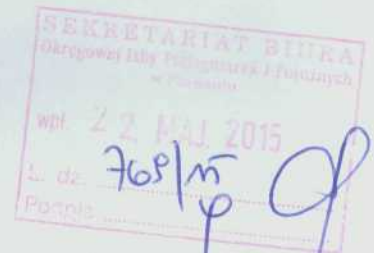


(XUW- aktualność) Poznań, dnia 20.05.2015 rok

Poseł na Sejm
Rzeczypospolitej Polskiej

Stanisław Kalemba
Biuro Poselskie PSL
ul. Mickiewicza 33
60-837 Poznań

BIURO POSELSKIE PSL
Posła na Sejm RP
Stanisława Kalemby
60-837 Poznań, ul. Mickiewicza 33
tel./fax 061 / 847 43 70



Szanowna Pani
Janina Zaraś
Przewodnicząca Zarządu Regionu
Wielkopolskiego Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Pielęgniarek
i Położnych
w Poznaniu

W załączeniu przesyłam odpowiedź na moją interwencję poselską skierowaną do Ministra Zdrowia w sprawie pogarszających się warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Z wyrazami szacunku

POSEŁ
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
Stanisław Kalemba

Do wiadomości:

- ✓ 1. Pani Teresa Kruczkowska
Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu
ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań
2. Pan Marcin Michlewicz
Przewodniczący Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Pile
ul. Motylewska 9, 64-920 Piła



Minister Zdrowia

Warszawa, 2015-05-12

PP-WPS.070.11.2015

copy 19.05.2015 r.

FRONTOPOSKIE PSL
Stanisław Kalemba
60-837 Poznań * 143 70
tel./fax 061 ...

Pan

Stanisław Kalemba

Poseł na Sejm

Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Posle,

W odpowiedzi na pismo z dnia 24 kwietnia 2015 r., skierowane do Ministra Zdrowia, w sprawie pogarszających się warunków pracy i płacy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych oraz przesyłające pismo Zarządu Regionu Wielkopolskiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu z dnia 17 kwietnia br, uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

1.

W odniesieniu do podniesionego problemu obciążenia pielęgniarek i położnych zbyt szerokim zakresem powierzanych im zadań, w tym wykonywaniem zadań będących w kompetencji innych grup zawodowych - zadania statystyczne podmiotu leczniczego, wypełnianie dokumentacji medycznej za lekarzy, wypełnianie recept, druków ZUS, uprzejmie informuję, że w każdym podmiocie leczniczym, jak również w każdej komórce organizacyjnej danego podmiotu powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy precyzujące cel stanowiska, kwalifikacje, umiejętności, zadania do wykonania, zakres wiedzy, odpowiedzialność oraz uprawnienia pracownika.



Organizacją pracy pielęgniarek w oddziałach zajmują się osoby zarządzające, poczynając od pielęgniarki oddziałowej, przełożonej pielęgniarek, naczelnej pielęgniarki. To na kadrze kierowniczej spoczywa obowiązek monitorowania zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala.

2.

W odniesieniu do kwestii zbyt niskich wynagrodzeń informuję, że sprawy dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek i położnych są przedmiotem rozmów prowadzonych przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Od grudnia 2014 roku do kwietnia 2015 roku odbyło się łącznie 14 spotkań, w tym także, na zaproszenia w województwach (pomorskim, małopolskim i podlaskim), w trakcie których omawiano m. in. przygotowanie mechanizmów zapewniających wynagrodzenie zgodnie z przygotowaniem zawodowym i uzyskanymi kwalifikacjami poddyplomowymi poprzez systemowe rozwiązania dotyczące określenia minimalnej liczby i poziomu kwalifikacji kadry pielęgniarskiej dla wszystkich zakresów świadczeń i rodzajów komórek organizacyjnych, wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.) oraz w pozostałych rozporządzeniach, określonych dla poszczególnych zakresów gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie zaznaczam, że sprawy dotyczące wynagrodzeń w zależności od kwalifikacji są przedmiotem rozmów w trakcie wspólnych spotkań z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi pielęgniarek i położnych. Z omawianych propozycji działań do zwiększenia finansowania świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne powinny przyczynić się w szczególności: zmiany w tzw. rozporządzeniach koszykowych, wprowadzenie nowych kompetencji dla ww. kadry, zwiększenie stawek kapitałowych w podstawowej opiece zdrowotnej oraz stawek za osobodzień, jak również wprowadzenie dodatkowych produktów odrębnie finansowanych, na które będą się składały świadczenia realizowane przez pielęgniarki.

3.

Odnosząc się do problemu jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich podkreślam, że warunkiem niezbędnym i koniecznym do osiągnięcia rezultatów w działaniach zmierzających do zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych jest odpowiednia struktura i liczba kadr medycznych, szczególnie

w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych. Jedna pielęgniarka lub położna realizująca zadania na danej zmianie dziennej lub nocnej w oddziale/zakładzie nie może zapewnić wszystkim pacjentom opieki pielęgniarskiej, a tym samym podmiot leczniczy nie może zapewnić bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, do którego zobowiązał się zawierając umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz między innymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520). Zgodnie z § 5 ww. rozporządzenia świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Liczba i kwalifikacje personelu niezbędnego dla zapewnienia opieki pielęgniarskiej są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych; liczby i bieżącego wykorzystania łóżek oraz wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

W niektórych zakresach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego określone są również warunki dotyczące liczby i kwalifikacji zatrudnianego personelu medycznego, w tym także pielęgniarek i położnych, np.: w oddziale o profilu neonatologicznym, w oddziale o profilu anestezjologii i intensywnej terapii/anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym. W pozostałych zakresach świadczeń gwarantowanych zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek i położnych, ustalonej na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2013 r. poz. 217, z późn. zm.), tj. na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. *w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Ustalenie minimalnej normy pielęgniarek i położnych należy do kompetencji kadry zarządzającej, natomiast przepisy ustawy zobowiązują do zaopiniowania norm przez przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu.

4.

Odnosząc się do kwestii raportów pielęgniarskich informuję, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w *sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2014 r. poz. 177), wskazuje, że w szpitalu sporządzana i prowadzona jest dokumentacja zbiorcza wewnętrzna, na którą składają się m. in. księgi raportów pielęgniarskich. Z punktu widzenia prawnego księga raportów pielęgniarskich jest pisemną formą sprawozdania ze świadczonej opieki wobec pacjentów w określonym oddziale. W celu zapewnienia ciągłości opieki konieczny jest prawidłowy przepływ informacji pomiędzy kadrą pielęgniarską z kolejnych dyżurów (dyżuru zdającego i przyjmującego). Dlatego też pielęgniarki zobowiązane są dokonywać niezbędnych zapisów w obowiązującej dokumentacji medycznej zarówno indywidualnej, jak i zbiorczej. Natomiast dokumentacja medyczna powinna być szczegółowa i zawierać wszystkie zdarzenia dotyczące opieki nad pacjentem, co przyczynia się do lepszej organizacji pracy i ułatwia kontynuację procesu pielęgnowania.

Raport ustny jest realizowany w celu wzmocnienia przekazu informacji powstałych np. w momencie zmiany dyżuru po napisaniu raportu pielęgniarskiego lub spraw organizacyjnych oddziału.

Zagadnienia związane z czasem pracy pracowników podmiotów leczniczych zostały uregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*. Czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Ustawodawca w art. 94 ustawy przewidział możliwość stosowania rozkładów czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją. Z tym jednak zastrzeżeniem, by w przyjętym okresie rozliczeniowym, przeciętna tygodniowa norma czasu pracy nie przekraczała podstawowej tygodniowej normy czasu pracy. Przedłużony dobowy wymiar czasu pracy jest równoważony krótszym dobowym wymiarem czasu pracy w niektórych dniach lub dniami wolnymi od pracy.

Organizowanie procesu pracy, w tym również ustalenie obowiązującego pracowników rozkładu czasu pracy należy do uprawnień dyspozycyjnych pracodawcy. Stosownie do art. 104 § 1 Kodeksu pracy, organizację i porządek w procesie pracy oraz związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników ustala regulamin pracy. Regulamin

pracy powinien w szczególności ustalać systemy i rozkłady czasu pracy oraz przyjęte okresy rozliczeniowe czasu pracy.

Kodeks pracy precyzuje również okoliczności w jakich dopuszczana jest praca w godzinach nadliczbowych. Dlatego też uzasadnieniem pracy w godzinach nadliczbowych powinny być sytuacje wyjątkowe, a nie wykonywanie typowych czynności i zadań.

W związku z powyższym problemy wynikające z przekazywania raportu ustnego oraz ewidencjonowania czasu pracy, powinny stanowić przedmiot wewnętrznych analiz w zakresie organizacji pracy w danym podmiocie leczniczym. Za organizację czasu pracy pracowników odpowiada kierownik podmiotu leczniczego i na nim spoczywa obowiązek rozwiązania zaistniałego problemu.

Natomiast organizacja związkowa na etapie opiniowania regulaminu pracy ma możliwość zgłoszenia propozycji dotyczących zabezpieczenia właściwych warunków pracy.

5-

Ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o *zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) w art. 61 obliguje pielęgniarki i położne do stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz uprawnia do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Obowiązkiem pracodawcy jest dbałość o to, by na danym stanowisku pracy pielęgniarki, położne posiadały kwalifikacje zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. W związku z czym, pracodawca kierując swoich pracowników na szkolenie, może w ramach środków, którymi dysponuje finansować czy też współfinansować udział w niezbędnych formach kształcenia personelu medycznego, który zatrudnia, w tym również personelu pielęgniarskiego.

Jednocześnie należy wskazać, że dofinansowanie kształcenia podyplomowego możliwe jest również przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych.

Ponadto art. 70 ww. ustawy jednoznacznie wskazuje, że specjalizacja co roku jest dofinansowana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowaną z tych środków. Należy dodać, że szkolenia specjalizacyjne są najdłuższą i zarazem najdroższą formę kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych i trwają od 18-24 miesięcy.

Kwestia związana z urlopem szkoleniowym dla pielęgniarki lub położnej podejmującej kształcenie podyplomowe jest uregulowana w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o *zawodach pielęgniarki i położnej* i wskazuje, że wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, na udział w obowiązkowych zajęciach w ciągu całego okresu trwania kształcenia podyplomowego wynosi do 28 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.

Jeżeli pielęgniarka, położna podejmuje kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, warunki urlopu szkoleniowego zostają określone w umowie zawartej z pracodawcą (art. 64 ust. 1 ww. ustawy).

Pracodawca, kierując pielęgniarkę lub położną na szkolenie, dostrzega konieczność wyposażenia personelu medycznego w niezbędną wiedzę i umiejętności potrzebne do wykonywania zadań, wynikające z określonego szkolenia, zobowiązuje się tym samym do udzielenia przedmiotowego urlopu.

Jednocześnie należy podkreślić, iż w przypadku, gdy pielęgniarka lub położna odbywa szkolenie bez skierowania wówczas pracodawca nie ma obowiązku udzielenia urlopu szkoleniowego. Zgodnie z art. 63 ww. ustawy o *zawodach pielęgniarki i położnej*, pielęgniarkę lub położną podejmującym kształcenie podyplomowe bez skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5, może być udzielony bezpłatny urlop i zwolnienie z części dnia pracy, bez zachowania prawa do wynagrodzenia, w wymiarze ustalonym na zasadzie porozumienia między pracodawcą a pracownikiem.

6.

Zasady wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o *zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn.zm), natomiast ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), określa zasady wykonywania działalności leczniczej i w art. 17 ust. 1 pkt 3 stanowi, że podmiot leczniczy jest, w szczególności, obowiązany zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach. Zdefiniowane w art. 2 ust. 1 pkt 2 tejże ustawy określenie „osoba wykonująca zawód medyczny” oznacza osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się

nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

W przypadku pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia na podstawie umów cywilnoprawnych o czasie wykonywania czynności przesądza treść umowy zawieranej przez strony tj. pielęgniarkę lub położną i podmiot wykonujący działalność leczniczą (np. szpital). Zgodnie z postanowieniami Kodeksu cywilnego obowiązuje w tym zakresie zasada swobody zawierania umów, a więc kształtowania stosunku prawnego łączącego strony w sposób ustalony przez strony.

Należy jednocześnie podkreślić, że zawody pielęgniarki i położnej należą do grupy tzw. wolnych zawodów, co powoduje, że uregulowania prawne dotyczące tych profesji muszą pozostawiać swobodę m.in. co do wyboru formy ich wykonywania.

Jeżeli strony tzn. kierownik podmiotu leczniczego i pielęgniarka lub położna wyrażą wolę zawarcia umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem będzie udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, postanowienia tej umowy powinny z jednej strony zapewniać prawidłowe funkcjonowanie podmiotu leczniczego - w szczególności zmierzać do zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej i odpowiedniej dostępności do tych świadczeń - z drugiej jednak strony winny pozwalać pielęgniarce lub położnej na takie wykonywanie pracy, aby zapewnione było bezpieczeństwo pacjentów jak i samej pielęgniarki lub położnej. Kierownik podmiotu leczniczego jest bowiem, zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej, odpowiedzialny za zarządzanie podległą mu placówką, w tym za takie kształtowanie stosunków prawnych łączących dany podmiot z pielęgniarkami i położnymi, które pozwoli zabezpieczyć przede wszystkim dobro pacjenta (przepracowana pielęgniarka lub położna bez wątplenia nie dają rękojmi zapewnienia należytej opieki nad pacjentami).

Również pielęgniarka czy położna, której oświadczenie woli jest tak samo ważne przy zawieraniu umowy cywilnoprawnej jak oświadczenie woli kierownika szpitala, powinna mieć na względzie późniejszą możliwość faktycznej realizacji postanowień umowy, na której zawarcie wyraża zgodę, zgodnie z przewidzianymi prawem zasadami wykonywania zawodu oraz deontologii zawodowej.

W przypadku działalności leczniczej wykonywanej w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej, w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, wymiar czasu pracy pielęgniarki określa dla poszczególnych świadczeń właściwe zarządzenie Prezesa Funduszu.

Minister Zdrowia respektuje zasadę równości podmiotów uczestniczących w rynku pracy. Podejmowanie działań wprowadzających maksymalne normy czasu pracy dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych byłoby sprzeczne z tą zasadą.

Niemniej jednak Minister Zdrowia wprowadził przepisy chroniące pielęgniarki i położne przed ewentualnymi nieprawidłowościami w zakresie zatrudniania i tak np. w art. 19 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej umieszczono następujące zapisy:

- ust. 4. Pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących ze względu na formę wykonywania zawodu przez pielęgniarkę i położną,
- ust. 5. Odmowa zmiany formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną wykonującą zawód w podmiocie leczniczym w ramach umowy o pracę nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia.

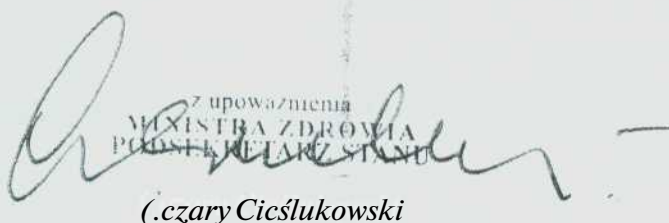
Zgodnie z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* „W celu monitorowania przestrzegania przepisów prawa pracy, kierownik raz na kwartał przekazuje Państwowej Inspekcji Pracy oraz właściwym organom samorządu zawodów medycznych informacje o liczbie osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych albo jako praktykę zawodową, z którą podmiot leczniczy zawarł umowę cywilnoprawną”.

Ponadto, według danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2013 roku 189 014 pielęgniarek realizowało świadczenia gwarantowane, w tym 12 001 w ramach umów cywilnoprawnych w szpitalach ogólnych oraz 6 447 w podstawowej opiece zdrowotnej. W przypadku położnych na 22 473 - 744 realizowało świadczenia w ramach umów cywilnoprawnych w szpitalach ogólnych oraz 1 899 w podstawowej opiece zdrowotnej.

Na zakończenie pragnę podkreślić, że cały czas prowadzone są rozmowy z przedstawicielami środowiska pielęgniarek i położnych. Na ostatnim spotkaniu, które odbyło się 30 kwietnia br. z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Minister Zdrowia przedstawił propozycje rozwiązań o charakterze systemowym, które powinny przyczynić się do poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Proponowane zmiany mają charakter zmian finansowych, ale także zmian w przepisach prawa,

wzmocnią i podkreślą rolę pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia, jak też pozwolą w sposób systemowy na realizację postulatów zgłaszanych przez środowisko. Strony ustaliły, że na następnym spotkaniu, zaplanowanym w drugiej połowie maja br. NRPIP oraz OZZPIP odniosą się do przedstawionych przez resort zdrowia propozycji zmian w systemie kontraktowania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, realizowanych przez pielęgniarki i położne.

z romanowiczem,


z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

(Czary Cieslukowski)