrainy.

W sytuacji, kiedy cała ludność Ukrainy doświadcza ogromnych cierpień fizycznych i psychicznych, braku poczucia bezpieczeństwa przez zbrodniczą działalność ludobójstwa przez Rosję, świat jednoczy się w niesieniu pomocy humanitarnej, której oczekują przede wszystkim osoby starsze oraz dzieci i młodzież. Jest rzeczą oczywistą, że wsparcia potrzebują ludzie młodzi, przyszłość narodu ukraińskiego, którzy kształcą się w uczelniach na Ukrainie, a także ci, którzy wyrażą wolę podjęcia studiów na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w okresie toczącej się wojny. Szczęólnego wsparcia wymagają studenci uczelni medycznych na kierunkach: pielęgniarstwie, położnictwie, lekarskim, farmaceutycznym i innych związanych z ochroną zdrowia, i od której zależy i zależeć będzie zdrowie i życie człowieka.

Jednocześnie podkreślamy, iż kontynuacja kształcenia osób przenoszonych na polskie uczelnie powinna uwzględniać obowiązujące w Polsce standardy kształcenia na poszczęólnych kierunkach medycznych.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Apel
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 marca 2022 r.
w sprawie utworzenia korytarzy humanitarnych dla ludności z Ukrainy

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o stworzenie bezpiecznych korytarzy w celu ewakuacji ludności cywilnej z dotkniętych kryzysem humanitarnym ukraińskich miast. **Kobiety, dzieci, chorzy, osoby z niepełnosprawnościami nie mogą być zakładnikami wrogiej armii!** Umożliwienie cywilom bezpiecznego wycofania się z terenów objętych działaniami wojennymi jest obowiązkiem moralnym wojsk rosyjskich.

Żądamy również umożliwienia dostarczenia korytarzami humanitarnymi pomocy, przede wszystkim żywności i niezbędnych leków do miejsc, gdzie ranni i cywile nie mogą otrzymać niezbędnej pomocy z powodu braku sprzętu, medykamentów, a nawet wody pitnej.

Nie pozostaniemy bierni wobec faktu, że wojska rosyjskie nie szanują ustaleń i ostrzeliwują uciekającą ludność cywilną.

Apelujemy do wszystkich pielęgniarek i położnych na świecie o wyrażenie sprzeciwu wobec tej sytuacji. Naszą siłą jest nasza liczba - głos 28 milionów pielęgniarek z pewnością dotrze do władz na Kremlu.

Musimy być solidarni z koleżankami i kolegami z Ukrainy. Jednym głosem domagamy się położenia kresu bestialstwu, którego konsekwencją jest cierpienie milionów niewinnych ludzi.

Jako pielęgniarki i położne wspieramy każdego w potrzebie - bez względu na to, czy jest ofiarą wojny czy rannym żołnierzem. Naszym obowiązkiem jest udzielenie pomocy każdemu bez względu na nasze przekonania. Jednak w obliczu katastrofy humanitarnej, która ma miejsce w wielu miastach Ukrainy, nie możemy milczeć.

Wzywamy pracowników medycznych na całym świecie do poparcia naszego apelu.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas

Składka członkowska dla pielęgniarek/położnych prowadzących indywidualne

lub grupowe praktyki zawodowe

w roku 2022 wynosi 46.66 zł. miesięcznie

WYSOKOŚĆ SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

Na podstawie art. 11 ust.2 pkt.4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, członkowie samorządu pielęgniarek i położnych obowiązani są regularnie opłacać składkę członkowską.

Wysokość składek określona w Uchwałach nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. obowiązuje od dnia 01.02.2016r.

**Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22
VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału**

Na podstawie art. 20 pkt. 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

1. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
- 2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
- 3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);
- 2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*
- 3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
- 4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
- 5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.
- 6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,
- 7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.
- 8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych **4%** sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. , poz. 1435, ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Pielęgniarki/ położne z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu przekazują składki na rachunek OIPiPZS:

Bank PEKAO BP S.A.O/Sieradz
nr konta: 17 1020 4564 0000 5902 0046 9023

lub opłacają osobiście w biurze OIPiPZS.

Składka członkowska dla pielęgniarek/położnych prowadzących indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe, zgodnie z zapisem uchwał nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016r.

w roku 2022 wynosi 46.66 zł. miesięcznie.

Barbara Piecyk
Skarbnik ORPiPZS

STANOWISKO W SPRAWIE WPROWADZENIA OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIWKO COVID-19 DLA PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE

21 grudnia, 2021



Stanowisko Samorządów Zawodów Medycznych z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie propozycji wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla pracowników wykonujących zawody medyczne

Samorzady Zawodów Medycznych stoją na stanowisku, iż szczepienia ochronne są jednym z największych osiągnięć cywilizacyjnych w zakresie ochrony zdrowia i stanowią najskuteczniejszą metodę zapobiegania groźnym dla życia i zdrowia chorobom zakaźnym.

Propozycja wprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 dla pracowników medycznych jest ze wszech miar uzasadniona z uwagi na bezwzględną potrzebę zagwarantowania bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz bezpiecznego udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawody medyczne.

Zgodnie ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u pracowników narażonych na działanie biologicznych czynników chorobotwórczych przeprowadza się zalecane szczepienia ochronne wymagane przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Wirus SARS-CoV-2, na mocy nowelizacji do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki, został uznany za taki szkodliwy czynnik biologiczny i zakwalifikowany do grupy 3 czynników narażenia.

Samorzady Zawodów Medycznych rekomendują szczepienie ochronne przeciwko COVID-19 jako podstawę profilaktyki związanej ze zwalczaniem pandemii COVID-19, dlatego nie dostrzegają przeciwwskazań do wprowadzenia przez Rząd RP obowiązkowych szczepień ochronnych przeciwko COVID-19 wobec osób wykonujących zawody medyczne.

Z uwagi na to, iż znany jest już profil bezpieczeństwa szczepień i ich skuteczność w ochronie przed ciężkim przebiegiem COVID-19, powinny zostać podjęte pilne prace legislacyjne nad sukcesywnym poszerzaniem obowiązku szczepień wobec innych osób, wykonujących pracę lub świadczących usługi w osobistej styczności z dużą liczbą osób.

Prezes

Naczelnej Rady Lekarskiej

Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Zofia Małas

Prezes
Krajowej Rady Fizjoterapeutów

Maciej Krawczyk

Alina Niewiadomska
Prezes
Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

Prezes
Naczelnej Rady Aptekarskiej

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska

**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 22 GRUDNIA 2021 R.
WPROWADZAJĄCE OBOWIĄZEK PRZEPROWADZENIA SZCZEPIEŃ
OCHRONNYCH**
Warszawa, dnia 23 grudnia 2021 r. Poz. 2398

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

**z dnia 22 grudnia 2021 r.
zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej
Polskiej stanu epidemii**

Na podstawie art. 46 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 i 2120) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, 522, 531 i 565) po rozdziale 6 dodaje się rozdział 6a w brzmieniu:
„Rozdział 6a

Obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych

§12a. 1. Obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają:

1) osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;

2) osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym;

3) studenci kształcący się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1–8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, 619, 1630, 2141 i 2232).

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane poddać się szczepieniu ochronnemu, którego efektem będzie otrzymanie unijnego cyfrowego zaświadczenia w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1), w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 r.

3. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, ma zastosowanie także do osób, u których do dnia 1 marca 2022 r. upłynie więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

§ 12b. Obowiązek, o którym mowa w § 12a ust. 1, stosuje się do osób, które nie mają przeciwwskazań do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia: A. Niedzielski

Stanowisko
Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
z dnia 7 lutego 2022 r.
w sprawie
odpowiedzialności pielęgniarek i położnych w przypadku niedopełnienia
obowiązku zaszczepienia się przeciwko COVID-19

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U z 2021 r., poz. 2398), będące aktem wykonawczym do ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r., poz. 2069, ze zm.) wprowadziło obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID-19. Obowiązek ten dotyczy m.in. pielęgniarek i położnych. Oprócz obu tych grup zawodowych obowiązkiem poddania się szczepieniu objęte zostały również pozostałe osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego, jak również osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym oraz studenci kształcący się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego.
2. Przepisy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 2021 r., poz. 628) w odniesieniu do zawodu zaufania publicznego jakimi są zawody pielęgniarki i położnej wprowadzają szczególny rodzaj odpowiedzialności tj. odpowiedzialność zawodową. Tego rodzaju odpowiedzialność w związku z wykonywanym zawodem występuje wyłącznie w odniesieniu do osób wykonujących szczególnie doniosłe z punktu widzenia społecznego profesje. Poza pielęgniarkami i położnymi tego rodzaju wzmożoną odpowiedzialność z tytułu wykonywanego zawodu ponoszą także m.in. lekarze, diagnosty laboratoryjni, adwokaci, radcowie prawni, notariusze. Z jednego z orzeczeń Trybunału Konstytucyjnego (z 2 lipca 2007 roku, sprawa K 41/05) wynika, że osoba wykonująca zawód zaufania publicznego musi spełniać określone warunki. Poza, co jest oczywiste, odpowiednimi **kwalifikacjami zawodowymi osoba wykonująca zawód zaufania publicznego musi wykazywać się odpowiednimi kwalifikacjami etycznymi oraz moralnymi** (np. nieskazitelną charakter, rękojmą prawidłowego wykonywania zawodu, gotowość przestrzegania wartości etycznych istotnych dla konkretnej profesji). Pieczę nad należyтым wykonywaniem każdego z zawodów zaufania publicznego sprawuje utworzony m.in. dla tego celu samorząd zawodowy danej profesji.
3. Przepis art. 36 ust. 1 przywołanej wyżej ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych przewiduje odpowiedzialność zawodową dla jego członków w związku z dopuszczeniem się przewinienia zawodowego. Zarazem przepis ten pojęcie „przewinienia zawodowego” definiuje jako naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu.
4. Pojęcie „naruszenia przepisów dotyczących wykonywania zawodu” w dalszych przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej na gruncie ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych nie zostało zdefiniowane. W aktach prawnych odnoszących się do wykonywania obu profesji (pielęgniarki oraz położnej), np. w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, czy też ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej także pojęcie to nie zostało uściślone. W innych aktach prawnych powszechnie obowiązujących, w tym także tych dotyczących wykonywania innych zawodów zaufania publicznego brak jest również przepisów umożliwiających w jakikolwiek sposób uściślenie pojęcia „przepisów dotyczących wykonywania zawodu”.

5. Oczywistym jest, że w procesie świadczenia pracy lub wykonywania działalności zawodowej przez pielęgniarki lub położne nierzadko może dochodzić do naruszenia przepisów różnej rangi i o różnym charakterze, które dotyczą podejmowanych i realizowanych czynności zawodowych. Przepisy takie mogą odnosić się chociażby m.in. do sposobu organizacji pracy w podmiocie leczniczym, czasu pracy, odpowiedzialności materialnej, sposobu realizacji przez świadczeniodawców obowiązków wobec NFZ, a także szeregu innych kwestii łączących się z szeroko rozumianym procesem pracy świadczonej przez pielęgniarkę lub położną bez względu na to w jakiej formie prawnej czynności te są realizowane. Innymi słowy te reguły można by także określić jako „przepisy dotyczące wykonywania zawodu”.
6. Podejmowanie przewidzianych ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych czynności przez organy odpowiedzialności zawodowej – w każdym przypadku naruszenia przez pielęgniarki lub położne, przepisów które tak jak inni pracownicy lub świadczeniodawcy, są zobowiązane przestrzegać doprowadziłoby do sytuacji, w której nierzadko odpowiedzialność pracownicza czy cywilna albo też, jak to ma miejsce w przypadku naruszenia obowiązku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 – administracyjna, byłaby zastępowana albo dublowana odpowiedzialnością o specyficznym charakterze tj. odpowiedzialnością zawodową.
7. Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej podobnie jak procedura karna, której przepisy znajdują posilkowe zastosowanie na gruncie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych jest postępowaniem o charakterze represyjnym. Głównymi jego celami jest ustalenie obwinionej spośród pielęgniarek i położnych oraz pociągnięcie jej do odpowiedzialności za zachowanie sprzeczne z wzorcem wyznaczonym przez normę o charakterze prawnym lub etycznym której adresatem może być wyłącznie osoba wykonująca zawód pielęgniarki lub położnej. O powyższym przesądza treść przepisu 38 ust. 3 i 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz art. 2 ust. 1 tej ustawy, nakładająca na organy samorządu obowiązek sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu przez pielęgniarki i położne.
8. Przejęcie przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, w tym przypadku przez rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądy pielęgniarek i położnych zadań w zakresie szerszym niżby to wynikało z przywołanych wyżej przepisów w zakresie odpowiedzialności za naruszenie przepisów dotyczących obowiązku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19, adresowanych do wszystkich osób wykonujących czynności zawodowe w podmiocie leczniczym bez względu na to czy osoby te wykonują jeden z zawodów medycznych czy też jakiegokolwiek inny zawód – byłoby wykroczeniem poza prawne ramy określające obszar kompetencji organów odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. Tego rodzaju działanie *de facto* prowadziłoby również do istotnego zróżnicowania odpowiedzialności osób znajdujących się w relewantnej sytuacji prawnej, ze szkodą dla pielęgniarek lub położnych. Oto, bowiem z tytułu naruszenia określonych norm poprzez zaniechanie poddania się obowiązkowi szczepienia przeciwko COVID-19 pielęgniarki i położne poniosłyby raz odpowiedzialność taką jak inne osoby, które także będąc do tego zobowiązane nie poddały się szczepieniu – w postaci kary administracyjnej, a niezależnie od tego, wyłącznie już tylko pielęgniarki i położne – z tego samego tytułu odpowiedzialność w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej).
9. Przepisy ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, w art. 37 zd. pierwsze wskazują obszary, w których jeden czyn może być zarówno źródłem odpowiedzialności zawodowej oraz odpowiedzialności ponoszonej z innego tytułu, której źródłem może być wyłącznie postępowanie karne, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarne. Niestosowanie się do nakazów, zakazów i ograniczeń ustanowionych w stanie zagrożenia epidemicznego lub stanie epidemii zagrożone karami pieniężnymi w oparciu o art. 48a ustawy z dnia

5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r., poz. 2069, ze zm.) nie stanowi czynu będącego przestępstwem, wykroczeniem albo deliktem dyscyplinarnym. Tym samym przypisanie równoległej odpowiedzialności pielęgniarce lub położnej w związku z naruszeniem obowiązku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 poprzez:

- wymierzenie kary pieniężnej (na podstawie przepisów ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) oraz
- wszczęcie i prowadzenie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w celu wymierzenia kary dyscyplinarnej (na podstawie ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych) – pozostaje w opozycji do regulacji zawartych w art. 37 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.

Konkludując:

Jeden i ten sam czyn, polegający na naruszeniu obowiązku poddania się szczepieniu ochronnemu przeciwko COVID-19 i związanej z tym odpowiedzialności ponoszonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, nie może być zarazem źródłem odpowiedzialności zawodowej ponoszonej przez pielęgniarki i położne na podstawie przepisów ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

**Naczelny Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
(-)dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk**

Obowiązek szczepienia służb medycznych

21.02.2022

Obowiązek poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 przez osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego oraz osoby zatrudnione i osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym, wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Kodeks pracy upoważnia pracodawcę do żądania złożenia przez pracownika oświadczenia o realizacji obowiązku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19.

Brak poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 może uzasadniać wprowadzenie przez pracodawcę zmian w organizacji pracy pracownika, który nie poddał się takiemu szczepieniu.

Brak poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 może uzasadniać rozwiązanie przez pracodawcę stosunku pracy z pracownikiem, który nie poddał się takiemu szczepieniu.

Działania podejmowane przez pracodawcę w związku z brakiem realizacji przez jego pracowników obowiązku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 winny być realizowane w taki sposób, by pozostawały w zgodności z zasadą równego traktowania pracowników.

Szerszy komentarz:

Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. z 2022 r. poz. 340), obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają w szczególności:

1) osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;

2) osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym.

Powyższe osoby zobowiązane są poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19 w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 r.

Na podstawie art. 22¹ § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.), pracodawca uprawniony jest do żądania podania mu przez pracownika danych osobowych innych niż określone w § 1 i 3 tej jednostki redakcyjnej Kodeksu pracy, gdy jest to niezbędne do zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa.

Zgodnie zaś z art. 22¹ § 5 zdanie pierwsze ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy, udostępnienie pracodawcy danych osobowych pracownika następuje w formie oświadczenia składanego przez tę osobę.

Mając na względzie fakt, że obowiązek poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 dla określonych (powyżej wskazanych) grup pracowników wynika z powszechnie obowiązującego przepisu prawa, a tym samym realizacja tego obowiązku stanowi przesłankę legalnego świadczenia przez tych pracowników pracy w normatywnie określonych miejscach (podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz aptekach ogólnodostępnych lub punktach aptecznych) pracodawca uprawniony jest do żądania złożenia przez pracownika zobowiązanego do poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19 oświadczenia o spełnieniu tego obowiązku.

Niezłożenie przez pracownika takiego oświadczenia albo złożenie oświadczenia o braku poddaniu się szczepieniu przeciwko COVID-19, skutkuje uznaniem, że osoba taka nie realizuje obowiązku wynikającego z powszechnie obowiązującego przepisu prawa.

W powyższej sytuacji pracodawcy (jako stronie stosunku pracy) przysługują uprawnienia określone przepisami Kodeksu pracy.

W zależności od okoliczności faktycznych w danym zakładzie pracy, pracodawca może zorganizować pracę tak, by osoba niezaszczepiona wykonywała pracę w sposób nie stwarzający zagrożenia ewentualnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 innych osób (innych pracowników lub osób, w odniesieniu do których prowadzona jest działalność pracodawcy) albo rozwiązać stosunek pracy z niezaszczepionym pracownikiem.

Działania, o których mowa powyżej, winny być podejmowane w taki sposób, by nie narazić pracodawcy na zarzut niedozwolonej dyskryminacji.



OPINIA PRAWNA

W PRZEDMIOCIE OBOWIĄZKOWYCH SZCZEPIEŃ PRZECIW COVID -19 PRZEZ osoby WYKONUJĄCE ZAWÓD MEDYCZNY W PODMIOTACH LECZNICZYCH

1. ZAKRES OPINII

Celem Opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie:

Co może zrobić pracodawca w przypadku nie zaszczepienia się przeciw COVID -19 przez osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach leczniczych?

Czy pracodawca ma prawo żądać zaświadczenia, że osoba jest zaszczepiona czy wystarczy tylko oświadczenie. A jeśli tak, to czy pracodawca może to oświadczenie zweryfikować?

Co w sytuacji, w której osoby były zaszczepione dwoma dawkami i później zachorowały na COVID -19 a 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 upłynie np. w kwietniu czy maju b.r.?

Przedmiotem analizy prawnej są zagadnienia dotyczące ewentualnych sankcji za brak szczepień przeciw COVID -19 przez medyków oraz pozostały personel pracujący w podmiotach leczniczych (dalej jako „Opinia”).

2. ANALIZA

Podstawa prawna obowiązku szczepienia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. poz. 2398 - dalej jako „Rozporządzenie”) wprowadziło od 1 marca 2022 r., obowiązkowe szczepienia przeciw COVID-19 dla:

- 1) **osób wykonujących zawód medyczny** w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osób wykonujących czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;
- 2) osób zatrudnionych oraz osób realizujących usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym;
- 3) studentów kształcących się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1–8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2021 r. poz. 478).

Wymienione wyżej osoby są **obowiązane** poddać się szczepieniu ochronnemu, którego efektem będzie **otrzymanie unijnego cyfrowego zaświadczenia** w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz.Urz. UE L Nr 211, s. 1), **w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 r.**

Obowiązek powyższy ma zastosowanie także do osób, u których do dnia 1 marca 2022 r. upłynie więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.



Jednocześnie w Rozporządzeniu wskazano, że **wyłączone** z obowiązku szczepień na COVID-19 są osoby, które **mają przeciwwskazania** do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia.

Odpowiedź na pytanie:

Co w sytuacji, w której osoby były zaszczepione dwoma dawkami i później zachorowały na COVID - 19 a 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 upłyne np. w kwietniu czy maju b.r. - czy rozporządzenie reguluje taką sytuację?

Rozporządzenie nie reguluje wprost takiego stanu faktycznego. Niemniej w świetle regulacji Rozporządzenia zgodnie z którą:

Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, ma zastosowanie także do osób, u których do dnia 1 marca 2022 r. upłyne więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2,

można przyjąć, że jeżeli osoba była zaszczepiona i zachorowała, ale od pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 nie upłynęło do dnia 1 marca 2022 r. więcej niż 6 miesięcy, to obowiązek szczepienia jej nie dotyczy, jeśli natomiast termin ten upłynął, to jest objęta obowiązkiem szczepienia.

Sankcje za niewypełnienie obowiązku szczepień

Cytowane Rozporządzenie jest bardzo lakoniczne i jego zapisy nie dają wskazówek:

- w jaki sposób dyrektor szpitala powinien wyegzekwować obowiązek przeprowadzania szczepień ochronnych, ani;
- jak sprawdzać wypełnienie tego obowiązku przez pracowników, jak również;
- jakie osoby są uprawnione do wydania zaświadczenia o przeciwwskazaniu do szczepień i jak sprawdzić jego posiadanie;

W Rozporządzeniu **nie wskazano żadnych sankcji za niewypełnienie obowiązku szczepień**, jak również nie wyposażono pracodawcy bezpośrednio w narzędzia, aby mógł żądać od pracowników **przedłożenia pracodawcy zaświadczenia** lekarskiego o zdrowotnych przeciwwskazaniach do szczepień.

Zatem, to do pracodawcy należy decyzja jak postępować z niezaszczepionym pracownikiem wykonującym zawód medyczny.

Niemniej, należy przychylić się do głosów doktryny komentujących przedmiotowe zapisy Rozporządzenia (tak: Aleksandra Baranowska-Górecka) i wskazać, że ponieważ Rozporządzenie statuuje obowiązek poddania się określonej grupie zawodowej szczepieniu, to pracodawca ma jednocześnie uprawnienie do tego, aby na podstawie okazanych dokumentów fakt realizacji tego obowiązku zweryfikować a wynika to z art. 22¹ § 4 i § 5 Kodeksu pracy.

Zgodnie z powołanym przepisem pracodawca może żądać podania innych danych osobowych niż określone w § 1 i 3 art. 22¹ Kodeksu pracy, gdy jest to niezbędne do zrealizowania uprawnienia lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa. Co do zasady udostępnienie pracodawcy danych osobowych następuje **w formie oświadczenia** osoby, której dane dotyczą.

Odpowiedź na pytanie:

Czy pracodawcą ma prawo żądać zaświadczenia, że osoba jest zaszczepiona czy wystarczy tylko oświadczenie.

Pracodawca - w oparciu o powołane wyżej przepisy Kodeksu pracy (a nie Rozporządzenia) ma prawo żądać oświadczenia od pracownika. Nie ma natomiast podstawy prawnej do żądania od pracownika przedstawienia zaświadczenia. Z żadnego też przepisu prawa nie wynika, kto jest



podmiotem uprawnionym do wydania zaświadczenia o przeciwwskazaniu do szczepień, które to zaświadczenie byłoby podstawą do zwolnienia z obowiązku szczepienia wskazanego w Rozporządzeniu.

Mając powyższe na uwadze, w sytuacji, gdy pracownik nie złoży oświadczenia o posiadaniu przeciwwskazania do szczepienia albo złoży oświadczenie o braku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19, to należy uznać, że osoba taka nie zrealizowała obowiązku wynikającego z Rozporządzenia.

Odpowiedź na pytanie:

Czy pracodawca może oświadczenie zweryfikować?

Przepisy nie dają pracodawcy narzędzi do samodzielnej weryfikacji złożonych oświadczeń w tym zakresie.

Możliwości wynikające z Kodeksu pracy

Odpowiedź na pytanie:

Co może zrobić pracodawca w przypadku nie zaszczepienia się przeciw COVID -19 przez osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach leczniczych?

W przypadku, gdy pracownik nie złoży oświadczenia o posiadaniu przeciwwskazania do szczepienia albo złoży oświadczenie o braku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19, pracodawcy pozostają instrumenty wynikające z Kodeksu pracy, których zastosowanie oczywiście podlega ocenie sądu.

I tak:

Pracodawca może - o ile będą ku temu możliwości organizacyjne - skorzystać z wypowiedzenia zmieniającego warunków pracy (art 42 Kodeksu pracy) i przenieść pracownika do pracy tam, gdzie osoba niezaszczepiona będzie wykonywała pracę w sposób nie stwarzający zagrożenia ewentualnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 innych osób. Co z racji tego, że mamy do czynienia z zawodami medycznymi o konkretnych specjalizacjach i kompetencjach, może okazać się w wielu przypadkach możliwością czysto teoretyczną.

Pracodawca - jak w każdej innej sytuacji, kiedy pracownik nie spełnia oczekiwań pracodawcy - ma także możliwość skorzystania z wypowiedzenia umowy o pracę z pracownikiem wskazując jako przyczynę np. niezrealizowanie przez pracownika obowiązku wynikającego z powszechnie obowiązującego przepisu prawa i stwarzanie zagrożenia ewentualnego zakażenia wirusem SARS-CoV-2 innych osób.

Oczywiście, w każdym z powyższych przypadków pracownik ma prawo odwołania się do sądu pracy celem rozstrzygnięcia przez sąd czy działanie pracodawcy było zgodne z prawem.

Kary pieniężne

Pracodawca nie ma uprawnienia do nałożenia kary pieniężnej na podstawie art. 108 Kodeksu pracy ani za niezłożenie oświadczenia o zaszczepieniu, ani za niezłożenie oświadczenia o posiadaniu przeciwwskazania do szczepienia czy też za złożenie oświadczenia o braku poddania się szczepieniu przeciwko COVID-19, ponieważ kary te mogą być nałożone tylko w enumeratywnie wymienionych przypadkach, czyli: nieprzestrzeganie przez pracownika przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy lub przepisów przeciwpożarowych, opuszczenie pracy bez usprawiedliwienia, stawienie się do pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywanie alkoholu w czasie pracy.



Inna kara pieniężna pojawia się w art. 48a ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi - dalej jako „Ustawa”, zgodnie z którym:

Kto w stanie epidemii nie stosuje się do obowiązku, o którym mowa m.in. w art. 46 ust. 4 pkt 7 podlega karze pieniężnej w wysokości od 5000 zł do 10 000 zł.

Jednak kara pieniężna wskazana w Ustawie nakładana jest już poza pracodawcą bo w drodze decyzji administracyjnej przez państwowy powiatowy inspektor sanitarny i państwowy graniczny inspektor sanitarny i również podlega kontroli sądowej.

Nałożenie tej kary oraz jej egzekwowanie w praktyce może napotkać na trudności w związku z licznymi wątpliwościami co do podstawy prawnej wydania Rozporządzenia a zatem jego obowiązywania.

W art. 46 ust. 4 pkt 7 Ustawy wskazano bowiem:

W rozporządzeniach można ustanowić obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych, o których mowa w ust. 3, oraz grupy osób podlegające tym szczepieniom, rodzaj przeprowadzanych szczepień ochronnych.

Z kolei art. 46 ust. 3 Ustawy wskazuje:

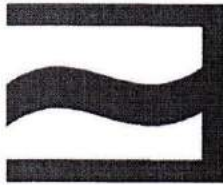
Ogłaszając stan zagrożenia epidemicznego lub stan epidemii, minister właściwy do spraw zdrowia lub wojewoda mogą nałożyć obowiązek szczepień ochronnych na inne osoby niż określone na podstawie art. 17 ust. 9 pkt 2 oraz przeciw innym zakażeniom i chorobom zakaźnym, o których mowa w art. 3 ust. 1.

Art. 3 ust. 1 odwołuje do wykazu z załącznika do Ustawy. A w załączniku nie ma Covid-19.

Zatem, możliwa jest również sytuacja, w której pracownik zostanie ukarany przez sanepid w drodze administracyjnej, ale odwoła się do sądu, a sąd uzna, że nie ma podstawy prawnej do obowiązkowego szczepienia, bo nie ma jej w Ustawie.

Mając na względzie brak spójności w przepisach prawa w zakresie przedmiotu Opinii, nie jest możliwe zajęcie jednoznacznego stanowiska, które sprawdziłoby się w przyszłych, ewentualnych procesach sądowych związanych z kontrolą postępowania pracodawców i organów administracyjnych.

MONIKA DRAB
RADCA PRAWNY
WA-5231



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

NIPiP-NRPIP-DS.015.404.2021.MT

Warszawa, dnia 30 listopada 2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z ukazaniem się ogłoszenia na stronie internetowej NFZ w przedmiocie zmienionego polecenia Ministra Zdrowia, które wskazuje, że od 1 listopada 2021 r. personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 oraz problemami z interpretacją w/w dokumentu zwracam się z prośbą o wyjaśnienie poniższego:

1. W jaki sposób należy interpretować przepisy w zakresie naliczania wysokości dodatku covidowego dla osób udzielających świadczeń w bezpośredniej pracy z pacjentem z podejrzeniem zakażenia lub zarażonym COVID-19?
2. Czy godzinowy dodatek covidowy jest dedykowany dla personelu udzielającego świadczeń pacjentom oddziału covidowego, w sytuacjach szczególnych, m.in.: zakładanie wkłucia centralnego, interwencja zespołu reanimacyjnego, podawanie kontrastu, transport pacjenta, zabieg operacyjny, endoskopia? Dotyczy to np. pielęgniarek anestezyjologicznych.
3. Jak interpretować Rozporządzenie w punkcie:
„Zgodnie z powyższą decyzją Ministra Zdrowia od dnia 1 listopada 2021 r. zmianie ulega wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, która powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł”.
- Czy zapis „Szpital II poziomu zabezpieczenia” obejmuje wyłącznie łóżka II poziomu COVID-19? W oddziałach II poziomu zabezpieczenia COVID-19 nie są hospitalizowani pacjenci z podejrzeniem zakażenia, o których mowa w w/w Rozporządzeniu.
- Czy godziny bezpośredniej opieki w odniesieniu do pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19 np. w SOR lub z potwierdzonym zakażeniem, jeśli nie przewidziano łóżek II poziomu w województwie lub stan zdrowia pacjentów bądź wykonywane procedury medyczne, nie pozwalają na przekazanie tych pacjentów do oddziału COVID-19 np. dializoterapia, zabieg operacyjny, poród - należy uwzględnić



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych

jako bezpośrednią pracę z pacjentem covidowym w szpitalu II poziomu zabezpieczenia?

4. Czy w myśl najnowszych wytycznych, świadczenia zapobiegawcze realizowane przez pielęgniarki epidemiologiczne, które wymagają obecności pielęgniarki epidemiologicznej na oddziale covidowym oraz bezpośredniego kontaktu z pacjentem, może być zakwalifikowane do wypłacenia dodatku covidowego?
5. Jak należy interpretować zapis „z podejrzeniem i zakażeniem”? W chwili obecnej przyjęta jest interpretacja, że dodatek należy się od chwili dodatniego wyniku. Choroba oraz ryzyko zakażenia nie pojawia się od momentu pobrania wymazu, okres od kiedy pacjent zaraża to ok 2-3 dni przed uzyskaniem dodatniego wyniku testu. Pacjent taki jest hospitalizowany na innym oddziale niż przeznaczony dla pacjentów z dodatnim wynikiem, np. oddział onkologiczny bez wydzielonych łóżek COVID-19 a po potwierdzeniu zachorowania przekazywany na oddział covidowy bądź na odcinek z wydzielonymi łózkami dla pacjentów z podejrzeniem oraz potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.
6. W strukturach szpitala I poziomu zabezpieczenia jest szpital tymczasowy zgłoszony przez wojewodę, w którym hospitalizowani są pacjenci z podejrzeniem i zakażeniem Covid-19 i wypłacane są dodatki covidowe. Czy dodatkiem covidowym powinien być również objęty oddział zakaźny w tym szpitalu gdzie hospitalizowani są wyłącznie pacjenci z zakażeniem Covid-19?

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje, aby dodatkiem zostały objęte także:

1. Pielęgniarki i położne realizujące opiekę i świadczenia zdrowotne w domu pacjenta,
2. Pielęgniarki i położne epidemiologiczne,
3. Pielęgniarki i położne pracujące na oddziałach psychiatrycznych,
4. Pielęgniarki i położne, które pracują w szpitalach innych niż szpital II poziomu zabezpieczenia, np. SOR, Izba Przyjęć, oddział zakaźny.

W każdym z wyżej wskazanych miejsc pielęgniarki, położne udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentowi z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19.

Do wiadomości:

1. Pan Piotr Bromber – Podsekretarz Stanu MZ
2. Pan Filip Nowak – Prezesa NFZ

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP

Zofia Małas
Zofia Małas

Warszawa, 22 grudnia 2021 r.

DSZ.0212.1468.2021.ASB

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i
Położnych
m.tomczuk@nipip.pl;
nipip@nipip.pl

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 30 listopada 2021 r., znak: NIPiP-NRPIP-DS.015.404.2021.MT, które wpłynęło do Ministerstwa Zdrowia drogą elektroniczną w sprawie interpretacji przepisów Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. dla Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ze zmianami, w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 listopada 2021 r. – zwane dalej: „Poleceniem Ministra Zdrowia”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

Pytanie 1:

W jaki sposób należy interpretować przepisy w zakresie naliczania wysokości dodatku covidowego dla osób udzielających świadczeń w bezpośredniej pracy z pacjentem z podejrzeniem zakażenia lub zarażonym COVID-19?

Odpowiedź:

Zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 r. od dnia 1 listopada 2021 r. wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny¹ w szpitalach II poziomu zabezpieczenia COVID-19, powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł.

Oznacza to, że finansowaniu podlegać będzie każda rozpoczęta godzina, w której osoba wykonująca zawód medyczny uczestniczyła w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w warunkach określonych w poleceniu w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. Należy przy tym zastrzec, że dana godzina podlegająca finansowaniu może być rozliczona tylko raz.

W związku z powyższym, aby dana godzina mogła być wykazana do OW NFZ jako podstawa do wyliczenia świadczenia dodatkowego nie ma potrzeby, aby osoba uprawniona do świadczenia dodatkowego w trakcie trwania tej godziny w sposób ciągły lub przez pełną godzinę udzielała świadczeń na warunkach określonych w poleceniu.

Pytanie drugie:

Czy godzinowy dodatek covidowy jest dedykowany dla personelu udzielającego świadczeń pacjentom oddziału covidowego, w sytuacjach szczególnych, m.in.: zakładanie wkłucia centralnego, interwencja zespołu reanimacyjnego, podawanie kontrastu, transport pacjenta, zabieg operacyjny, endoskopia? Dotyczy to np. pielęgniarek anestezjologicznych.

Odpowiedź:

Tak, jeśli osoby wykonujące zawód medyczny zatrudnione udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych (oddziałach) podmiotu leczniczego (szpitala II poziomu), w których podmiot leczniczy (szpital II poziomu)

¹ w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711)

zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Należy wskazać, że decyzją Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. już od dnia 1 czerwca 2021 r. osoby, które wprawdzie udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu II stopnia poziomu zabezpieczenia covidowego pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale na innych oddziałach (jednostkach organizacyjnych) niż te oddziały, na których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (określone w decyzji Wojewody), nie są uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Nowe brzmienie Polecenia Ministra Zdrowia wprowadzone decyzją Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 oraz decyzją z dnia 30 listopada 2021 r. nie wprowadziło zmian w ww. zakresie.

Pytanie trzecie:

Jak interpretować Rozporządzenie w punkcie:

„Zgodnie z powyższą decyzją Ministra Zdrowia od dnia 1 listopada 2021 r. zmianie ulega wysokość dodatkowego świadczenia pieniężnego dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach II poziomu zabezpieczenia CO VID-19, która powinna być równa 100% wynagrodzenia, należnego za każdą godzinę pracy osoby wykonującej zawód medyczny wykonywanej w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych podmiotu leczniczego (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, oraz nie wyższa niż 15 000 zł”.

Zobacz odpowiedź do pytania pierwszego.

Pytanie czwarte:

- Czy zapis „Szpital II poziomu zabezpieczenia” obejmuje wyłącznie łóżka II poziomu COVID-19? W oddziałach II poziomu zabezpieczenia COVID-19 nie są hospitalizowani pacjenci z podejrzeniem zakażenia, o których mowa w w/w Rozporządzeniu.

- Czy godziny bezpośredniej opieki w odniesieniu do pacjentów z podejrzeniem zakażenia COVID-19 np. w SOR lub z potwierdzonym zakażeniem, jeśli nie przewidziano łóżek II poziomu w województwie lub stan zdrowia pacjentów bądź

wykonywane procedury medyczne, nie pozwalają na przekazanie tych pacjentów do jako bezpośrednią pracę z pacjentem covidowym w szpitalu II poziomu zabezpieczenia?

Odpowiedź:

Polecenie Ministra Zdrowia odnosi się do tzw. oddziałów covidowych, w których na mocy decyzji wojewody polecającej realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, kierownik zobowiązany był zapewnić w podmiocie leczniczym łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz łóżka dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (szpital II poziomu).

Jak wskazano w odpowiedzi do pytania drugiego, decyzja Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. już od dnia 1 czerwca 2021 r. określiła, że osoby które wprawdzie udzielają świadczeń zdrowotnych w szpitalu II stopnia poziomu zabezpieczenia covidowego pacjentom z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, ale na innych oddziałach (jednostkach organizacyjnych) niż te oddziały, na których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (określone w decyzji Wojewody), nie są uprawnione do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego.

Pytanie piąte:

Czy w myśl najnowszych wytycznych, świadczenia zapobiegawcze realizowane przez pielęgniarki epidemiologiczne, które wymagają obecności pielęgniarki epidemiologicznej na oddziale covidowym oraz bezpośredniego kontaktu z pacjentem, może być zakwalifikowane do wypłacenia dodatku covidowego?

Odpowiedź:

Tak, jeśli pielęgniarki epidemiologiczne (czyli osoby wykonujące zawód medyczny) udzielają świadczeń opieki zdrowotnej w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w jednostkach organizacyjnych (oddziałach) podmiotu leczniczego (szpitala II poziomu), w których podmiot leczniczy (szpital II poziomu) zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Pytanie szóste:

Jak należy interpretować zapis „z podejrzeniem i zakażeniem”? W chwili obecnej

przyjęta jest interpretacja, że dodatek należy się od chwili dodatniego wyniku. Choroba oraz ryzyko zakażenia nie pojawia się od momentu pobrania wymazu, okres od kiedy pacjent zaraża to ok 2-3 dni przez uzyskaniem dodatniego wyniku testu. Pacjent taki jest hospitalizowany na innym oddziale niż przeznaczony dla pacjentów z dodatnim wynikiem, np. oddział onkologiczny bez wydzielonych łóżek COVID-19 a po potwierdzeniu zachorowania przekazywany na oddział covidowy bądź na odcinek z wydzielonymi łózkami dla pacjentów z podejrzeniem oraz potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2.

Odpowiedź:

Pacjentem zakażonym wirusem SARS-CoV-2 jest pacjent od momentu pobrania wymazu do przeprowadzenia testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 w sytuacji, gdy wynik tego testu będzie dodatni (pozytywny).

Zgodnie z art. 2 pkt 21 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069) określenie „podejrzany o zakażenie” oznacza osobę, u której nie występują objawy zakażenia ani choroby zakaźnej, która miała styczność ze źródłem zakażenia, a charakter czynnika zakaźnego i okoliczności styczności uzasadniają podejrzenie zakażenia. Pomocna w ustaleniu osoby podejrzanej o zakażenie będzie również „Definicja przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-Cov-2”, która zamieszczona jest na stronie internetowej Głównego Inspektoratu Sanitarnego pod adresem: <https://www.gov.pl/web/gis/definicja-przypadku-covid19-na-potrzeby-nadzoru-epidemiologicznego-nad-zakazeniami-wirusem-sars-cov-2-definicja-z-dnia-31102020->

Należy również wskazać, że użyty w Poleceniu Ministra Zdrowia spójnik „i” został użyty w znaczeniu syntetyzującym co oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona do otrzymania dodatkowego świadczenia pieniężnego tylko w przypadku łącznego spełnienia wszystkich przesłanek. Powyższe oznacza, że osoba wykonująca zawód medyczny zatrudniona w szpitalu II poziomu zabezpieczenia covidowego musi udzielać świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W przypadku jednak, gdy osoba taka ma kontakt tylko z pacjentem zakażonym, to wówczas uznaje się, że spełniony jest również warunek kontaktu z pacjentem z podejrzeniem zakażenia. Nieuprawnione jest natomiast twierdzenie, że dodatkowe świadczenie pieniężne przysługuje osobom

wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w szpitalach II poziomu, którzy uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt tylko z pacjentami z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

Pytanie siódme:

W strukturach szpitala I poziomu zabezpieczenia jest szpital tymczasowy zgłoszony przez wojewodę, w którym hospitalizowani są pacjenci z podejrzeniem i zakażeniem Covid-19 i wypłacane są dodatki covidowe. Czy dodatkiem covidowym powinien być również objęty oddział zakaźny w tym szpitalu gdzie hospitalizowani są wyłącznie pacjenci z zakażeniem Covid-19?

Zobacz odpowiedź na pytanie pierwsze i trzecie.

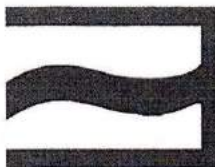
Wszelkie zmiany Polecenia Ministra Zdrowia, w tym w zakresie podmiotowym, będą na bieżąco komunikowane.

Z poważaniem

Piotr Bromber

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

NIPiP-NRPiP-DS.015.37.2022.MT

Warszawa, dnia 25 lutego 2022 r.

Adam Niedzielski

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z prośbą, aby „dodatkiem covidowym” zostały objęte wszystkie pielęgniarki i położne, które realizują świadczenia zdrowotne i sprawują opiekę nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2.

Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. skierowanym do Narodowego Funduszu Zdrowia, zmienionym poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r., poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 1 listopada 2020 r., poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 25 listopada 2020 r., poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2021 r., poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r., poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2021 r., oraz poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2021 r. poleca się:

„1. przekazanie podmiotom leczniczym umieszczonym w wykazie prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r., wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne oraz stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w stosunku do których minister właściwy do spraw zdrowia albo wojewoda wydał polecenie albo decyzję na podstawie odpowiednio - art. 10 ust. 2 pkt 1 lit. b albo art. 11 ust. 1 i ust. 4 albo art. 11 h ust. 1, 2 i 4 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, z późn. zm.), polecające 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) (dalej zwanych również „Podmiotami”), środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wykonującym zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711) spełniającym warunki z pkt 1a dodatkowego świadczenia pieniężnego,



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych

wypłacanego miesięcznie, zwanego dalej „dodatkowym świadczeniem”, według zasad określonych w załączniku do niniejszego polecenia, na podstawie umowy lub porozumienia.

1a. Świadczenie dodatkowe przyznawane jest osobom, o których mowa w pkt 1, które w jednostkach organizacyjnych podmiotów leczniczych (oddziałach), w których podmiot ten zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i mają bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 w tych jednostkach.

Powyższe polecenie nie spełnia oczekiwań środowiska, pielęgniarstwa, położne pracujące w lecznictwie stacjonarnym, w ambulatoryjnej opiece - stacjach dializ, podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej, oraz w domach pomocy społecznej, kierują do NRPiP prośby i zapytania o rozważenie możliwości objęcia w/w dodatkami wszystkich osób, które mają styczność z pacjentem podejrzanym o zakażenie lub chorym na COVID-19.

W ocenie NRPiP wypłacanie dodatków tylko części pracującym medykom jest krzywdzące w sytuacji gdy pielęgniarki i położne pracujące w ww. podmiotach również udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Takie zachowania doprowadzają bowiem do podziałów w naszych grupach zawodowych.

Biorąc pod uwagę trwający prawie od dwóch lat stan epidemii, należy dołożyć wszelkich starań aby system ochrony zdrowia z jednej strony gwarantował kadrom medycznym bezpieczne wykonywanie zawodu i odpowiednie wynagrodzenie, a z drugiej strony był dostępny i bezpieczny dla pacjenta.

Proponujemy rozwiązanie, aby każda pielęgniarka i położna uczestnicząca w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz osób chorych na COVID-19 lub osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 otrzymywała dodatek, bez względu na miejsce i formę zatrudnienia.

Przyjęcie przez Pana Ministra naszej propozycji będzie dużym wsparciem dla naszych koleżanek i kolegów oraz zmotywuje do dalszej walki w trudnych i ciężkich warunkach pracy spowodowanych wirusem SARS-CoV-2.

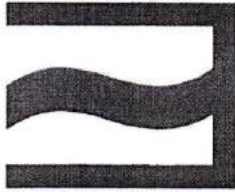
Wobec powyższego, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych liczę na przychyłność Pana Ministra w powyższej sprawie, oraz deklaruję współpracę nad pracami legislacyjnymi w tym zakresie.

Zagraccał naczynty

Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

NIPiP-NRPiP-DS.015.416.2021.MT

Warszawa, dnia 17 grudnia 2021 r.

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Szanowny Państwo Ministrze

zwracam się z prośbą o wyjaśnienie zagadnień prawnych związanych z zasadami wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2021, poz. 1801).

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych napływa coraz więcej informacji od członków samorządu, z prośbą o interwencję, w związku z nieuwzględnianiem przez pracodawców podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki i położnej, które skutkować powinno zmianą współczynnika pracy, a tym samym wzrostem wynagrodzenia, zgodnie z przepisami powołanej powyżej ustawy. W szczególności sygnalizowany problem związany jest z ukończeniem szkolenia specjalizacyjnego i uzyskaniem tytułu specjalisty.

Pracodawcy odmawiając pielęgniarce czy położnej zmiany współczynnika, argumentują, że podniesienie kwalifikacji nie daje podstaw do automatycznego zakwalifikowania pracownika do grupy o wyższym współczynniku pracy. Zdaniem pracodawców pracownik nadal bowiem wykonuje pracę na stanowisku, gdzie jego dotychczas posiadane kwalifikacje są wystarczające.

Zgodnie z załącznikiem do wskazanej powyżej ustawy, grupy zawodowe podzielono według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Literalne brzmienie karze wiązać współczynnik pracy jedynie z kwalifikacjami koniecznymi na danym stanowisku, a nie faktycznie posiadanymi przez pracownika. Co w odniesieniu do pielęgniarek i położnych, wobec których ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nakłada obowiązek podnoszenia kwalifikacji, oznacza, że uzyskanie chociażby tytułu specjalisty nie przełoży się na wzrost wynagrodzenia.

Wprawdzie kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami określone zostały w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji



Rok 2021 rokiem samorządu pielęgniarek i położnych

wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, jednak jego treść pozostawia pracodawcom szeroki zakres interpretacji. W przypadku innych podmiotów kwalifikacje dla poszczególnych stanowisk mogą, choć nie muszą, określać akty wewnętrzne.

W związku z powyższym powstaje pytanie, czy taki sposób interpretowania przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego, jaki stosują niektórzy pracodawcy można uznać za prawidłowy.

Z wypracowaniem szacunkowym
Prezes NRPiP


Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Piotr Bromber

Warszawa, 23 grudnia 2021 r.

DSZ.0212.1526.2021.AD

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 17 grudnia 2021 r. (znak: NIPIP-NRPIP-DS.015.416.2021.MT) dotyczące zasad realizacji przepisów *ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1801)* – zwanej dalej: „*ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r.*”, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

W polskim porządku prawnym do kształtowania wysokości wynagrodzeń ustawodawca przyjął zasadę określoną w art. 78 Kodeksu pracy nakazującą tak ustalać wynagrodzenie za pracę, aby "odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy". Ta sama kodeksowa zasada znajduje zastosowanie na gruncie *ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.* Przepis art. 1 tej ustawy stanowi, że ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy. Przyjęcie przez ustawodawcę regulacji opartej o kodeksową zasadę obowiązującą przy ustalaniu wynagrodzeń pracowników

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: +48 22 634 94 04
Fax: +48 831 21 66
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

niepodlega



powoduje, że dla powstania obowiązku ustalenia wynagrodzenia danego pracownika objętego zakresem *ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.*, zgodnie z określonym w tej ustawie współczynnikiem pracy, niezbędne jest wprowadzenie na gruncie regulacji zakładowej lub w umowie o pracę wymogu posiadania określonego wykształcenia na danym stanowisku pracy.

W związku z tym, że zawarty w załączniku do *ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.* podział na grupy zawodowe został oparty o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku, pracodawca (kierownik podmiotu leczniczego) realizując postanowienia ww. ustawy w zakresie kwalifikowania danego pracownika do właściwej grupy zawodowej, powinien brać pod uwagę wykształcenie, nie tyle posiadane, co wymagane na stanowisku, na którym zatrudniony jest pracownik. Przyporządkowanie pracownika do właściwej grupy zawodowej pozostaje w gestii pracodawcy, gdyż to pracodawca ponosi odpowiedzialność za kształtowanie poziomu wynagrodzeń i ich konkretną strukturę w danej placówce.

Odnosząc się do podnoszonej w nadesłanym piśmie kwestii nieuwzględniania przez pracodawców wniosków o zmianę współczynnika pracy w związku z podnoszeniem kwalifikacji przez pielęgniarki i położne (ukończenie szkolenia specjalizacyjnego i uzyskanie tytułu specjalisty), pragnę raz jeszcze podkreślić, że zasadą określoną na gruncie *ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.* jest kwalifikowanie pracowników do grup zawodowych w oparciu o wymagania określone na zajmowanym przez danego pracownika stanowisku pracy. Jeżeli więc w przypadku danego stanowiska pracy dochodzi o zmiany wymaganych kwalifikacji to wówczas pracodawca ma obowiązek podwyższania współczynnika pracy.

Piotr Bromber

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Sporządził: Agnieszka Dudziec - DSZ



Minister Zdrowia

Warszawa, 29 grudnia 2021

RKP.07.275.2021.BW

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 22 listopada 2021 r., znak:NiPiP-NRiPiP-DM.0025.146.2021.MK, w sprawie odniesienia się do przekazanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych propozycji zmian w zawartych w pismach:

- 1) NiPiP-NRiPiP-DM.0027.50.2021.MK - w sprawie propozycji nowelizacji rozporządzenia 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;
- 2) NiPiP-NRiPiP-DM.0025.87.2021.MK - w sprawie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej poprzez dodanie do załącznika nr 3 części V Warunki realizacji specjalistycznej porady laktacyjnej położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) NiPiP-NRiPiP-OIE.060.154.2021 - w sprawie udzielenia informacji o planowanych działaniach Ministerstwa Zdrowia mających na celu wprowadzenie rozwiązań prawnych, które ułatwiłyby osobom posiadającym polskie obywatelstwo, które uzyskały kwalifikacje zawodowe pielęgniarki albo położnej w Wielkiej Brytanii i ubiegają się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w Polsce po dacie wyjścia Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej, uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w Polsce na czas nieokreślony;
- 4) NiPiP-NRiPiP-DM.0025.95.2021.MK - w sprawie propozycji nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w zakresie zapisu: skierowanie do zakładu opiekuńczego i objęcia opieką długoterminową

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.gov.pl/zdrowie

niepodlega

domową wystawia lekarz ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego lub pielęgniarka opieki długoterminowej domowej;

- 5) NIPiP-NRPIP-OIE.060.175.2021 - w sprawie propozycji zmian do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w części dotyczącej kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych (art. 52 ust. 3 pkt 2 oraz art. 53 ust. 3 pkt 3 oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i położnej, uprzejmie informuję, że przekazane do Ministerstwa Zdrowia propozycje zmian do przepisów ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r. poz. 479 i 1559) oraz do innych regulacji prawnych związanych z kształceniem i wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej są na bieżąco analizowane i po ustaleniu priorytetowych kierunków działań są sukcesywnie podejmowane prace legislacyjne.

Pragnę podkreślić, że dokładam wszelkich starań, aby współpraca ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych przynosiła efektywne rozwiązania w zakresie spraw związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej oraz realizacji Państwa propozycji.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia

Piotr Bromber

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Stanowisko nr 56
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 11 stycznia 2022 r.
w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitacyjnej oraz ceny
jednostkowej jednostek rozliczeniowych za realizację świadczeń
pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej
opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki szkolnej

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w związku z drastycznym wzrostem kosztów funkcjonowania praktyk zawodowych oraz podmiotów leczniczych podstawowej opieki zdrowotnej stoi na stanowisku, iż konieczne jest zwiększenie wysokości stawki kapitacyjnej oraz ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych dla świadczeń realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki szkolnej.

Zasadne i konieczne jest także podwyższenie współczynników odpowiednich dla właściwej grupy wiekowej dla świadczeniobiorcy oraz wprowadzenie dla nich dodatkowych grup wiekowych: osoby w wieku od 7. do 39. roku życia – współczynnik 1,0; osoby w wieku od 40. do 65. roku życia – współczynnik 1,2; osoby w wieku od 66. do 75. roku życia – współczynnik 2,7; osoby w wieku powyżej 75. roku życia – współczynnik 3,1.

W ocenie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych konieczne jest wprowadzenie świadczenia dodatkowo finansowanego w zakresie zadań pielęgniarki POZ dla pacjentów oczekujących na objęcie opieką długoterminową domową lub hospicyjną, którzy otrzymali 40 lub mniej punktów w skali Barthel, lecz nadal pozostają pod opieką pielęgniarki POZ.

Zdaniem Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w związku z rosnącą inflacją następuje znaczący wzrost kosztów funkcjonowania praktyk zawodowych oraz podmiotów leczniczych. Rosną koszty zakupu wyrobów medycznych, materiałów biurowych, wzrastają koszty wdrażania i utrzymania informatyzacji, dojazdu do pacjenta, opłat za czynsze, energię elektryczną, ogrzewanie, przygotowanie gabinetów do wizyt pacjentów w reżimie sanitarnym, utylizacja odpadów medycznych oraz innych zewnętrznych usług księgowych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę, iż otrzymywane środki finansowe w wysokości 3% ryczałtu w celu utrzymania stanu gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w reżimie sanitarnym, pokrywają tylko w części koszty zapotrzebowania na środki ochrony osobistej dla pacjentów, środki ochrony osobistej dla personelu medycznego oraz utylizację odpadów medycznych.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wskazuje, iż pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej udzielają świadczeń zdrowotnych pacjentom z COVID-19 w miejscu zamieszkania, często są to pacjenci z chorobami współistniejącymi wymagającymi zachowania ciągłości leczenia i pielęgnacji. Należy podkreślić, iż powyższe nie znajduje odzwierciedlenia w dodatkowym finansowaniu świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej, bowiem w zdecydowanej większości należą one do grupy wysokiego ryzyka ze względu na bezpośredni kontakt z pacjentem, szczególnie w miejscu zamieszkania.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas

WPLYNIAŁO
dnia 20.01.2022
Licz 2412022
podpis Kulewa

Data: 20.01.2022 r.

Znak sprawy: DSOZ-DPZ.401.5.2022
2022.17309.KABA

Pani Zofia Małas

Prezes NRPiP

Adresat:

Pani Joanna Walawander

Sekretarz NRPiP

Odpowiedź w sprawie Stanowiska nr 56 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 stycznia 2022 r.

Szanowna Pani Prezes,

odnosząc się do postulatów przekazanych w ww. Stanowisku, w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitacyjnej jednostek rozliczeniowych za realizację świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarstwa szkolnej, w tym na funkcjonowanie praktyk pielęgniarskich czy podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej uprzejmie informuję, że zmiany finansowe w tym obszarze świadczeń nastąpią na podstawie realizacji ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej¹, a także rekomendacji Zespołu do spraw zmian w podstawowej opiece zdrowotnej², zatwierdzonych i przekazanych do realizacji przez Ministra Zdrowia.

Z uwagi na wymogi ustawowe oraz rozpoczęty proces przygotowywania systemu ochrony zdrowia do pełnego wdrożenia opieki koordynowanej w poz, zadania dotyczące zmian traktowane są priorytetowo z uwzględnieniem wielu nowych aspektów systemowych, w tym również finansowych. Z tego względu przewidywane regulacje będą dotyczyły szerszego kontekstu zadaniowego określającego wartość stawki kapitacyjnej.

Poszczególne zmiany będą wdrażane stopniowo, a finansowanie będzie rosło adekwatnie do zwiększającego się zakresu zadań związanych z koordynacją opieki nad pacjentami w różnym wieku, stanie zdrowia i choroby, a także wydolności w samoopiece wg. skali Barthel.

Podstawa prawna:

1. Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1050 ze zm.),
2. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2021 r. (Dz. Min. Zdrow. poz.49).

Z poważaniem

Bernard Waśko

Zastępca Prezesa ds. Medycznych
/Dokument podpisany elektronicznie/

Kontakt: Barbara Karczmariska, tel. 22 572 64 89, e-mail Barbara.Karczmariska@nfz.gov.pl

**Apel samorządów zawodów medycznych
z dnia 12 stycznia 2022 r.
w sprawie projektu ustawy o szczególnych rozwiązaniach
zapewniających możliwość prowadzenia działalności gospodarczej
w czasie epidemii COVID-19 (druk nr 1846)**

Samorzady zawodów medycznych oczekują wprowadzenia skutecznych regulacji prawnych zapewniających wzrost bezpieczeństwa obywateli. Regulacje takie muszą być kompleksowe i nie powinny cedować z organów władzy publicznej na pracodawców i przedsiębiorców odpowiedzialności za zapewnienie bezpieczeństwa epidemiologicznego w kraju.

Oczekujemy racjonalnego określenia zasad dostępu do usług i handlu. Tego rodzaju rozwiązania prawne, wprowadzone w innych krajach europejskich, spowodowały istotne zwiększenie bezpieczeństwa obywateli oraz wzrost liczby osób zaszczepionych. Co istotne regulacje takie pozwolą uniknąć zamykania poszczególnych zakładów pracy czy branż gospodarki.

Sygnalizujemy, że w przypadku braku zdecydowanych działań zwiększających poziom wyszczepienia społeczeństwa system ochrony zdrowia nie sprosta kolejnej fali zakażeń i zachorowań. W konsekwencji bez właściwej opieki pozostaną zarówno chorzy na COVID-19 jak i pozostali pacjenci.

W związku z powyższym apelujemy o prace nad projektem ustawy ponad partyjnymi podziałami. Apelujemy o poprawę tego projektu, aby zawarte w nim regulacje mogły stać się skutecznym narzędziem w walce o życie i zdrowie obywateli oraz o zachowanie naszym pracodawcom oraz przedsiębiorcom możliwości działania.

Podpisane przez:

- Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzeja Matyję
- Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofię Małas
- Prezesa Krajowej Rady Fizjoterapeutów Macieja Krawczyka
- Prezesa Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Alinę Niewiadomską
- Wiceprezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej Michała Byliniaka

WĄTPLIWE SENSACJE PIELEGNIAREK.INFO.PL CZAS POWIEDZIEĆ STOP MANIPULACJI INFORMACJAMI

25 sty, 2022

Wątpliwe sensacje pielegniarek.info.pl

Czas powiedzieć STOP manipulacji informacjami

Samorząd zawodowy pielęgniarzek i położnych poczuł się zobowiązany do reakcji na tekst Mariusza Mielcarka o wzroście wynagrodzeń pielęgniarzek i położnych

Rozumiemy, iż wydawca, mając na celu zwiększenie zasięgu swoich tekstów, a tym sam publikowanych reklam (!), nie raz przygotowywał "sensacyjne" newsy, mimo że de facto są to informacje dostępne publicznie od lat. Wielokrotnie krytykował wszelkie organizacje zrzeszające pielęgniarzki, położne, wykazując ich rzekomy brak skuteczności w działaniu. Tym razem Redaktor Mielcarek skrytykował zasady funkcjonowania samorządu, którego – jak sam zaznacza, jest członkiem i w którym pełnił aktywnie funkcję z wyboru. W tamtym czasie obowiązujące zasady mu nie przeszkadzały.

Tekst, do którego się odnosimy, zasługuje na uwagę tylko z jednego względu. Wielokrotna krytyka braku skutecznych działań samorządu, jak i związków zawodowych, mająca miejsce na łamach Ogólnopolskiego Portalu Pielęgniarek i Położnych, **została w tym tekście obalona**. Redaktor Mielcarek pisze o podnoszeniu przez izby składek, co nie ma miejsca. Sposób naliczania składek reguluje uchwała Krajowego Zjazdu. Wszelkie składki płatne procentowo wzrastają wraz ze wzrostem wynagrodzenia. Zdziwienie budzi fakt, że dla niektórych wzrost wynagrodzeń jest zjawiskiem niekorzystnym.

Samorząd od wielu lat skutecznie walczy o poprawę zarówno warunków pracy, jak i płacy wszystkich pielęgniarzek i położnych. Opiniował także zapisy ustawy o minimalnym wynagrodzeniu. Członkowie NRPiP wielokrotnie wskazywali na ciągle zbyt niskie nakłady na ochronę zdrowia, jak i na nierówności wygenerowane przez tę ustawę, m.in. włączając się w organizację ogólnopolskiego protestu medyków.

Bez względu na krytykę, wyrażoną niejednokrotnie w sposób niemerytoryczny, samorząd w dalszym ciągu będzie podejmował działania zmierzające do uzyskania podwyżek pensji w naszych zawodach i wzmacniania samodzielności zawodowej koleżanek i kolegów.

Redaktor Mielcarek z nostalgią wspomina czasy, gdy prawo wykonywania zawodu wydawały urzędy wojewódzkie, kierując do pracy w konkretnym zakładzie. Naszym zdaniem to pielęgniarzki, położne powinny swobodnie wybierać swoją drogę zawodową. Samorząd skoncentruje się więc na "sprawowaniu pieczy nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i jego ochrony".



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

List otwarty

kierowany do byłego Kierownika Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, byłego członka Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu oraz Prezydium, byłego kandydata na Przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu (2003r.), byłego delegata na Zjazd Krajowy Pielęgniarek i Położnych, a obecnie Redaktora Naczelnego Portalu Pielęgniarek i Położnych

Działając na mocy Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych, z woli delegatów Okręgowego Zjazdu przewodnicząc Okręgowej Radzie - w imieniu jej członków mówię **STOP i DOŚĆ** antagonizowaniu przez Pana naszego środowiska zawodowego.

Na stronach Portalu trudno doszukać się treści pozytywnych, budujących i scalających pielęgniarki i położne, a ostatnio publikowane „Izba pielęgniarek podnosi składki o 30-38%” z 25 stycznia b.r., czy „Tym pielęgniarkom izba podnosi składki o tylko 10 %” z 26 stycznia b.r. zawierają nieprawdziwe informacje, zmanipulowane przez Pana, które wyzwoliły niskie instynkty i wiele negatywnych emocji u przedstawicieli naszego zawodu. Zawodu, który nacechowany jest kulturą osobistą, godnością, zachowaniem budzącym szacunek w społeczeństwie. Używanie (cytowanie) w tekście słów uznawanych za niecenzuralne w języku polskim budzi niesmak i powoduje negatywny odbiór pielęgniarek przez potencjalnych pacjentów. Czy na tym Panu zależy?

Podawanie informacji, że wysokość składki ustala izba mija się z prawdą. Jest to celowe wprowadzanie w błąd, czy brak stosownej wiedzy, że zasady opłacania składki członkowskiej ustala Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych podejmując uchwałę? Delegatami są pielęgniarki i położne z całego kraju. Będąc delegatem na Krajowy Zjazd i uczestnicząc w obradach miał Pan realny wpływ na treści podejmowanych uchwał. Zasady te do dzisiaj nie uległy zmianie.

Przywoływanie kwot, które być może będą obowiązywały od 1 lipca 2022r. jest czysto hipotetyczne. Ustawa nie weszła w życie i nie wiemy jakie będą uposażenia zasadnicze. Jeżeli jest odpis procentowy, to wraz z podwyżką wynagrodzenia następuje wzrost składki. Logiczne nieprawdaż ?? Przypominam, że podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wywalczył samorząd wraz ze związkiem zawodowym. I to przedstawiciele tych gremiów podpisywali porozumienia z Ministrem Zdrowia M. Zembalą i następnymi. Będąc członkiem Komisji ds. Warunków Pracy i Płacy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych miał Pan nieograniczone możliwości walki o ich poprawę dla pielęgniarek i położnych, więc dlaczego nie zostały one wykorzystane?

Wykonując wolny zawód, samodzielny, regulowany, podstawowym obowiązkiem jest znajomość podstaw prawnych jego wykonywania, tj. Ustawy o Zawodach Pielęgniarki i Położnej, Ustawy o Samorządzie i innych. Jak można wykonywać zawód i czuć się bezpiecznym w pracy, nie znając podstaw prawnych swojego działania !

Z krytycznej wypowiedzi Pani pielęgniarki dzwoniącej do okręgowej izby (chaotyczne zdania cytuje Pan w artykule) wynika, że obce są Jej zapisy powyższych ustaw. Dla rozmówczyni nawet Zjazd Krajowy jest bliżej nieokreślonym zgromadzeniem walnym, a uchwała Krajowego Zjazdu -

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 0/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
/61/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl



OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

ogólnopolskim zarządzeniem. Na niektóre zwroty i wyrazy spuszczyć wstydliwą „zasłonę milczenia”. Cytując takie wpisy obnażył Pan nieznamość aktów prawnych regulujących wykonywanie zawodów wśród pielęgniarek i położnych. Zamierzone działanie czy przypadek?

Nie sposób pominąć wątku uznawania kwalifikacji i wydawania prawa wykonywania zawodu, do którego też ma Pan zastrzeżenia, cyt. „Teraz absolwentka studiów licencyjnych lub magisterskich na kierunku pielęgniarstwo zgłasza się z wnioskiem do izby o wydanie prawa wykonywania zawodu. Izba stwierdza oczywistą oczywistość. Uchwałą. Uruchamiając nikomu niepotrzebną machinę administracyjną. Izba nawet uzurpowała sobie prawo do badania dyplomów absolwentów i podważała ich uprawnienia do otrzymania prawa wykonywania zawodu (...)”. Tutaj także zionie manipulacją. Przede wszystkim, nie „teraz”, ale zawsze. Będąc w przeszłości członkiem Okręgowej Rady, członkiem Komisji ds. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych Pielęgniarek i Położnych, Pan także głosował za przyjęciem uchwał stwierdzających lub przyznających prawo wykonywania zawodu. Procedura wynika z zapisów Ustawy, o czym myślę Pan wie doskonale. Autonomicznym organem wydającym dokument prawa wykonywania zawodu jest Okręgowa Rada, a nie Izba. Izbę tworzą wszyscy członkowie wpisani do rejestru. Każdy dokument w każdej instytucji musi być zawsze sprawdzany pod względem autentyczności, a zwłaszcza kto go wydał, czy właściwy organ, czy w przypadku pielęgniarek i położnych uprawnia do wydania prawa wykonywania zawodu. Samo ukończenie szkoły/uczelni potwierdzone świadectwem nie uprawnia do stwierdzenia/przyznania prawa wykonywania zawodu. Są jeszcze inne potrzebne dokumenty wynikające z Ustawy: potwierdzające posiadanie pełnej zdolności do czynności prawnych, stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu pielęgniarki i wskazujące na nienaganną postawę etyczną. Być może Pan Redaktor Naczelny Portalu chce, aby uprawnionym był Minister Zdrowia lub inne urzędy państwowe. Tym sposobem uderza w prestiż i samorządność pielęgniarek i położnych i nie chce statusu niezależności.

Nadzorując pracę biura Izby jako kierownik zapewne zwracał Pan uwagę na realizację zadań w Dziale Rejestru, chyba że był to nadzór „bardzo iluzoryczny”, co podkreśla Pańska wypowiedź na Portalu.

Zwrot „pani” dla znacznej części społeczeństwa jest grzecznościowy i nie widzę w nim nic nieodpowiedniego, w wręcz przeciwnie. Natomiast smutnym jest fakt, że w swoich wypowiedziach deprecjonuje Pan Samorząd, będąc jego członkiem i pełniąc w przeszłości tyle ważnych ról w strukturach.

Mamy w kraju 16 samorządów zawodów zaufania publicznego, każdy z nich ma podobne struktury organizacyjne (Rada, Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Sąd Dyscyplinarny, Komisja Rewizyjna, itp.), ale poza Samorządem Pielęgniarek i Położnych członkowie nie działają na ich szkodę uznając konstytucyjną zasadę samorządności, niezależności zawodowej i wynikające z nich pozytywne wartości dla rozwoju zawodowego. Status zawodu samodzielnego jest nobilitacją dla członków Samorządu. Dowodem na to jest fakt, że ratownicy i psycholodzy od lat zabiegają o utworzenie własnych samorządów, a w nieodległej przeszłości ten przywilej wywalczyli diagnosty laboratoryjni i fizjoterapeuci.

Opluwając publicznie własny Samorząd, na kształt którego w przeszłości miał Pan również wpływ, działa Pan nie tylko na szkodę jego członków, ale obnaża również własną mało etyczną osobowość.

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 O/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
761/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl

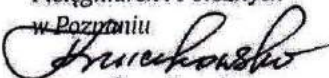


OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W POZNANIU

ul. Grunwaldzka 65
60-311 Poznań

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu nie dają przyzwolenia na zwykle zaciętrzewione krytykanctwo uprawiane przez Pana. Krytyka - tak - ale konstruktywna dla dobra pielęgniarek i położnych.

Pozostaję z nadzieją na analizę zapisów Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP, a zwłaszcza: pkt 5 Przyrzeczenia, pkt 1 i 3 działu III Pielęgniarka / położna a samorząd, dogłębną refleksję i wyciągnięcie wniosków na przyszłość.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Poznaniu

Teresa Kruczkowska

Konto:
Santander Bank Polska S.A. 31 O/Poznań
50 1090 1359 0000 0000 3501 8602

Telefon:
Sekretariat
/61/ 8620-950

e-mail:
sekretariat@oipip-poznan.pl
www.oipip-poznan.pl

WPLYWIEŁO
dnia 8 I 2022
L.dz 52/2020
podpis: Lułeme



Naczelna Izba Aptekarska	
Wpłynęło dn.	2022 -02- 07
L.dz	10/299/2022
Podpis	<i>[Signature]</i>

UNIwersytet Medyczny

IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCLAWIU

Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej

Prof. dr hab. Anna Wiela-Hojeńska

Wrocław, 12.01.2022 r.

Sz. Pani
ELŻBIETA PIOTROWSKA-RUTKOWSKA

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej
ul. Długa 16
00-238 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

Przepraszam za zwłokę w przedstawieniu opinii. Zapewniam, że nie była ona spowodowana lekceważącym stosunkiem do problemu, który uważam za istotny.

Do współpracowania opinii pozwoliłam sobie zaprosić Panią dr Ewę Jaźwińską-Tarnawską – lekarza posiadającego specjalizację II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych i specjalizację z zakresu farmakologii klinicznej, pełniącą funkcję konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie farmakologii klinicznej dla województwa dolnośląskiego.

Odpowiadając na pismo z dnia 16 grudnia 2021 r. sygnowane P-334/2021 dotyczące przedstawienia opinii odnośnie realizacji zleceń lekarskich w domu pacjenta, w ramach których pielęgniarka ma podać kilka produktów leczniczych w jednej iniekcji zdecydowanie przeciwstawiamy się takiemu postępowaniu.

Zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 479) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji (rozdział 2. Zasady wykonywania zawodów Art. 4.1.). Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Do zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń leczniczych należy m.in. podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza, w tym wykonywanie iniekcji domięśniowych, dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2335, załącznik nr 2). Podstawą do podania przez pielęgniarkę, położną leku, w warunkach zarówno ambulatoryjnych jak i domowych, jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać oprócz nazwy leku, dawki, sposobu i czasookresu podawania, również zapis, o tym, że zabieg należy wykonać w warunkach domowych, bez obecności lekarza.

Należy jednak podkreślić, iż następstwem stosowania każdego leku, obok pożądanego efektu terapeutycznego, może być występowanie różnego rodzaju niepożądanych działań. Są one opisane w charakterystykach produktów leczniczych oraz ulotkach dołączonych do leków. Pielęgniarki realizując zlecenia lekarskie mają obowiązek zapoznać się z nimi. Często jednak w praktyce stosuje się terapię wielolekową w celu zwiększenia siły działania farmakologicznego i uzyskania pożądanego efektu terapeutycznego. Grozi to niebezpieczeństwem wystąpienia niepożądanych interakcji zachodzących zarówno w fazie farmakokinetycznej, jak i farmakodynamicznej, które mogą prowadzić do osłabienia lub nasilenia działania, pojawienia się

objawów toksycznych lub jakościowo odmiennego od spodziewanego działania farmakologicznego leków. Co ważne nie zawsze można je przewidzieć. Zagrożeniem dla zdrowia i życia chorych mogą być również niezgodności w fazie farmaceutycznej polegające na nieprzewidzianych i niezamierzonych zmianach właściwości fizycznych i chemicznych zachodzących w postaci leku *in vitro* na skutek wzajemnego oddziaływania substancji leczniczych między sobą, substancji leczniczych i pomocniczych, czy substancji pomocniczych między sobą. Niezgodności te natury fizycznej lub chemicznej mogą zachodzić bez jakichkolwiek zmian wizualnych. Nie wszystkie połączenia produktów leczniczych zostały przebadane w tym aspekcie. Należy zatem pamiętać, aby w trosce o bezpieczeństwo pacjentów nie łączyć w jednej iniekcji produktów leczniczych ale podawać je oddzielnie.

Odnosząc się do zapisu zlecenia konkretnych, podanych w piśmie leków. Jest on niejednoznaczny co do sposobu ich podania – razem czy osobno w niezależnych iniekcjach. Zapis zlecenia sugeruje podanie domięśniowe: gentamycyny 130mg (objętość leku **3,25ml, woda do wstrzykiwań**), cefuroksymu 750 mg (wg ChPL zalecana objętość wody do wstrzykiwań do dodania **3ml, woda do wstrzykiwań**) i 2% lignokainy **0,7 cm (ml)** zmieszanych w jednej strzykawce, a być może również z dodatkiem deksametazonu 6 mg (objętość 1.5 ml, woda do wstrzykiwań) (drugie zlecenie).

Łączna objętość w strzykawce 3,25ml+3ml +0,7 ml +1,5 ml=8,45 ml

U osoby prawidłowo umięśnionej, największą objętość leku (do 5 ml) można wstrzyknąć w okolice pośladkową tylną. Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml lub konieczność jednoczesnego podania dwóch leków, wtedy drugi lek należy wstrzyknąć przez tę samą igłę, ale po uprzedniej zmianie jej kierunku. W taki sposób możliwe jest wstrzyknięcie maksymalnie do 10 ml leku.

Analiza zapisów w Charakterystykach poszczególnych Produktów Leczniczych pozwala na stwierdzenie, iż:

- a) produktu Zinacef nie należy mieszać w strzykawce z antybiotykami aminoglikozydowymi,
- b) roztworów cefuroksymu nie należy mieszać (np. w jednej strzykawce) z roztworami aminoglikozydów, nie należy mieszać roztworów cefuroksymu i aminoglikozydów w jednej strzykawce lub pojemniku do infuzji z uwagi na możliwość ich wzajemnej inaktywacji; w przypadku konieczności równoczesnego zastosowania tych leków należy je wstrzykiwać w różne miejsca,
- c) cefuroksym sodowy jest zgodny w roztworami wodnymi zawierającymi nie więcej niż 1% chlorowodoru lidokainy,
- d) stabilność cefuroksymu sodowego w 0,9% w/v roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań (BP) i w 5% roztworze glukozy do wstrzykiwań nie ulega zmianie w obecności soli sodowej fosforanu hydrokortyzonu,
- e) antybiotyki β-laktamowe mogą inaktywować gentamycynę *in vitro*, dlatego nie należy ich mieszać w tej samej butelce z płynem do podawania dożylnego,
- f) nie mieszać gentamycyny z erytromycyną, heparyną ani wodorowęglanem sodu.

Wnioski:

Nie należy mieszać w jednej strzykawce cefuroksymu z gentamycyną.

Nie stosować 2% roztworu lignokainy do zmieszania z cefuroksymem.

Jedynym kortykosteroidem nie zmieniającym stabilności cefuroksymu po zmieszaniu w jednej strzykawce jest hydrokortyzon, na temat innych sterydów brak informacji w Charakterystyce Produktu Leczniczego, należy zatem unikać mieszania cefuroksymu z deksametazonem.

Z wyrazami szacunku

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
w dziedzinie farmakologii klinicznej
dla województwa dolnośląskiego

dr n. med. Ewa Jarwińska-Yamawska

Konsultant krajowy
w dziedzinie farmacji klinicznej

prof. dr hab. Anna Wiela-Hojewska₂

Prof. dr hab. Maria Kózka
Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa
31-501 Kraków, ul. Kopernika 25
e-mail: maria.kozka@uj.edu.pl

Kraków; 2022-03-06

WPLYNĘŁA
dnia 17 III 2022
Ldz 112022
podpis: Luena

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

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 23 lutego 2022 roku (znak: NIPIP-NRPIP-DM.025.28.2022.MK) w sprawie weryfikacji opinii prof. dr hab. Wieli Hojeńskiej, Konsultanta Krajowego w dz. farmacji klinicznej, dotyczącej realizacji zleceń lekarskich w domu pacjenta, w ramach których pielęgniarka ma podać kilka produktów leczniczych w jednej iniekcji oraz prośby dr Pawła Witta o wyjaśnienie treści ww. opinii przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej określa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U 2011, Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). W artykule 4 ww. ustawy wskazano, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na: 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta; 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta; 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem; 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych; 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji; 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych; 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia. Niekwestionowanym

warunkiem wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, zgodnie z prawem (art. 11 ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej) jest jego wykonywanie *z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.*

Odnosząc się do opinii prof. dr hab. Wieli Hojeńskiej, Konsultanta Krajowego w dz. farmacji klinicznej, dotyczącej realizacji zleceń lekarskich w domu pacjenta, w ramach których pielęgniarka ma podać kilka produktów leczniczych w jednej iniekcji należy zgodzić się z jej treścią w odniesieniu do zapisów tj.:

- 1) *podstawą podania przez pielęgniarkę, położną leku w warunkach ambulatoryjnych jak i domowych jest udokumentowane zlecenie lekarskie, które powinno zawierać oprócz nazwy leku, dawki, sposobu i czasokresu podawania również zapis o tym, że zlecenie należy wykonać w domu pacjenta;*
- 2) *następstwem każdego leku, obok pożądaných efektów terapeutycznych może być następstwem różnego rodzaju niepożądanych działań. Są one opisane w charakterystykach produktów leczniczych i na ulotkach dołączonych do leków;*
- 3) *pielęgniarki realizując zlecenia lekarskie są zobowiązane zapoznać się z nimi;*
- 4) *u osoby prawidłowo umięśnionej, największą objętość leku (do 5 ml) można wstrzyknąć w okolicę pośladkową tylną.*

Natomiast nie można zgodzić się z zapisem o treści: *Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml lub konieczność jednoczasowego podania dwóch leków wtedy drugi lek należy wstrzyknąć przez tę samą igłę, ale po uprzedniej zmianie jej kierunku.*

Powyższy zapis jest niezgodny z aktualną wiedzą medyczną, do której stosowania zobowiązana jest pielęgniarka i położna w wykonywaniu zawodu.

Pielęgniarka i położna realizując zlecenie lekarskie w zakresie podawania leków ma obowiązek zapoznać się z informacjami producenta leku, zamieszczonymi w charakterystyce produktu leczniczego jak również w ulotce i stosować zalecenia producenta. W zdecydowanej większości leków charakterystyka produktu leczniczego określa interakcje z wybranymi grupami leków, a nie z konkretną postacią leku. W związku z powyższym nie można przewidzieć interakcji właściwości farmakodynamicznych i właściwości farmakokinetycznych wielu leków podanych jednocześnie i skutków zachodzących między nimi interakcji, a w szczególności w przypadku podania ich poprzez wykonanie iniekcji metodą jednego wkłucia. Nie zawsze interakcje zachodzące pomiędzy lekami są widoczne (osad, zmiana konsystencji czy barwy).

Zgodnie z aktualnymi i wiarygodnymi wynikami badań, technika wykonania iniekcji domięśniowej zakłada wkłucie igły pod kątem 90 stopni. Dowody potwierdzają, że kąt 90 stopni wkłucia igły do wstrzykiwań domięśniowych jako najbardziej skuteczny pod względem komfortu pacjenta, bezpieczeństwa i skuteczności produktu leczniczego [Pamela K. Strohfus, Oya Paugh, Chelsea Tindell, Paula Molina-Shaver: Evidence calls for practice change in intramuscular injection techniques. Journal of Nursing Education and Practice, 2018; 8 (2): 83-92. DOI: 10.5430/jnep.v8n2p83; Shepherd E.: Injection technique 1: administering drugs via the intramuscular route. Nursing Time, 2018;115 (8): 23-25 [online]; Ogston-Tuck S.: Intramuscular injection technique: an evidence-based approach. Nursing Standard; 2014; 29 (4):52-59; Greenway K (2014) Rituals in nursing: intramuscular injection. Journal of Clinical Nursing, 2014; 23 (23-24):3583-3588].

Wobec powyższego każdorazowa zmiana kierunku igły skutkuje zmianą kąta wkłucia i jest techniką niewłaściwą wykonywania wstrzyknięć domięśniowych i nie może być rekomendowana dla praktyki.

Być może w opracowaniu opinii Pani prof. dr hab. Wiela Hojeńska, Konsultant Krajowy w dz. farmacji klinicznej korzystała z piśmiennictwa krajowego, np. Dzirba A. Wstrzyknięcia domięśniowe. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, Wyd. 1 2010, Wyd. 2 2021; Ciechaniewicz W., Łoś E., Grochans E. Wstrzyknięcia i wlewy dożylnie. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich PZWL, Warszawa 2014, których znajdują się zapisy o treści:

- *największą objętość można podać w okolicę pośladkową tylną, tj. 5 ml u osoby z prawidłowym umięśnieniem, a jeśli jest potrzeba podania większej objętości lub jednocześnie dwóch leków, to należy podać drugi lek przez tę samą igłę po zmianie jej kierunku. W opisany sposób maksymalnie można podać do 10 ml leku [Dzirba A, 2021];*
- *w przypadku objętości leku większej niż 5 ml lub przy podawaniu dwóch różnych leków należy zastosować technikę zmiany kierunku igły do podania kolejnego leku lub kolejnej porcji przewyższającej 5 ml. Po wstrzyknięciu pierwszej porcji leku należy lewą ręką rozciągnąć skórę, jak do wkłucia, a prawą wyciągnąć igłę z tkanek do 1/4 długości, zmienić kąt wkłucia o około 20 stopni i wprowadzić ponownie igłę w tkanki na potrzebną głębokość, po czym dołączyć strzykawkę z kolejnym lekiem i zaaspirować [Ciechaniewicz W, Łoś E., Grochans E., 2014].*

Podsumowując, należy stwierdzić, że zamieszczony przez Panią prof. dr hab. Wielę Hojeńską, Konsultanta Krajowego w dz. farmacji klinicznej w piśmie z dnia 12.01.2022 roku, zapis o treści: *Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml lub konieczność jednoczesnego podania dwóch leków wtedy drugi lek należy wstrzyknąć przez tę samą igłę, ale po uprzedniej zmianie jej kierunku nie jest zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej i nie może być rekomendowany do stosowania przez pracowników opieki zdrowotnej uprawnionych do wykonywania iniekcji domięśniowych.*

Poprawna treść zapisu powinien mieć brzmienie:

Jeżeli istnieje konieczność podania objętości leku przekraczającej 5 ml (mięsień pośladkowy) lub konieczność jednoczesnego podania dwóch leków w iniekcji domięśniowej, wtedy drugą objętość lub drugi lek należy wstrzyknąć w inne miejsce wykonując kolejne wkłucie domięśniowe.

Z wyrazami szacunku,

Prof. dr hab. Maria Kózka
(podpis elektroniczny)



Minister Zdrowia

Warszawa, 25 lutego 2022

ZPŚ.643.10.2022.MB

Komunikat Ministra Zdrowia

**dotyczący uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie zlecenia testów
diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2**

Minister Zdrowia uprzejmie informuje, że od dnia 21 lutego 2022 r. w systemie gabinetowym¹ możliwe jest zlecenie testu antygenowego oraz molekularnego RT-PCR finansowanego ze środków publicznych przez pielęgniarkę i położną zatrudnioną w podmiocie wykonującym działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Piotr Bromber
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

¹ <https://gabinet.gov.pl/>

Komunikat
Ministra Zdrowia
w sprawie środków ochrony indywidualnej pracowników
wykonywujących czynności dla których ocena ryzyka wykazuje
potencjalne narażenie zawodowe na SARS-CoV-2

I. Ocena ryzyka w miejscu pracy dla SARS-CoV-2

1. Potencjał narażenia zawodowego pracowników na SARS-CoV-2 określa się na podstawie prawdopodobieństwa wejścia w bezpośredni, pośredni lub bliski kontakt z osobą zarażoną wirusem. Należy tu uwzględnić:

- a) bezpośredni kontakt fizyczny lub opiekę lub kontakt ze skażonymi powierzchniami i przedmiotami (fomity) podczas procedur wytwarzania aerozolu u pacjentów z COVID-19 bez zastosowanych odpowiednich Środków Ochrony Indywidualnej w celu ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2, zwanych dalej „ŚOI”, lub
- b) pracę z osobami zakażonymi w zamkniętych, zatłoczonych pomieszczeniach lub innych miejscach z niewystarczającą wentylacją.

2. Pracodawcy, w porozumieniu z pracownikami i ich przedstawicielami oraz współpracując z ekspertami w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń oraz medycyny pracy, powinni przeprowadzać i regularnie aktualizować ocenę ryzyka w miejscu pracy pod kątem SARS-CoV-2.

3. Celem tej oceny ryzyka jest:

- a) określenie poziomu ryzyka potencjalnego narażenia zawodowego związanego z różnymi pracami/czynnościami/procedurami/zadaniami i warunkami pracy,
- b) planowanie i wdrażanie odpowiednich środków zapobiegania i ograniczania ryzyka oraz
- c) ocena zdolności do pracy (braku przeciwwskazań) poszczególnych pracowników lub grup pracowników.

4. Przeprowadzając ocenę ryzyka potencjalnego narażenia zawodowego na SARS-CoV-2 podczas wykonywania różnych prac/czynności/procedur/zadań powinno się uwzględnić następujące poziomy ryzyka:

- 1) pierwszy poziom – **niskie ryzyko** – prace/czynności/procedury/zadania bez częstego bliskiego kontaktu z ludźmi (współpracownicy i osoby z zewnątrz) i niewymagające kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2;
- 2) drugi poziom – **średnie ryzyko** – prace/czynności/procedury/zadania z częstym bliskim kontaktem z pacjentami, odwiedzającymi, dostawcami i współpracownikami, ale niewymagające kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2;
- 3) trzeci poziom – **wysokie ryzyko** – miejsca pracy lub prace/czynności/procedury/zadania o wysokim potencjale bliskiego kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2 lub wymagające kontaktu z przedmiotami i powierzchniami, które mogą być skażone wirusem, np. badanie i bezpośredni wywiad medyczny pacjentów z objawami COVID-19, wchodzenie do pomieszczeń lub izolatek, zajętych przez osoby z podejrzeniem lub stwierdzeniem zachorowania na COVID-19, kontakt z wydzielinami pacjentów z podejrzeniem lub chorych na COVID-19, transport pacjentów z podejrzeniem zachorowania lub chorych na COVID-19, czyszczenie środków transportu po przewożeniu chorych lub podejrzanych na zachorowanie na COVID-19

- 4) czwarty poziom - **bardzo wysokie ryzyko** – prace/ czynności/ procedury/ zadania powodujące ryzyko narażenia na aerozole zawierające wirusa SARS-CoV-2, zazwyczaj podczas regularnego wykonywania u pacjentów z COVID-19 zabiegów wytwarzających aerozol np. podczas intubacji, tracheotomii, resuscytacji krążeniowo-oddechowej, czy bronchoskopii, lub praca z osobami zakażonymi w zamkniętych, zatłoczonych miejscach bez odpowiedniej wentylacji.

Odniesienie w powyższych poziomach ryzyka do osób, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2, obejmuje również osoby przedobjawowe lub bezobjawowe, które mogą być zakażone, ale nie mają wyraźnych oznak lub objawów.

5. Ocenę ryzyka w miejscu pracy należy przeprowadzić dla każdego konkretnego otoczenia, a także każdej pracy/czynności/procedury/zadania oraz roli/ stanowiska/funkcji lub zestawu zadań, gdyż poziomy te nawet w tych samych warunkach pracy, mogą się różnić ze względu na specyfikę i charakterystykę pracy.

6. Ocena ryzyka powinna prowadzić do doboru zestawu skutecznych środków zapobiegawczych i łagodzących w celu uniknięcia narażenia na podstawie:

- 1) ustalonego poziomu ryzyka;
- 2) uwzględnienia lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
- 3) specyfiki miejsca pracy i wykonywanych zadań;
- 4) hierarchii i poziomu przestrzegania/egzekwowania środków zapobiegania i kontroli zakażeń.

Załącznik nr 1 Poziomy ryzyka w miejscu pracy, zadania związane z pracą i odpowiednie środki profilaktyki pierwotnej i łagodzenia narażenia zawodowego na SARS-CoV-2 wśród pracowników

II. Dobór środków ochrony indywidualnej do ochrony przed SARS-CoV-2

1. Zapewniając bezpieczne warunki pracy w celu ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2, należy szczególną uwagę zwrócić na odpowiedni dobór środków ochrony indywidualnej do poziomu ryzyka stwierdzonego dla określonego stanowiska pracy.

Dobór ŚOI powinien wynikać z analizy ryzyka dla konkretnych stanowisk pracy. Biorąc pod uwagę obciążenie jakie dodatkowo dla organizmu stanowi praca w pełnym zestawie środków ochrony indywidualnej przed SARS-CoV-2 należy szczególnie podkreślić istotę ich prawidłowego doboru do poziomu istniejącego ryzyka, tj. doboru optymalnego, a nie - zapewniającego najwyższy poziom ochrony w sytuacjach, gdy nie jest to wymagane. ŚOI zawsze stanowią obciążenie dla organizmu pracownika i dlatego powinny być dobrane z należytą starannością.

2. Poziom ryzyka zakażeniem SARS-CoV-2 powinien warunkować zarówno rodzaj asortymentu stosowanych środków ochrony indywidualnej, jak i w przypadku środków ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej – klasy ochrony.

3. Przy doborze środków ochrony indywidualnej konieczne jest uwzględnienie przez pracodawcę regulacji rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. poz. 1650, z późn. zm.) zamieszczonej w załączniku nr 2 - *Szczegółowe zasady stosowania środków ochrony indywidualnej* stanowiącej, że: „Środki ochrony indywidualnej dobiera się i stosuje odpowiednio do występujących na stanowisku pracy zagrożeń określonych na podstawie oceny ryzyka zawodowego uwzględniającej warunki występujące w danym miejscu pracy, wymagania ergonomii i stan zdrowia pracownika”.

4. Asortyment ŚOI przeznaczony do ochrony przed SARS-CoV-2 powinien uwzględniać:

- 1) sprzęt ochrony układu oddechowego;
- 2) odzież ochronną, w tym również osłony nóg;
- 3) rękawice;
- 4) ochrony oczu i twarzy.

5. Rekomenduje się w zależności od stwierdzonego poziomu ryzyka, przy uwzględnieniu, że wirus SARS-CoV-2 najłatwiej przenosi się drogą kropelkową, stosowanie następującego sprzętu:

- 1) pierwszy poziom – **niski poziom ryzyka** – maski nieochronne w przypadku gdy nie jest możliwe zachowanie dystansu społecznego, stosowanie ŚOI nie jest wymagane;
- 2) drugi poziom – **średni poziom ryzyka** – półmaski filtrujące o najniższej klasie ochrony – FFP1 według normy PN-EN 149+A1:2010 lub maski medyczne zgodne z wymaganiami normy PN-EN 14683:2019+AC:2019-09,
- 3) trzeci poziom – **wysoki poziom ryzyka** – półmaski filtrujące o niższej klasie ochrony - FFP2 lub o wysokiej klasie ochrony FFP3 według normy PN-EN 149+A1:2010,
- 4) czwarty poziom – **bardzo wysoki poziom ryzyka** – filtrujący sprzęt ochrony układu oddechowego o najwyższej 3 klasie ochrony, w tym w szczególności półmaski filtrujące FFP3 zgodne z wymaganiami normy PN-EN 149+A1:2010.

6. **Odzież chroniąca przed czynnikami infekcyjnymi** – zapobiegająca przedostawaniu się czynników infekcyjnych do skóry (która może być uszkodzona) oraz przenoszeniu się czynników infekcyjnych na inne osoby lub w inne miejsca:

- 1) kombinezony ochronne – stanowiące pełną ochronę ciała, a także – fartuchy ochronne oraz osłony nóg zakładane na obuwiu, które stanowią częściową ochronę ciała;
- 2) odzież chroniąca przed zakażeniem SARS-CoV-2 powinna być zgodna z wymaganiami normy PN-EN 14126:2005, odporna na działanie skażonych cieczy pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego badana wg ISO 16604:2004 oraz odporna na przenikanie rozpylonej cieczy badana wg PN-EN ISO 17491-4:2008, PN-EN ISO 17491-4:2008/A1:2016-06 pozwalająca na klasyfikację odzieży ochronnej jako typ 6 - w przypadku zastosowania metody A (poziom niski - tzw. mist test) lub typ 4 - w przypadku zastosowania metody B (poziom wysoki - tzw. spray test);
- 3) stosowanie odzieży ochronnej jest uzależnione od ustalonego poziomu ryzyka:
 - a) pierwszy i drugi poziom – **niski i średni poziom ryzyka** – nie jest wymagane stosowanie odzieży ochronnej,
 - b) trzeci poziom – **wysoki poziom ryzyka** – fartuch lub kombinezon ochronny i osłony nóg zgodne z wymaganiami normy PN-EN 14126:2005, typ 4 lub typ 6, odporność na przenikanie skażonych cieczy pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego na poziomie klasy 2 lub wyższej,
 - c) czwarty poziom – **bardzo wysoki poziom ryzyka** – kombinezon ochronny i osłony nóg zgodne z wymaganiami normy PN-EN 14126:2005, typ 4, odporność na przenikanie skażonych cieczy pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego na poziomie klasy 4 lub wyższej.

7. W celu zmniejszenia obciążenia cieplnego pracowników służby ochrony zdrowia podczas wykonywania czynności zawodowych, szczególnie jeśli przewidywany czas użytkowania odzieży ochronnej jest dłuższy, należy wybierać odzież ochronną paroprzepuszczalną o odpowiedniej do zagrożeń klasie ochrony. W przypadku wysokiego poziomu ochrony (tj. klasa 4 lub wyższa w badaniu wg ISO 16604), odzież ochronna wykonana jest najczęściej ze szczelnych materiałów laminowanych lub powlekanych, które nie przepuszczają pary wodnej. Jednakże, w przypadku odzieży o niższym poziomie ochrony (np. klasa 2 w badaniu wg ISO 16604), dostępne są wyroby, w których wykorzystywane są materiały mikroporowate, charakteryzujące się przynajmniej częściową paroprzepuszczalnością.

Paroprzepuszczalność odzieży ochronnej oceniana jest w badaniu oporu pary wodnej R_{et} według PN-EN ISO 11092:2014-11. Im niższa wartość R_{et} , tym korzystniejsze warunki w kontekście odprowadzania nadmiaru ciepła z ciała użytkownika odzieży poprzez parowanie potu.

8. W przypadku gdy nie stwierdzono bardzo wysokiego poziomu ryzyka, należy rozważyć zastąpienie kombinezonu ochronnego przez fartuch ochronny, który będąc częściową osłoną ciała również przyczyni się do mniejszego obciążenia cieplnego użytkownika. Wybór pomiędzy kombinezonem a fartuchem powinien w tym wypadku wynikać z rodzaju czynności wykonywanych na stanowisku pracy. Na stanowiskach wymagających dużej mobilności pracownika, a w konsekwencji – pełnej ochrony ciała, rekomendowane jest stosowanie kombinezonu ochronnego. W przypadku, gdy mobilność pracownika jest ograniczona i częściowa ochrona ciała jest wystarczająca, wówczas z punktu widzenia ograniczenia obciążenia cieplnego pracownika, wskazane jest zastosowanie fartucha ochronnego.

Załącznik nr 2 - Rekomendacje w zakresie doboru sprzętu ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej przeznaczonych do ochrony przed SARS-CoV-2 w zależności od poziomu ryzyka

9. Ochrona rąk wymaga stosowania rękawic medycznych, ochronnych lub tzw. podwójnego przeznaczenia (tj. spełniających wymagania zarówno rękawic medycznych, jak i ochronnych) niezależnie od poziomu ryzyka, w przypadku bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub materiałem biologicznym. W odniesieniu do rękawic medycznych zastosowanie mają wymagania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/475 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE, rozporządzenie (WE) nr 178/2002 i rozporządzenie (WE) nr 1223/2009 oraz uchylająca dyrektywy Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG oraz wymagania norm z serii PN-EN 455, natomiast w przypadku rękawic ochronnych – wyroby te powinny spełniać zasadnicze wymagania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/425 z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie środków ochrony indywidualnej oraz uchylenia dyrektywy Rady 89/686/EWG oraz wymagania normy PN-EN ISO 374-5:2017-02.

10. Ochrona oczu i twarzy jest wymagana w sytuacji, gdy istnieje ryzyko przedostania się czynnika biologicznego SARS-CoV-2 do oka np. drogą kropelkową (w formie aerozolu) lub przez potarcie oka skażonym elementem. Ochrona ta powinna być również zgodna z zasadniczymi wymaganiami ujętymi w ww. rozporządzeniu (UE) 2016/425 oraz normy zharmonizowanej PN-EN 166:2005. Do ochrony oczu przed czynnikami biologicznymi stosowane są osłony twarzy (osłony przeznaczone do ochrony przed rozbryzgami cieczy) lub gogle (gogle przeznaczone do ochrony przed kroplami cieczy).

III. Wymagania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej

1. Każdy egzemplarz ŚOI, powinien być opatrzony informacją umożliwiającą jego identyfikację (nazwa typu, numer partii, numer serii) oraz danymi producenta (nazwa, znak towarowy, adres). W sytuacji, gdy nie jest możliwe umieszczenie ww. informacji na wyrobie, dopuszcza się uwzględnienie ich na opakowaniu lub w dokumencie towarzyszącym.

2. Do ŚOI powinna być również dołączona informacja producenta, uwzględniająca wszystkie istotne z punktu widzenia użytkownika instrukcje i informacje.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem (UE) 2016/425 w informacji takiej powinny znaleźć się m.in.:

- 1) instrukcje przechowywania, użytkowania, czyszczenia, konserwacji, obsługi i dezynfekowania;

- 2) opis zagrożeń, przed którymi ŚOI ma chronić i skuteczności jego działania, stwierdzone na podstawie przeprowadzonych badań laboratoryjnych;
 - 3) ewentualne ograniczenia w użytkowaniu.
3. Zapewnienie odpowiedniego poziomu ochrony użytkownikowi ŚOI wymaga prawidłowego ich zakładania i zdejmowania, aby nie doszło do skażenia czynnikiem biologicznym znajdującym się po wierzchniej stronie ŚOI.
4. Środki ochrony indywidualnej, a w szczególności sprzęt ochrony układu oddechowego, powinny być odpowiednio dopasowane.
5. Stan techniczny ŚOI powinien być nadzorowany i w przypadku stwierdzenia uszkodzeń lub wystąpienia utrudnień w pracy związanych z jego stosowaniem, pracownik powinien zgłosić taki fakt swojemu przełożonemu.
6. ŚOI przeznaczone do jednorazowego użycia, nie powinny być stosowane ponownie, a jedynie odpowiednio utylizowane.
7. W przypadku ŚOI zapewniających ochronę przed czynnikami biologicznymi wielorazowego użycia, szczególnie istotne jest właściwe przechowywanie ŚOI po użyciu oraz odpowiednia dezynfekcja i/lub konserwacja zgodnie z informacją producenta.
- Załącznik nr 3 – akty prawne i normatywne.

IV. Zalecenia mające na celu ograniczenia niekorzystnych skutków dla pracownika związanych z długotrwałym stosowaniem ŚOI.

1. Zaleca się stosowanie rękawic nieleteksowych lub nitrylowych w przypadku alergii pracownika na lateks.
2. Częste nakładanie kremów nawilżających może zmniejszyć podrażnienie dłoni.
3. W przypadku utrzymujących się wysypek lub objawów zapalnych skóry należy zasięgnąć konsultacji medycznej.
4. W przypadku uszkodzeń skóry spowodowanych długotrwałym stosowaniem ŚOI do ochrony dróg oddechowych i oczu (swędzenie, wysypkę, trądzik, odleżyny, kontaktowe zapalenie skóry, pokrzywkę i zaostrzenie wcześniej istniejących chorób skóry) dobrą praktyką może być:
 - zapewnienie odpowiednio dopasowanych ŚOI, aby uniknąć ciągłego tarcia lub nacisku w tym samym miejscu;
 - nakładania środków nawilżających lub żelu przed założeniem środków ochrony twarzy w celu zmniejszenia tarcia między skórą a maskami lub goglami oraz
 - unikanie używania zbyt ciasnych okularów, które mogą uszkodzić skórę i spowodować zaparowanie.
5. W przypadku długotrwałego stosowania pełnego zestawu ŚOI (maski filtrujące, ochrony oczu, okrycia głowy, kombinezony, fartuchy barierowe) ze względu na to, że zatrzymuje ciepło i pot, ogranicza procesy termoregulacyjne i może prowadzić do stresu cieplnego (wysypki cieplne, skurcze mięśni, omdlenia, wyczerpanie, rozpad mięśni szkieletowych i udar cieplny): zaleca się monitorowanie objawów choroby związanej z przegrzaniem, kolor i objętość wydalanego moczu);
 - ograniczenie czasu pracy w pełnym ŚOI oraz zorganizowanie odpoczynku w chłodnym miejscu.
 - zapewnienie chłodnej wody pitnej.
6. Roztwory dezynfekcyjne należy przygotowywać i stosować zgodnie z zaleceniami producenta w dobrze wentylowanych pomieszczeniach, unikając mieszania różnych środków dezynfekujących. Pracownicy zajmujący się przygotowywaniem i stosowaniem środków dezynfekujących powinni zostać przebadani pod kątem przeciwwskazań medycznych, przeszkoleni w zakresie bezpiecznego stosowania

- środków dezynfekujących, wyposażeni w odpowiednie środki ochrony osobistej oraz poinstruowani w zakresie ich prawidłowego stosowania.
7. W celu zapewnienia bezpiecznego poziomu zatrudnienia, właściwego podziału obciążeń oraz zarządzania czasem i organizacją pracy należy wdrożyć strategiczne planowanie, wsparcie i budowanie potencjału pracowników. Wyjątki od przepisów dotyczących normalnych godzin pracy powinny być stosowane jedynie tymczasowo. Należy wdrożyć środki w celu optymalnej organizacji godzin pracy, zmian i odpoczynku uwzględniając również sytuację lokalną.

Opracowanie:

Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny pracy

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (Zakład Ochron Osobistych)

Instytut Medycyny Pracy im. dra J. Nofera w Łodzi

Materiały

Załącznik nr 1 Poziomy ryzyka w miejscu pracy

Załącznik nr 2 - Rekomendacje w zakresie doboru sprzętu ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej przeznaczonych do ochrony przed SARS-CoV-2 w zależności od poziomu ryzyka

Załącznik nr 3 akty prawne i normatywne

Załącznik nr. 1 Poziomy ryzyka w miejscu pracy, zadania związane z pracą i odpowiednie środki profilaktyki pierwotnej i łagodzenia narażenia zawodowego na SARS-CoV-2 wśród pracowników.

Poziom ryzyka	Przykłady zadań zawodowych	Przykładowe środki zapobiegawcze i łagodzące
Niskie ryzyko (zachowanie ostrożności)	<p>Zadania administracyjne, które nie wiążą się z kontaktem z pacjentami, odwiedzającymi i innymi gośćmi ani bliskim kontaktem z innymi współpracownikami m.in.</p> <ul style="list-style-type: none"> – usługi typu teleporada, – zdalne wywiady z pacjentami z podejrzeniem lub potwierdzeniem infekcji COVID-19 lub osobami z ich kontaktu; – praca w indywidualnych pokojach biurowych lub o niskiej gęstości zaludnienia. 	<p><i>Pracodawca może:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • organizować pracę zdalną i teleporady tam, gdzie jest to możliwe i właściwe; • zapewnić naturalną lub mechaniczną wentylację bez recyrkulacji; • organizować regularne sprzątanie i dezynfekcję środowiska pracy; • wprowadzić środki zapobiegające stłoczeniu i mieszanemu się grup społecznych oraz zachęcać pracowników do przestrzegania bezpiecznego dystansu społecznego; • zapobiegać współdzieleniu stanowisk pracy i sprzętu; • ustanowić elastyczne zasady dotyczące zwolnień chorobowych. <p><i>Pracownicy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • stosować zasadę „zostań w domu, jeśli źle się poczujesz”; • przestrzegać higieny rąk i dróg oddechowych; • używać masek medycznych w pomieszczeniach ogólnodostępnych i podczas spotkań twarzą w twarz.
Średnie ryzyko	<p>Praca lub zadania z częstym bliskim kontaktem z pacjentami, odwiedzającymi, dostawcami i współpracownikami, ale bez kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2.</p> <p>W środowiskach, w których wiadomo lub podejrzewa się przenoszenie SARS-CoV-2, ten poziom ryzyka może dotyczyć pracowników, którzy mają częsty i bliski zawodowy kontakt z innymi osobami lub w społeczności, gdzie bezpieczny dystans społeczny</p>	<p><i>Pracodawca może:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • rozważyć alternatywy dla bezpośrednich wizyt ambulatoryjnych z wykorzystaniem usług typu teleporada tam, gdzie jest to właściwe i wystarczające; • zapewnić ekrany/bariery chroniące przed aerozolem i inne modyfikacje miejsca pracy oraz wentylację naturalną lub mechaniczną bez recyrkulacji; • organizować badania przesiewowe i segregację w celu wczesnego rozpoznania pacjentów z podejrzeniem COVID-19 oraz szybkiego wdrożenia środków kontroli źródła;

Poziom ryzyka	Przykłady zadań zawodowych	Przykładowe środki zapobiegawcze i łagodzące
	<p>może być trudny do utrzymania.</p> <p>W środowiskach bez transmisji ze społeczności scenariusz ten może obejmować bliski częsty kontakt z ludźmi pochodzącymi z obszarów o znanej lub podejrzewanej transmisji ze społeczności.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • organizować regularne i prowadzone w odpowiedni sposób sprzątanie i dezynfekcje środowiska pracy; • wprowadzić środki mające na celu uniknięcie tłoku i mieszania społecznego, m.in. ograniczenie liczby odwiedzających i wyznaczanie obszarów, do których pacjenci nie mają wstępu; • zachęcać pracowników do przestrzegania bezpiecznego dystansu społecznego, w sytuacji kiedy nie mają na sobie środków ochrony osobistej (np. w pomieszczeniach socjalnych i stołówkach); • zapewnić szkolenie dotyczące środków zapobiegania i kontroli zakażeń; • zapewnić dostępność odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI) w wystarczającej ilości i jakości; • ustanowić elastyczne zasady dotyczące zwolnień chorobowych. <p><i>Pracownicy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • stosować zasadę „zostań w domu, jeśli źle się poczujesz”; • przestrzegać higieny rąk i dróg oddechowych; • nosić maski medyczne i inne środki ochrony indywidualnej (ŚOI) zgodnie z ich przeznaczeniem oraz stosować standardowe środki ostrożności podczas opieki nad pacjentem. <p><i>Pacjenci, odwiedzający i dostawcy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • przestrzegać higieny rąk i dróg oddechowych; • nosić maski medyczne lub maski materiałowe.

Poziom ryzyka	Przykłady zadań zawodowych	Przykładowe środki zapobiegawcze i łagodzące
Wysokie ryzyko	<p>Wykonywanie poniższych zadań:</p> <ul style="list-style-type: none"> - triaż kliniczny z osobistymi wywiadami z objawowymi pacjentami COVID-19; - czyszczenie obszarów do badań przesiewowych i izolacji; - wchodzenie do pomieszczeń lub obszarów izolacji zajmowanych przez pacjentów z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19; - przeprowadzanie badania fizykalnego i zapewnianie bezpośredniej opieki nieobejmującej procedur wytwarzania aerozolu pacjentom z rozpoznaniem lub podejrzeniem COVID-19; - postępowanie z próbkami materiału pobranego z dróg oddechowych; - postępowanie z wydzielinami dróg oddechowych, śliną lub wydaliniami od pacjentów z COVID-19; - przewóz osób zakażonych lub podejrzanych o zakażenie COVID-19 bez fizycznej separacji między kierowcą a pasażerem; - sprzątanie między transportami pacjentów z podejrzeniem COVID-19. 	<p><i>Pracodawca może:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • wdrożyć kontrole techniczne, środowiskowe i administracyjne w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń oraz zapewnić dostępność odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI) w wystarczającej ilości i jakości; • poprawić wentylację (bez recyrkulacji) z kierunkowym przepływem strumienia powietrza „od czystego do mniej czystego”; • organizować regularne i prowadzone w odpowiedni sposób sprzątanie i dezynfekcję środowiska pracy; • wprowadzić środki mające na celu uniknięcie tłoku i mieszania społecznego oraz ograniczające liczbę mniej istotnych pracowników i odwiedzających; • zapewnić szkolenie dotyczące środków zapobiegania i kontroli zakażeń; • zapewnić dostępność odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI) w wystarczającej ilości i jakości; • ustanowić elastyczne zasady dotyczące zwolnień chorobowych. <p><i>Pracownicy i opiekunowie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • stosować środki ochrony indywidualnej (ŚOI) adekwatne do możliwych dróg zakażenia (maska filtracyjna, kombinezon/fartuch ochronny, rękawice jednorazowe, ochrona oczu) i stosować standardowe środki ostrożności w prowadzeniu opieki nad pacjentem; • stosować zasadę „zostań w domu, jeśli źle się czujesz”; • przestrzegać higieny rąk i dróg oddechowych. <p><i>Pacjenci, odwiedzający i dostawcy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • nosić maski medyczne; • przestrzegać higieny rąk i dróg oddechowych

Poziom ryzyka	Przykłady zadań zawodowych	Przykładowe środki zapobiegawcze i łagodzące
Bardzo wysokie ryzyko	<p>Praca z pacjentami z COVID-19, u których często wykonywane są zabiegi wytwarzające aerozol (np. intubacja tchawicy, wentylacja nieinwazyjna, tracheotomia, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wentylacja ręczna przed intubacją, indukcja płwociny, bronchoskopia, procedury autopsji, zabiegi stomatologiczne z użyciem sprzętu wytwarzającego spray).</p> <p>Praca z osobami zakażonymi w zamkniętych, zatłoczonych miejscach bez odpowiedniej wentylacji.</p>	<p><i>Pracodawca może:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • wdrożyć kontrole techniczne, środowiskowe i administracyjne w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń oraz zapewnić dostępność odpowiednich środków ochrony indywidualnej (ŚOI) w wystarczającej ilości i jakości; • zapewnić wentylację mechaniczną z zastosowaniem wysokowydajnych filtrów cząstek stałych (HEPA) bez recyrkulacji; • wprowadzić środki mające na celu uniknięcie tłoku i mieszania społecznego oraz ograniczające liczbę mniej istotnych pracowników i odwiedzających, • zapewniać regularne szkolenie dotyczące środków zapobiegania i kontroli zakażeń; • zapewnić szkolenia dotyczące właściwego zakładania i zdejmowania środków ochrony osobistej (ŚOI) ; • ustanowić elastyczne zasady dotyczące zwolnień chorobowych. <p><i>Pracownicy:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • stosować zasadę „zostań w domu, jeśli źle się poczujesz; • przestrzegać higieny rąk i dróg oddechowych; • właściwie stosować środki ochrony indywidualnej (ŚOI) (respirator N95 lub FFP2 lub FFP3, kombinezon, rękawice jednorazowe, ochrony oczu, fartuch barierowy); • stosować standardowe środki ostrożności podczas opieki nad pacjentem.

Załącznik nr 2 – Rekomendacje w zakresie doboru sprzętu ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej przeznaczonych do ochrony przed SARS-CoV-2 w zależności od poziomu ryzyka.

Asortyment ŚOI	Normy z wymaganiami	Poziom ryzyka		
		Średni	Wysoki	Bardzo wysoki
Sprzęt ochrony układu oddechowego	PN-EN 149+A1:2010 dla półmasek filtrujących PN-EN 14683:2019+ AC:2019-09 dla masek medycznych	FFP1 lub maska medyczna	FFP2 lub FFP3	FFP3
Odzież ochronna	PN-EN 14126:2005	Nie dotyczy	Fartuch lub kombinezon ochronny, osłony nóg klasa 2 lub wyższa (wg ISO 16604), typ 4 lub typ 6	Kombinezon ochronny, osłony nóg klasa 4 lub wyższa (wg ISO 16604), typ 4

Załącznik nr 3 akty prawne i normatywne

Akty prawne:

1. Dyrektywa Rady z dnia 12 czerwca 1989 r. w sprawie wprowadzenia środków w celu poprawy bezpieczeństwa i zdrowia pracowników w miejscu pracy 89/391/EEG (Dz. U. UE L z dnia 29 czerwca 1989 r.).
2. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320, z późn. zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. poz. 716, z późn. zm.)
4. Dyrektywa 2000/54/WE parlamentu europejskiego i rady z dnia 18 września 2000 r. w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy (siódma

dyrektywa szczegółowa w rozumieniu art. 16 ust. 1 dyrektywy 89/391/EWG).

5. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/425 z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie środków ochrony indywidualnej oraz uchylenia dyrektywy Rady 89/686/EWG.
6. Dyrektywa Komisji (UE) 2020/739 z dnia 3 czerwca 2020 r. zmieniająca załącznik III do dyrektywy 2000/54/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do włączenia SARS-CoV-2 do wykazu czynników biologicznych o znanej zakaźności dla ludzi oraz zmieniająca dyrektywę Komisji (UE) 2019/1833.
7. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG.

Dokumenty normatywne:

1. PN-EN 149+A1:2010 - Sprzęt ochrony układu oddechowego -- Półmaski filtrujące do ochrony przed cząstkami -- Wymagania, badanie, znakowanie.
2. PN-EN 14683:2019+AC:2019-09 - Maski medyczne -Wymagania i metody badań.
3. PN-EN 14126:2005 - Odzież ochronna -- Wymagania i metody badań dla odzieży chroniącej przed czynnikami infekcyjnymi.
4. ISO 16604:2004 - Clothing for protection against contact with blood and body fluids — Determination of resistance of protective clothing materials to penetration by blood-borne pathogens — Test method using Phi-X 174 bacteriophage.
5. PN-EN ISO 17491-4:2008, PN-EN ISO 17491-4:2008/A1:2016-06 - Odzież ochronna -- Metody badania odzieży chroniącej przed chemikaliami -- Część 4: Wyznaczanie odporności na przesiąkanie rozpylonej cieczy (test rozpylonej cieczy).
6. PN-EN ISO 11092:2014-11 - Tekstylnia -- Właściwości fizjologiczne -- Pomiar oporu cieplnego i oporu pary wodnej w warunkach stanu ustalonego (metoda pocącej się zaizolowanej cieplnie płyty).
7. PN-EN 455-1:2020-11 – Rękawice medyczne do jednorazowego użytku - Część 1: Wymagania i badania na nieobecność dziur.
8. PN-EN 455-2:2015-07 – Rękawice medyczne jednorazowego użytku - Część 2: Wymagania i badania dotyczące właściwości fizycznych.
9. PN-EN 455-3:2015-07 - Rękawice medyczne jednorazowego użytku -- Część 3: Wymagania i badania w ocenie biologicznej.
10. PN-EN 455-4:2010 – Rękawice medyczne do jednorazowego użytku - Część 4: Wymagania i badania dotyczące wyznaczania okresu trwałości.
11. PN-EN ISO 374-5:2017-02 - Rękawice chroniące przed niebezpiecznymi substancjami chemicznymi i mikroorganizmami - Część 5: Terminologia i wymagania dotyczące ryzyka przenikania mikroorganizmów.

PN-EN 166:2005 - Ochrona indywidualna oczu – Wymagania

Zgoda pacjenta na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Wolna wola, nietykalność człowieka i jego samostanowienie o sobie to niezbywalne prawo nadane nam w tak podstawowym akcie prawnym jak Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. 1997, NR 78 poz. 483 art. 41 ust.1) – „każdemu zapewnia się nietykalność osobistą i wolność osobistą”. Naruszenie powyższej zasady niesie za sobą konsekwencje prawne w zakresie zarówno cywilnym jak i karnym, a niekiedy także etycznych. Wykonując zawody medyczne należy mieć świadomość, że każde nawet najmniejsze postępowanie lecznicze, diagnostyczne czy pielęgnacyjne jest ingerencją w obszar intymności i cielesności każdego człowieka. Zatem, wykonanie świadczenia medycznego przez pracownika Opieki Zdrowotnej, zawsze powinno być poprzedzone uzyskaniem na nie świadomej zgody pacjenta.

Najprostsza definicja pojęcia "zgody" precyzuje powyższy termin następująco:

Zgoda pacjenta jest to jednostronne, odwołalne oświadczenie mocą, którego wyłączona zostaje bezprawność interwencji medycznej (w granicach prawa dopuszczalnych) przy jednoczesnym przyjęciu przez pacjenta (lub osoby wyrażającej zgodę w jego imieniu) ryzyka zwykłych następstw związanych z udzielanym świadczeniem.

Jak widać "zgoda" zatem jest autonomicznym aktem wyboru, potwierdzającym wolę człowieka, dotyczącą aspektu zdrowia, a zatem zakresu ingerencji medycznej w organizm. Uprawnienie do wyrażania owej zgody jest niezbywalnym prawem każdego pacjenta ujętym w wielu aktach prawnych jak:

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (art. 41 ust.1)
2. Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej wobec Zastosowań Biologii i Medycyny – art. 5 – „Nie można przeprowadzić interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby jej poddanej.”
3. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dn.5 grudnia 1996 roku – art. 32 i 34 ustawy (tj. Dz. U. 2021 r., poz. 790)
4. Kodeks Etyki Lekarskiej – art. 15 - : "postępowanie lecznicze, diagnostyczne i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta.”
5. Ustawa o Prawach Pacjenta Rzeczniku Praw Pacjenta z dn. 6 listopada 2008 roku (tj. Dz. U. z 2020r., poz. 849).
6. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Powyższe regulacje prawne precyzują także zasady jakie powinny towarzyszyć pozyskiwaniu zgody na wykonanie procedur medycznych. Warunkiem poprawności jest spełnienie poniższych kryterium:

1. **zgoda musi być poprzedzona rozpoznaniem (uzyskanie informacji) - zgoda niewadliwa.**
2. **wyrażenie zgody musi być wynikiem swobodnej decyzji -zgoda świadoma.**
3. **osoba udzielająca zgody musi być do niej uprawniona - zgoda właściwa, zastępcza lub kumulatywna.**
4. **zgoda musi mieć należyłą formę - zgoda pisemna, zwykła.**

Pozyskując prawnie akceptowaną zgodę na zabiegi medyczne musimy zrealizować każdy z powyższych celów. Nie przestrzeganie owej zasady prowadzi do uzyskania zgody "**wadliwej**", nie posiadającej mocy prawnej, którą to w późniejszym czasie można zakwestionować i podważyć, a same wykonanie czynności medycznej uznać za działanie bezprawne. Szczególnie ważnym w tej kwestii, jest fakt poinformowania pacjenta o przebiegu interwencji oraz możliwości wystąpienia powikłań jako następstw przeprowadzonych czynności. Brak udzielenia informacji jest bowiem jednym z najczęściej występujących argumentów wysuwanych przez pacjentów w toczących się postępowaniach roszczeniowych.

W celu uzyskania poprawnego efektu, pamiętać należy, że informacja musi być przekazana językiem prostym i w pełni zrozumiałym dla pacjenta. Nie może zawierać niejasnych zwrotów, terminologii łacińskiej ani wysoko specjalistycznej.

Art. 31 ust.1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry

"Lekarz ma obowiązek udzielać Pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu."

Art. 13 ust. 2 Kodeksu Etyki Lekarskiej,

" Informacja udzielona pacjentowi powinna być sformułowana w sposób dla niego zrozumiały."

W procesie pozyskiwania "zgody" następstwem udzielenia informacji powinno być powzięcie **świadomej decyzji** przez pacjenta o akceptacji lub jej braku dla zaproponowanej formy interwencji medycznej. Brak sprzeciwu lub milczenie nie oznacza zgody. Wyrażenie zgody lub nie, musi być wynikiem swobodnej decyzji – nigdy presji, szantażu lub groźby. Dlatego istotnym jest wyważony sposób proponowania świadczenia zdrowotnego, aby potencjalnego pacjenta nie zasypać lawiną niezrozumiałych pojęć, a w efekcie wystraszyć i uzyskać skutek odwrotny do zamierzonego.

Kolejnym elementem warunkującym poprawność otrzymania "zgody" jest uzyskanie jej od odpowiedniej osoby, czyli pozyskanie tzw. "**zgody właściwej**". Ową zgodę udziela zawsze pacjent, a nie jego rodzina. Dotyczy ona zatem samego pacjenta, a w przypadkach małoletnich dzieci lub osób ubezwłasnowolnionych - opiekuna prawnego, opiekuna ustawowego lub faktycznego. Zgoda udzielana w przypadkach pomijających pacjenta, obok nazwy "właściwej" nosi nazwę **zgody zastępczej**. Charakteryzuje się tym, że jest ona wyrażana przez osoby trzecie w imieniu samych zainteresowanych. Udzielana jest za osobę, która nie może tego zrobić osobiście, gdyż nie jest sama zdolna do "świadomego wyrażenia zgody", a zatem rozeznania i oceny sytuacji. W sytuacji osób nieletnich w wieku 16-18 lat zgodę wyrazić powinni: on sam oraz opiekun ustawowy lub sąd opiekuńczy. Jest to tzw. **zgoda podwójna inaczej kumulatywna**. Podstawą prawną jest tu art. 17 ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określająca, że:

„Małoletni pacjent, który ukończył lat 16, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza."

W sytuacji gdy małoletni nie wyraża zgody na zaproponowane leczenie, a rodzic tę zgodę wyraża (lub odwrotnie), sprawa trafia do sądu rodzinnego, gdzie

wyrok prawomocny jest podstawą prawną do wykonania lub odstąpienia od planowanych działań medycznych.

Ostatnim elementem warunkującym poprawność pozyskania zgody na świadczenia medyczne, jest charakter jej sformalizowania. Ten aspekt jest szczególnie istotny dla bezpieczeństwa osób świadczących usługi medyczne. W tym zakresie wyróżniamy dwa podstawowe sposoby jej wyrażenia: **pisemny i zwykły**.

Zgoda zwykła polega na udzieleniu **ustnego potwierdzenia** chęci poddania się zaproponowanym czynnościom medycznym lub **takiego rodzaju zachowania**, które wskazywałoby na akceptację powyższego zabiegu czyli zastosowanie formy **dorozumianej** (konkludentnej). Przykładowo - jest to dobrowolne podciągnięcie rękawa koszuli po uzyskaniu informacji od pielęgniarki o konieczności pobrania krwi do badań laboratoryjnych.

Zgoda pisemna jest jednak najważniejszym sposobem potwierdzenia **powzięcia** (wewnętrzny akt decyzji) i **przekazania komunikatu** (zewewnętrzny sposób potwierdzenia) akceptującego wykonanie przewidzianych czynności medycznych. Taka forma "zgody" w medycynie jest wymagana powszechnie. Obok ustnej i dorozumianej funkcjonuje na co dzień w życiu ośrodków leczniczych i ma moc prawną.

Zgoda, która nie jest uznana za prawną, ale jest spotykana w medycynie, jest **"zgoda in blanco"**. Przy przyjęciu chorego do szpitala, jest to pierwsza czynność, którą wykonuje pacjent. Zgoda tego typu wyrażana jest poprzez złożenie imiennego podpisu na formularzu historii choroby pod standardową regułką " wyrażam zgodę na wszelkie zabiegi lecznicze" lub " wyrażam zgodę na wszelkie niezbędne czynności medyczne". Zgoda ta, zwana jest inaczej **"blankietową"** i ma zastosowanie prawne przykładowo w adopcji dziecka (zrzeczenie się praw na rzecz osoby, której nie znamy), a w medycynie niestety owego znaczenia nie ma. Aby jednak zgoda blankietowa stała się prawnie uznawaną, już po wstępnym badaniu w Izbie Przyjęć wystarczy pacjenta poinformować o często jeszcze niezbyt sprecyzowanej diagnozie medycznej i zaproponować pierwszoplanowe postępowanie. W tym momencie uzyskana zgoda nabiera mocy prawnej i staje się wiarygodnym zatwierdzeniem prowadzenia procesu pozyskiwania jej w sposób poprawny.

Jak wcześniej opisano, w świadczeniach medycznych działaniem koniecznym jest, aby uzyskać od pacjenta najlepiej **zgodę pisemną** lub chociażby **zgodę ustną** na wykonanie (wcześniej wyjaśnionych) nawet podstawowych procedur medycznych w zakresie diagnostyki, leczenia czy pielęgnacji.

Do zadań w szczególności pielęgniarskich, które wymagają potwierdzenia ustnego należą:

1. **czynności związane oględzinami miejsc intymnych na ciele pacjenta**
2. **czynności związane pobraniem wydzielin z organizmu pacjenta (np. krwi, moczu)**
3. **czynności związane z dotykiem ciała pacjenta (np. oklepanie,)**
4. **czynności związane oględzinami miejsc intymnych na ciele pacjenta**
5. **czynności związane z poddaniem pacjenta działaniu promieniowania (np. rentgenowskiego, magnetycznego)**

W praktyce może wydawać się to czynnością niezwykle uciążliwą. Zależy to jednak od formy w jaki sposób zapytamy pacjenta o pozwolenie na wykonanie przykładowo iniekcji. Można zrobić to bardzo oficjalnie lub tak prosto - "po ludzku" układając słowa nie w sztywną regułkę, ale delikatne, prosto brzmiące pytanie.

Opierając się na fakcie wcześniejszego pozyskania zgody "zwykłej", w niektórych przypadkach, pielęgniarka nie musi każdorazowo w swojej pracy uzyskiwać pozwolenia od pacjenta, na zastosowanie wcześniej omówionej i zaakceptowanej czynności medycznej. Wystarczy wtedy zgoda **"dorozumiana"** - czyli fakt, iż pacjent dobrowolnie poddaje się przykładowo zażyciu doustnych leków czy bezdotykowemu pomiarowi temperatury ciała.

W toku, często długotrwałego procesu postępowania medycznego należy pamiętać, iż sam pacjent w każdej chwili może odmówić przyjęcia dotychczasowej formy leczenia, (**charakter odwoalny zgody**) nie tylko w sposób pisemny czy ustny, ale nawet w sposób dorozumiany. W związku z tym powinno zachować się czujność w interpretacji zachowań, gestów i słów, a w przypadku wątpliwości ponownie **pytać o "zgode"**, po to, aby nikt nam nie zarzucił przekroczenia uprawnień i działania wbrew woli chorego.

Należy także wiedzieć o tym, że istnieją takie działania medyczne, które noszą większe znamiona zagrożenia niż te podstawowe. Są to **zabiegi o podwyższonym ryzyku**, których to przeprowadzenie wymaga **dotatkowej zgody pisemnej**, jak w przypadku zabiegu operacyjnego czy znieczulenia.

Art. 34 ust. 1. Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

„Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla Pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody.”.

W związku z powyższymi regulacjami prawnymi świadczenie usług medycznych bez zgody pacjenta jest łamaniem prawa za co kary przewiduje Kodeks Karny (Dz. U z dn. 2 sierpnia 1997r)

Art. 192. Kodeksu Karnego

" Kto wykonuje zabieg leczniczy bez zgody pacjenta, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2".

Jedynym odstępstwem od reguły jest fakt bezpośredniego zagrożenia życia i zdrowia co precyzuje:

Art. 33.ust 1. Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r.

"Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym."

Na mocy powyższego artykułu lekarz ma również prawo w wyjątkowych przypadkach dotyczących osób nieletnich, do **przełamania woli rodziców**. Zachodzi to wtedy gdy w interesie dziecka jest natychmiastowe podjęcie działań ratujących życie, a rodzic nie wyraża na nie zgody, przez co **"nadużywa władzy rodzicielskiej"**. Oczywiście w rzeczywistości procedura ta jest nieco bardziej skomplikowana i wymaga opinii co najmniej drugiego lekarza, ale jest możliwa do wykonania, a czasami nawet konieczna.

W obecnie istniejącym partnerskim modelu relacji lekarz-pacjent, pielęgniarz-pacjent **„zgoda"** jest fundamentem zdroworozsądkowych zależności pomiędzy dawcą i biorcą usług medycznych. Jest to wiążąca umowa dwóch stron oparta na obopólnym interesie. Proces pozyskiwania zgody dla świadczeniodawców jest czasami postępowaniem trudnym i mozolnym. W praktyce jednak okazuje się być częściej prostym i niezbyt długim. Przyzwolenie pacjenta na działalność medyczną jest dla niego wyrazem autonomii, poszanowania godności osobistej, ale także czasami najtrudniejszą decyzją w życiu, ocierającą się o tragedię jednostki i jego rodziny. Dbając o dobro pacjenta oraz swoje własne, pamiętajmy, aby nie sprowadzić całego procesu uzyskania zgody na zabiegi medyczne do poziomu sformalizowanego złożenia podpisu, bo może się okazać że niezamierzenie dopuściliśmy się złamania przepisów prawa.

Artykuł prewencyjny Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej OIPiPZS

Odcinek XIV

Drogie Koleżanki i Koledzy



Witam serdecznie po półrocznej przerwie. Na krótki okres czasu wznawiam kącik historyczny, chociaż tego nie planowałam. W opublikowanych już 13 odcinkach przedstawiłam min. historię oddziałów szpitalnych, sylwetki 95 pielęgniarek i 36 położnych. Były to przede wszystkim pielęgniarki oddziałowe, zabiegowe i kilka pielęgniarek odcinkowych. W roku 1991, kiedy większa część oddziałów „starego szpitala” przeniosła się do szpitala przy ul. Armii

Krajowej 7, w szpitalu przy ul. Nenckiego pracowało ok. 180 pielęgniarek i 36 położnych. Dzisiaj pracują w nim 53 pielęgniarki.

Nie jest możliwe opracowanie not biograficznych wszystkich pielęgniarek i położnych pracujących od roku 1952 / rok oddania do użytku szpitala w obecnej formie / do 2022. Byłoby to przedsięwzięcie ogromne, angażujące wiele osób i długo trwające.

Spróbuję jednak, chociaż w małej części, przedstawić te koleżanki, które swoje życie zawodowe związały tylko z jednym oddziałem, o których powzięłam wiadomość lub te, które wyraziły zgodę na publikację swojego wizerunku.

Oddział pulmonologiczny – powstał w 1957r. Pielęgniarki oddziałowe to: Teresa Nowicka, Janina Urbaniak, Dorota Duliba i Dorota Wyrzuc. Oddział mieścił się w baraku stojącym w ogrodzie szpitalnym, a od 1995r. mieści się na parterze budynku szpitalnego.

Pielęgniarki, które na wiele lat związały się z tym oddziałem lub nadal pracują:



Halina Gizler – ur. 06.11.1937r. W roku 1955 ukończyła kurs pielęgniarski w Katowicach, a w 1964r. szkołę asystentek w Łodzi. Pracę w szpitalu w Sieradzu rozpoczęła 19.09.1955r. W oddziale chorób płuc pracowała od 01.01.1957r. nieprzerwanie do dnia przejścia na emeryturę 31.01.1998r.



Janina Gawrońska – ur.13.01.1939r. Szkołę asystentek pielęgniarskich ukończyła w Zgierzu, egzamin państwowy na pielęgniarkę dyplomowaną złożyła w 1965r. Pracę w szpitalu w Sieradzu rozpoczęła 31.12.1955r. W oddziale chorób płuc pracowała od 20.01.1963r. do dnia przejścia na emeryturę 31.01.1999r.



Barbara Mielczarek – ur. 18.08.1939r. Ukończyła w 1957r. dwuletnią szkołę asystentek pielęgniarских w Zgierau oraz w 1978r. Medyczne Studium Zawodowe uzyskując dyplom pielęgniarki. Pracę w szpitalu w Sieradzu rozpoczęła 20.09.1965r., a w oddziale pulmonologicznym 01.07.1978r., gdzie pracowała nieprzerwanie do dnia przejścia na emeryturę 31.01.1996r.



Kazimiera Górecka – ur. 16.04.1940r. Ukończyła w 1957r. trzyletnią szkołę pielęgniarską w Łodzi. Od 01.09.1957r. do 31.01.1959r. pracowała w szpitalu w Łodzi. Pracę w szpitalu w Sieradzu rozpoczęła 01.02.1959r., natomiast w oddziale pulmonologicznym od 01.08.1975r. do dnia przejścia na emeryturę 31.01.1996r.



Katarzyna Łuczak zd. Sukiennik – ur. 09.08.1962r. Absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1982. i Mazowieckiej Wyższej Szkoły Humanistyczno-Pedagogicznej w Łowiczu /mgr pedagogiki/. Po latach pracy w kilku oddziałach w roku 1995 rozpoczęła pracę w oddziale pulmonologicznym, gdzie pracuje do chwili obecnej tj. 2022r.



Danuta Piasecka – absolwentka Liceum Medycznego z 1985r. W oddziale pulmonologii pracuje nieprzerwanie od marca 1998r. jako starsza pielęgniarka do chwili obecnej tj. 2022r.



Anna Nogala – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1997r. W tym samym roku rozpoczęła pracę w oddziale pulmonologii, gdzie pracuje nieprzerwanie do chwili obecnej tj. 2022r. Aktualnie prowadzi pracownię bronchoskopową.



Pracownia bronchoskopowa powstała w 1997r. Jako pierwsza prowadziła ją **Alina Panasiuk**, absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1982r.

Alina Panasiuk prowadziła pracownię w latach 1997 -1999, po ukończeniu kursu specjalistycznego z zakresu organizacji i pracy pracowni bronchoskopowej oraz szkolenia specjalistycznego pielęgniarek zabiegowych w tym zakresie.

Oddział neurologiczno – rehabilitacyjny i oddział rehabilitacyjny

Oddział neurologiczno - rehabilitacyjny powstał w 1992r. i funkcjonował do 2004r. Pielęgniarką oddziałową była Krystyna Pawężka. Mieścił się na I p. starej części szpitala po oddziale ortopedii. W roku 2000 powstał oddział rehabilitacji, zlokalizowany na I piętrze po dawnym oddziale chirurgii. Pielęgniarką oddziałową została Wiesława Komza, a od roku 2008 r. obowiązki pielęgniarki oddziałowej pełni Dorota Waszczyńska.

Pielęgniarki pracujące nieprzerwanie w oddziale neurologiczno - rehabilitacyjnym, a następnie w oddziale rehabilitacji do chwili obecnej:



Gawron Ewa – absolwentka Medycznego Studium Zawodowego w Sieradzu z 1992r. Pracowała w oddziale neurologii w latach 1992 -2004, a następnie od 2004 do chwili obecnej tj. 2022r. w oddziale rehabilitacji.



Renata Rogalska – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1992. Pracowała w oddziale neurologii w latach 1992 – 2004, a następnie od 2004 do chwili obecnej tj. 2022r. w oddziale rehabilitacji.



Renata Janiak – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1992. Pracowała w oddziale neurologii w latach 1993 - 2004, a następnie od 2004 do chwili obecnej tj. 2022r. w oddziale rehabilitacji.



Kierasińska Małgorzata – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1992r. Pracowała w oddziale neurologii do 2004r., a następnie w oddziale rehabilitacji do 2017r.



Dorota Matusiak – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1982r. Pracowała w oddziale zakaźnym w latach 1982 – 2000, a następnie od 2000r. do chwili obecnej tj. 2022r. w oddziale rehabilitacji.



Bożena Perzyna – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1982, wcześniej pracowała w poradni specjalistycznej, w oddziale rehabilitacji w latach 2000 – 2021.



Danuta Jeż – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1991. Pracowała w oddziale internistycznym, a następnie w oddziale rehabilitacji od roku 2000 do chwili obecnej tj. 2022r.



Iwona Szóstak – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1991. Wcześniej pracował w oddziale internistycznym, w oddziale rehabilitacji od 2000r. do chwili obecnej tj. 2022r. w oddziale rehabilitacji.



Joanna Bąk – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1992. Pracowała w oddziale zakaźnym do 2000r., a następnie w oddziale rehabilitacji do chwili obecnej tj. 2022r.



Beata Wróbel – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1992, wcześniej pracowała w oddziale internistycznym, a od roku 2000 w oddziale rehabilitacji do chwili obecnej, tj. 2022r.



Monika Szwed – absolwentka Liceum Medycznego z 1995r., wcześniej pracowała w oddziale internistycznym, a od roku 2000 w oddziale rehabilitacji do chwili obecnej, tj. 2022r.



Izabela Chojnacka – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1995, wcześniej pracowała w oddziale zakaźnym, a od roku 2000 w oddziale rehabilitacji do chwili obecnej, tj. 2022r.



Mariola Krejner – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1989r., wcześniej pracowała w oddziale internistycznym i Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym, a od 2008r. w oddziale rehabilitacji do chwili obecnej, tj. 2022r.



Urszula Orłowska – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1974r., wcześniej pracowała na bloku operacyjnym, a od roku 2000 w oddziale rehabilitacji do 2013r.

Oddział dla Przewlekle Chorych i Zakład Opiekuńczo- Leczniczy

W roku 1991r. powstaje Oddział dla przewlekle chorych, pielęgniarką oddziałową zostaje Mirosława Lesiecka, w 2001r. powstaje Zakład Opiekuńczo- Leczniczy kierownikiem którego zostaje Grażyna Brzezińska. W roku 2007 dochodzi do połączenia obu oddziałów i pozostaje tylko Zakład Opiekuńczo – Leczniczy. Obowiązki kierownika pełni Anna Szablewska, a pielęgniarki oddziałowej - Mirosława Lesiecka.

Pielęgniarki najdłużej pracujące w obu oddziałach to: Iwona Kopytek i Maria Jałowa, o których pisałam w odcinku VIII. Kolejne pielęgniarki to:



Joanna Krasieńska – absolwentka Medycznego Studium Zawodowego w Sieradzu z 1992r. Pracowała w oddziale dla przewlekle chorych w latach 1992 – 1998, a następnie od 2001r., a następnie w ZOL-u do chwili obecnej tj. do 2022r.



Małgorzata Drzazga – absolwentka Medycznego Studium Zawodowego w Sieradzu z 1998r. Pracę w szpitalu rozpoczęła 2002r. w oddziale dla przewlekle chorych, a następnie w ZOL-u do chwili obecnej tj. do 2022r.



Renata Kołodziejczyk – absolwentka Medycznego Studium Zawodowego w Sieradzu z 1998r. Pracę w szpitalu rozpoczęła w oddziale dla przewlekle chorych w 2001r., a następnie w ZOL-u do chwili obecnej tj. do 2022r.



Śruba Renata – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z 1984r. Od 2001r. pracuje w ZOL-u, nieprzerwanie do chwili obecnej tj. do 2022r.



Kopka Urszula – absolwentka Medycznego Studium Zawodowego w Sieradzu z 1984r. Pracę w szpitalu rozpoczęła w 2002r. w oddziale dla przewlekle chorych, a następnie w ZOL-u do chwili obecnej tj. 2022r.



Jolanta Kaźmierczak – absolwentka Liceum Medycznego w Sieradzu z roku 1987. Pracę w szpitalu rozpoczęła w 2002r. w ZOL-u, gdzie pracuje do chwili obecnej tj. 2022r.

Dziękuję koleżankom oddziałowym za pomoc w zgromadzeniu materiału.
Ciąg dalszy nastąpi.

Serdecznie pozdrawiam
Elżbieta Pokora

*„Nie umiera ten, kto pozostaje
w naszych sercach”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza
Koleżanka Pielęgniarka

M A Ł G O R Z A T A M I G A S

Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia i wsparcia
składają koleżanki i koledzy
ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*„Kochany człowiek nigdy nie umiera
żyje wciąż w naszych myślach,
słowach i wspomnieniach”*

Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy naszą Koleżankę,
wieloletnią Pielęgniarkę Oddziałową w Dziale Pomocy Doraźnej w Szpitalu w Łasku

U R S Z U Ł Ę B U D Ę

koleżanki i koledzy
z powiatu łaskiego

*„Wszystko ma swój czas i jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza
Koleżanka Pielęgniarka

B A R B A R A W Y T Y C H

Pracowała w Szpitalu przy ul. Nenckiego w latach 1966 – 1968 w oddziale chirurgii
żeńskiej

Rodzinie i bliskim wyrazy współczucia i wsparcia
składają koleżanki i koledzy ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*„Umiera się nie po to, by przestać żyć,
lecz po to, by żyć inaczej”*

Z ogromnym żalem i smutkiem żegnamy naszą emerytowaną Koleżankę Pielęgniarkę
Oddziału dziecięcego Szpitala przy ul. Nenckiego 2 w Sieradzu

K R Y S T Y N Ę B A L C E R Z A K

Rodzinie i Najbliższym składamy
najszczerze wyrazy współzucia

Koleżanki i koledzy ze Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu

*„Można odejść na zawsze,
by stale być blisko”*

Wyrazy głębokiego współzucia i wsparcia dla naszej

Koleżanki AURELII ROSIAK

z powodu śmierci

S Y N A

składają koleżanki i koledzy
z Centrum Psychiatrycznego w Warcie

*Najtrudniej rozstać się z kimś bliskim
i najdroższym jak mama...*

Wyrazy głębokiego współzucia i wsparcia dla naszej

Koleżanki Pielęgniarki ELŻBIETY POKORY

z powodu śmierci

M A M Y

składają koleżanki i koledzy
z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
