

# MINISTERSTWO ZDROWIA

Warszawa, ..... 2010 -03- 18

Podsekretarz Stanu  
Marek Haber

MZ-PP-073-4702-14/DZ/10

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELEGNIAŃSTWA  
ZARZĄD GŁÓWNY

DATA WPŁYWU: ..... 2010 -03- 22 .....

NR: .....

PODPIS: ..... 16/08 p .....

Pani  
Dorota Kilańska

Przewodnicząca Zarządu Głównego  
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

*Szanowna Pani Przewodnicząca,*

W związku ze stanowiskami przyjętymi przez XV Krajowy Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 27 listopada 2009 roku, uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

## 1. Stanowisko w sprawie zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia

Odnosząc się do kwestii dotyczącej zwiększenia nakładów na system opieki zdrowotnej w Polsce poprzez podniesienie wymiaru składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne uprzejmie informuje, iż Minister Zdrowia widzi potrzebę takiego zwiększenia, przy założeniu jednak, iż zwiększenie składki nie przyczyniłoby się do wzrostu poziomu obciążeń obywateli daninami publicznymi. Rozwiązanie to byłoby możliwe w przypadku odliczenia składki od podatku dochodowego, co oznaczałoby jednak dodatkowe obciążenie dla budżetu państwa. Mając na uwadze sytuację gospodarczą kraju oraz możliwości budżetu państwa, realizacja powyższego wariantu w chwili obecnej nie jest możliwa, dlatego nie prowadzi się obecnie prac związanych z podwyższeniem składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne od roku 2010.

Odnosząc się do sprawy dotyczącej wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń, uprzejmie informuję, że wprowadzenie rozwiązań prawnych w zakresie dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych wymaga szczegółowych analiz, m.in. pod kątem relacji z systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, konieczności zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom, którzy posiadają i nie posiadają umów dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz ustalenia zasad korzystania przez świadczeniobiorców posiadających takie umowy ze świadczeń opieki zdrowotnej



u świadczeniodawców korzystających ze środków publicznych, posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Powyższa analiza będzie możliwa po uprzedniej weryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej umieszczonych w wykazach takich świadczeń, opracowanych w formie rozporządzeń Ministra Zdrowia. Wprowadzenie ustawą koszykową – tj. ustawą z dnia 25 czerwca 2009 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, mechanizmu oceny świadczeń przez Agencję Oceny Technologii Medycznych gwarantuje, iż środki publiczne w publicznym systemie ochrony zdrowia będą wydatkowane na świadczenia o najwyższej skuteczności klinicznej, bezpieczeństwie i efektywności ekonomicznej. Ustabilizowanie wykazu świadczeń pozwoli na analizę jakie świadczenia mogłyby być oferowane w ramach tzw. dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Jednocześnie obecnie podjęte zostały przez Ministra Zdrowia działania, które w swych założeniach mają na celu opracowanie spójnej i jednolitej metodologii liczenia kosztów świadczeń. Powyższe działanie pozwoli ocenić i zweryfikować potencjalny popyt na umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich realne znaczenie w systemie opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym, stwierdzić należy, iż opracowanie konkretnych rozwiązań prawnych instytucjonalizujących umowy dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego, określających ich kształt i znaczenie w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego wymaga przeprowadzenia szeregu uprzednich analiz o charakterze strategicznym.

Odnosząc się do kwestii decentralizacji NFZ, uprzejmie informuję, że w toku prac nad projektem ustawy o nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wprowadzającej konkurencję płatników, na etapie uzgodnień zewnętrznych zostały zgłoszone liczne uwagi, które spowodowały konieczność podjęcia dalszych prac analitycznych zmierzających do ustalenia właściwego kierunku zmian systemu opieki zdrowotnej. Po zakończeniu ww. prac zostaną opracowane stosowne projekty legislacyjne.

## **2. Stanowisko w sprawie zapobiegania ekspozycji na czynniki biologiczne wśród personelu pielęgniarskiego**

Odnosząc się do powyższego stanowiska uprzejmie wyjaśniam, iż Polska przystępując do struktur unijnych musiała przyjąć prawny dorobek wspólnotowy. W celu dostosowania polskiego prawa do wymagań unijnej Dyrektywy 2000/54/WE Parlamentu i Rady z dnia 18 września 2000 roku *w sprawie ochrony pracowników przed ryzykiem związanym z narażeniem na działanie czynników biologicznych w miejscu pracy*, została zawarta między



rządami Polski i Niemiec umowa bliźniacza „Wdrożenie prawa pracy w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy włączając kwestie czynników biologicznych”. Na bazie tej umowy realizowany był w latach 2004-2005 w Głównym Inspektoracie Sanitarnym we współpracy z Instytutem Medycyny Pracy w Łodzi europejski projekt PHARE. Ponadto, zapisy umowy bliźniaczej były podstawą utworzenia Krajowego Punktu Informacyjnego ds. Czynników Biologicznych i Krajowego Rejestru Czynników Biologicznych. Struktury te zostały utworzone w Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi.

W trakcie trwania projektu, którego głównym celem było wzmocnienie polskiej administracji i właściwych instytucji poprzez szkolenia i edukację, przeprowadzane były także przez ekspertów unijnych tematyczne seminaria dla pracodawców i pracowników reprezentujących branże gospodarki i sektor usług, istotne z punktu widzenia występowania czynników biologicznych. W szkoleniach tych wykorzystane były opracowane przez ekspertów moduły edukacyjno-szkoleniowe dotyczące różnych aspektów zawodowego narażenia na czynniki biologiczne, w tym również w sektorze ochrony zdrowia. Celem przybliżenia powyższych zagadnień pracownicy Państwowej Inspekcji Sanitarnej w ramach przeprowadzanych kontroli w zakładach pracy rozpowszechniali wśród pracodawców wydaną w ramach realizowanego projektu broszurę pt. „Co warto wiedzieć na temat czynników biologicznych”.

Należy w tym miejscu podkreślić, iż w prawodawstwie polskim nadrzędnym aktem prawa regulującym zagadnienia ochrony pracy jest ustawa *Kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku* (Dz. U. z 1998 r., Nr 21, poz. 94 z późn. zm.), której zapisy wyraźnie wskazują na odpowiedzialność pracodawcy za bezpieczne i higieniczne warunki pracy. Niezależnie od powyższego, należy pamiętać, iż w *Kodeksie pracy* są również określone obowiązki pracowników w zakresie przestrzegania przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ponadto wyjaśniam, iż od dnia uzyskania przez Polskę członkostwa w Unii Europejskiej obowiązują przepisy wprowadzone w art. 222.1 *Kodeksu pracy*, które stanowią m.in., iż w związku z zatrudnieniem pracowników w warunkach narażenia na działanie szkodliwych czynników biologicznych, pracodawca powinien stosować wszelkie dostępne środki eliminujące narażenie, a jeżeli to niemożliwe - ograniczające stopień tego narażenia, przy odpowiedni wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Ponadto pracodawca zobowiązany jest prowadzić rejestr pracowników zatrudnionych przy takich pracach. Szczegółowe ramy prawne i wymagania jakie powinien realizować pracodawca w stosunku do tych stanowisk pracy, na których zatrudnieni są pracownicy w warunkach narażenia na działanie szkodliwych czynników biologicznych, zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 roku w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia



w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz. U. z 2005 r., Nr 81, poz. 716). Przedmiotowe rozporządzenie stanowi wynik harmonizacji prawa polskiego z postanowieniami Dyrektywy 2000/54/WE.

Należy ponadto dodać, iż ww. rozporządzenie dużo miejsca poświęca obowiązkom pracodawcy odnośnie dokonania oceny ryzyka zawodowego pracowników narażonych na działanie tych czynników oraz podjęcia odpowiednich działań w celu ochrony ich zdrowia. Oznacza to m.in., iż pracodawca przed wyborem środka zapobiegawczego ma obowiązek dokonania oceny i udokumentowania ryzyka zawodowego oraz poinformowania pracownika o ryzyku zawodowym, które wiąże się z wykonywaną pracą. Ma również obowiązek stosować niezbędne środki profilaktyczne zmniejszające to ryzyko. Obowiązek ten jest uregulowany także przepisami ustawy *Kodeks pracy*.

Należy również zwrócić uwagę, iż nie wolno dopuścić pracownika do pracy, bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, jak również bez stosownych kwalifikacji wymaganych do wykonywania określonych obowiązków, a także dostatecznej znajomości przepisów oraz zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracodawca jest obowiązany zapewnić przeszkolenie pracownika w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy przed dopuszczeniem go do pracy a następnie przeprowadzać okresowe szkolenia w tym zakresie.

W posumowaniu należy stwierdzić, iż ochrona zatrudnionych przed zagrożeniami spowodowanymi przez czynniki biologiczne jest możliwa tylko wtedy, gdy wszystkie elementy, które mogą prowadzić do zagrożenia zostaną określone, ocenione oraz gdy zostaną ustalone i podjęte konieczne środki ochronne, aby utrzymać narażenie na możliwie niskim poziomie.

Ponadto informuję, iż aktualnie przygotowany jest projekt uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia II etapu programu wieloletniego pod nazwą „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”- II etap, okres realizacji: lata 2011-2013. Drugi etap przedmiotowego programu w sposób spójny określa zadania z zakresu służb państwowych oraz projekty rozwojowe ważne dla planowania i realizacji polityki państwa w obszarze ochrony pracy w zakresie odpowiedzialności państwa za stan bezpieczeństwa i higieny pracy. Problematyka bezpieczeństwa i higieny pracy będzie także ujęta w przyjmowanych przez Radę Ministrów dokumentach dotyczących strategii rozwoju kraju, tj. w „Strategii rozwoju zasobów ludzkich” i „Strategii innowacyjności i efektywności gospodarki” .



### **3. Stanowisko w sprawie zasadności zatrudniania pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej**

Odnosząc się do Stanowiska XV Krajowego Zjazdu Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie zasadności zatrudniania pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej, uprzejmie informuję, że pielęgniarki mogą być zatrudniane w domach pomocy społecznej na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 roku w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. Nr 220, poz. 1721) są pracownikami samorządowymi i podlegają zapisom ustawy z dnia 21 listopada 2008r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. Nr 223, poz. 1458).

Dom pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2009r. Nr 175, poz. 1362), świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób tam przebywających. W związku z powyższym pielęgniarki zatrudnione na etacie w DPS nie mogą realizować świadczeń będących w zakresie pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki opieki długoterminowej, natomiast mogą sprawować zadania opiekuńcze i pielęgnacyjne w zakresie odżywiania, higieny, poruszania się, wydalania.

W świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), osoby przebywające w domach pomocy społecznej mogą korzystać z kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach ogólnych, dotyczących wszystkich świadczeniobiorców. Natomiast obowiązek umożliwienia i zorganizowania mieszkańcom DPS pomocy w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących im w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego pozostaje w gestii kierowników i pracowników tych domów, do czego zobowiązują przepisy ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Zatem osobom zamieszkałym w domach pomocy społecznej zabezpiecza się świadczenia pielęgniarstwa domowego w ramach świadczeń realizowanych przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oraz przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową na podstawie kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 151, poz.1217) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych,



diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Natomiast projektowana ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej dokładnie precyzuje katalog świadczeń i jednocześnie reguluje kwestię zatrudnienia pielęgniarek w domach pomocy społecznej. W związku z powyższym w przyszłości nie będzie problemu w interpretacji przepisów dotyczących prawa wykonywania zawodu pielęgniarki zatrudnionej na stanowisku pielęgniarki w DPS.

#### **4. Stanowisko w sprawie umieszczenia na liście kierunków studiów objętych Programem „Kierunki Zamawiane” Kierunku – Pielęgniarstwo**

W odniesieniu do kwestii dotyczącej uznania kierunku Pielęgniarstwo za kierunek preferowany Minister Nauki Szkolnictwa Wyższego poinformował, iż lista tzw. kierunków zamawianych dla konkursu ogłoszonego w dniu 5 lutego br., w ramach Programu Operacyjnego *Kapitał Ludzki*, Priorytet IV *Szkolnictwo Wyższe i Nauka*, Poddziałanie 4.1.2 *Zwiększenie liczby absolwentów kierunków o kluczowym znaczeniu dla gospodarki opartej na wiedzy*, jest listą zamkniętą, która w trakcie realizacji działań nie może być modyfikowana. Lista kierunków, które zostaną objęte wsparciem w roku przyszłym nie jest jeszcze znana. Prace nad jej sformułowaniem rozpoczną się w II połowie bieżącego roku. Jak zapewnił Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego stanowisko Ministerstwa Zdrowia, a także Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w przedmiotowej kwestii zostaną rozważone podczas konstruowania przedmiotowej listy.

Ponadto MNiSW wyjaśniło, iż lista kierunków dla konkursu „*Realizacja kształcenia zamawianego poprzez podniesienie atrakcyjności kształcenia na kierunkach technicznych, matematycznych i przyrodniczych*” została sformułowana w oparciu o wyniki *Badania ewaluacyjnego ex ante* dotyczącego oceny zapotrzebowania gospodarki na absolwentów szkół wyższych kierunków matematycznych, przyrodniczych i technicznych zarówno w bieżącej, jak i 5-15 letniej perspektywie, sfinansowanego ze środków Pomocy Technicznej.

Jednocześnie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia dostrzega problem dotyczący możliwości braku personelu pielęgniarskiego w dłuższej perspektywie czasu przy stale rosnącym zapotrzebowaniu społecznym na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz ma na uwadze fakt, iż przyznawane corocznie limity przyjęć na kierunek pielęgniarstwo - studia licencjackie pierwszego stopnia dla poszczególnych uczelni nie są w pełni wykorzystane ze względu na brak osób chętnych do podejmowania kształcenia w tym zawodzie. Obecnie w resorcie zdrowia trwają prace dotyczące ustalania średniookresowych celów do 2020 roku z zakresu



ochrony zdrowia w ramach *Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego*, której cel strategiczny został sformułowany w następujący sposób: „Zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych”.

Realizacji powyższego celu służyć mają działania podejmowane w ramach trzech celów operacyjnych takich jak: *Dostosowanie opieki zdrowotnej do wyzwań demograficznych*, *Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa* i *Poprawa efektywności funkcjonowania ochrony zdrowia*. Cel trzeci obejmuje m.in. taki obszar jak: „*Dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu ochrony zdrowia*”. W ramach tego obszaru planuje się podjęcie m.in. następujących działań:

- umieszczenie kierunków pielęgniarstwo i położnictwo przez MNiSW na liście kierunków zamawianych i podniesienie atrakcyjności kształcenia na tych kierunkach,
- zwiększenie przyznawanych corocznie limitów przyjęć na studia pierwszego stopnia na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo,
- stworzenie systemu monitorowania wykorzystania przyznanych limitów przyjęć oraz zapotrzebowania na absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo,
- promocję zawodu pielęgniarzki/ położnej wśród uczniów szkół średnich oraz kształtowanie pozytywnego wizerunku pracy w tych zawodach,
- ustanowienie sposobu określania norm zatrudnienia pielęgniarek/położnych w zakładach opieki zdrowotnej, gwarantujących właściwą opiekę oraz monitorowanie stanu zatrudnienia tych grup zawodowych.

#### **5. Stanowisko w sprawie Promocji Zawodu Pielęgniarki**

Odnosząc się do stanowiska dotyczącego podjęcia działań mających na celu pozyskanie środków z funduszy UE na promocję zawodu pielęgniarzki wśród uczniów szkół średnich oraz na kształtowanie pozytywnego wizerunku pracy pielęgniarzki przez instytucje rządowe uprzejmie informuję, iż Departament Pielęgniarek i Położnych podjął działania w powyższej kwestii i w dniu 4 listopada 2009 roku złożył wniosek o uzupełnienie projektu dokumentu przygotowanego przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego pt. „*Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2010-2020: Regiony, Miasta, Obszary Wiejskie*”, o zapis dotyczący promocji zawodu pielęgniarzki/położnej. KSRR przewiduje skoncentrowanie działań na obszarach strategicznej interwencji oraz realizację partnerstwa władz publicznych w zakresie polityki regionalnej państwa w ramach Kontraktu terytorialnego, którego finansowanie odbywać się



będzie m.in. poprzez środki pozostające w dyspozycji ministrów właściwych (w tym pochodzące z funduszy UE). W następnej perspektywie finansowej UE (od roku 2014) KSRR wraz z długo- i średniookresową strategią rozwoju kraju będą stanowić jedną z podstaw projektowania kierunków wsparcia oraz zasad podziału środków funduszy unijnych na poszczególne terytoria. Głównym źródłem finansowania KSRR będzie budżet UE. Zgodnie z założeniami systemu finansowania KSRR, suma środków wydatkowanych na realizację celów KSRR (z budżetu UE, budżetu państwa i innych podmiotów publicznych, w tym samorządów terytorialnych) od roku 2013 ma wynosić nie mniej niż 3% PKB. Jednym z obszarów, w których realizowana będzie polityka regionalna i do których odnosi się KSRR (również uwzględniając go we wskaźnikach monitorowania będących przedmiotem Kontraktów terytorialnych) jest sektor usług zdrowotnych.

Po szczegółowej analizie problematyki przedstawionej w KSRR w obszarze zdrowia w opinii Ministerstwa Zdrowia, zasadne wydaje się dokonanie analizy struktury wiekowej populacji pielęgniarek/położnych oraz zapotrzebowania zgłaszanego przez rynek pracy dla tych zawodów. Przedmiotowa analiza zobrazuje sytuację pielęgniarek i położnych na rynku pracy i pozwoli na podjęcie stosownych działań.

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia negatywne trendy demograficzne (starzenie się społeczeństwa oraz zagrożenie brakiem personelu pielęgniarstwa w dłuższej perspektywie czasu) obligują do podjęcia działań mających na celu promowanie w/w zawodów i pełniejsze wykorzystanie istniejących zasobów ludzkich. W świetle powyższego zaproponowano uwzględnienie w KSRR projektu promującego zawód pielęgniarki/położnej.

Promocja obejmowałaby w pierwszej kolejności przeprowadzenie na szeroką skalę akcji informacyjnej dotyczącej wykonywania zawodów pielęgniarki/położnej, a następnie zachęcanie do:

- podejmowania kształcenia w zawodach pielęgniarki/położnej,
- powrotu do wykonywania zawodów pielęgniarki/położnej przez osoby, które w chwili obecnej ich nie wykonują (np. z powodu emigracji lub zatrudnieniem się poza sektorem ochrony zdrowia).

Promocja polegałaby m. in. na:

- wspieraniu działalności szkół wyższych prowadzących kształcenie w tych zawodach, tak by była ona bardziej powiązana z lokalnymi potrzebami rynku pracy i by mogła zaspakajać regionalne potrzeby na absolwentów tych kierunków,
- współpracy z przyszłymi potencjalnymi pracodawcami (np. zakładami opieki zdrowotnej) w zakresie identyfikacji potrzeb związanych z zatrudnieniem pielęgniarek/położnych.



Zachętą dla młodych osób do podejmowania kształcenia w zawodzie pielęgniarki/położnej mogłyby być specjalne programy stypendialne, zwiększające dostęp do systemu edukacji szczególnie dla grup o niższym statusie ekonomicznym. Działania promocyjne skierowane do grupy osób nieaktywnych zawodowo (ale posiadających zawód pielęgniarki/położnej) miałyby na celu podniesienie rangi tych zawodów w odbiorze społecznym.

Efektom prowadzonych działań byłby wzrost liczby studentów kształcących się na kierunkach pielęgniarstwo/położnictwo oraz wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w województwach, w których obserwuje się brak personelu pielęgniarstwa/położnictwa.

Z uwagi, iż kierunki pielęgniarstwo/położnictwo są priorytetowe dla Ministerstwa Zdrowia zasadne wydaje się, aby tego typu projekt realizowany był z poziomu krajowego i adresowany do obszarów, gdzie skala problemów związanych z brakiem personelu pielęgniarstwa uzasadniałaby interwencję resortu. Ministerstwo Zdrowia dostrzegając problem dotyczący możliwości braku personelu pielęgniarstwa w dłuższej perspektywie czasu, przy stale rosnącym zapotrzebowaniu społecznym na świadczenia pielęgnacyjne oraz opiekuńcze, podjęło już działania mające na celu zabezpieczenie realizacji tych świadczeń. Działania te dotyczyły corocznego zwiększania limitów przyjęć na studia licencyjne na kierunkach pielęgniarstwo/położnictwo oraz wprowadzenia nowego zawodu - opiekuna medycznego. Jednakże podjęte działania nie przyczyniły się w dostatecznym stopniu do rozwiązania problemu związanego z zabezpieczeniem świadczeń pielęgniarstwa i w związku z tym szerokie promowanie zawodu pielęgniarki/położnej wydaje się być niezbędnym elementem mającym wpływ na rozbudzenie zainteresowań w kierunku wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej w Polsce.

Równocześnie należy podkreślić, iż w opinii Ministerstwa Zdrowia przedmiotowy projekt powinien zyskać wsparcie Rządu, ponieważ sytuacja Polski na tle innych krajów europejskich, które pomimo wysokich zarobków pielęgniarek/położnych również borykają się z brakiem personelu pielęgniarstwa, wypada niekorzystnie i wymaga wsparcia. Dodatkowo odpływ polskich pielęgniarek i położnych podejmujących pracę w krajach UE może spowodować w najbliższym czasie zagrożenie dla systemu ochrony zdrowia.

## **6. Stanowisko w sprawie projektu e-Zdrowie (e-Health)**

Z informacji uzyskanej z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wynika, iż Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie zgłosiło wolę współpracy z CSIOZ w zakresie określenia kierunków i priorytetów prac związanych z wdrożeniem Międzynarodowej Klasyfikacji



Praktyki Pielęgniarskiej, będącej narzędziem zarządzania procesami informacyjnymi w opiece pielęgniarskiej.

Rezultatem rozpoczętych rozmów ze środowiskiem pielęgniarskim w zakresie realizowanych projektów w obszarze e-Zdrowie jest powołanie w drodze zarządzenia Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z dnia 18 lutego br. Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® - organu doradczo-opiniotwórczego. Do zadań ww. Rady należy w szczególności: opracowanie rekomendacji określających rolę ICNP® w Programie Informatyzacji Ochrony Zdrowia, określenie kierunków i priorytetów prac nad implementacją ICNP®, weryfikacja terminów funkcjonujących w ICNP®, tłumaczenie nowych terminów ICNP®, opracowanie rekomendacji w zakresie upowszechniania wyników badań nad ICNP® oraz opracowanie rekomendacji dla wdrożenia ICNP® do praktyki pielęgniarskiej.

Ponadto z informacji uzyskanej od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż chcąc się zapoznać z oczekiwaniami Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w zakresie włączenia systemu usług pielęgniarskich świadczonych z wykorzystaniem technologii informacyjno-komunikacyjnych (ICT) oraz narzędzi mobilnych do systemu świadczeń medycznych finansowanych przez NFZ – przedstawiciele PTP zostali zaproszeni na spotkanie w dniu 10 marca br., podczas którego, w ramach ewentualnej dyskusji, możliwe będzie ustalenie dalszych działań w tej sprawie.

2 powzaniem

PODSEKRETARZ STANU  
w Ministerstwie Zdrowia

Marek Haber

**Do wiadomości :**

1. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej,
2. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.