



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Metodická publikace

Publikacja metodyczna

Přeshraniční vzdělávání studentů zdravotnických oborů
Transgraniczne kształcenie studentów kierunków
medycznych

Registrační číslo projektu:

CZ.11.3.119/0.0/0.0/15_005/0000051

Vydala VOŠZ a SZŠ Trutnov, Procházkova 303, Trutnov, 2018

Elektronická verze: <http://www.szstrutnov.cz/projekt/preshranicni-vzdelavani-studentu-zdravotnickych-oboru/331-metodicka-publikace>

ISBN 978-80-270-3878-7

Obsah

Vliv moderních didaktických prostředků na efektivitu odborné přípravy k výkonu povolání zdravotní sestry	4
Wpływ nowoczesnych środków dydaktycznych na efektywność przygotowania pielęgniarki do zawodu	8
Optimální formy zaměstnání pro zdravotní sestry v Polsku a v České republice	13
Optymalna forma zatrudnienia pielęgniarek w Polsce i w Czechach	17
Výhody a nevýhody samostatné výdělečné činnosti (OSVČ) - práce na základě občanskoprávní smlouvy	22
Wady i zalety samozatrudnienia - praca na podstawie umowy cywilno-prawnej.....	26
Warunki zatrudnienia cudzoziemców w Rzeczpospolitej Polskiej i w Republice Czeskiej	32
Podmínky zaměstnávání cizinců v Polsku a České republice	38
Możliwości samodoskonalenia pielęgniarek na rynku krajowym	44
Možnosti samovzdělávání zdravotních sester v tuzemsku.....	49
Prawa pacjenta w Polsce i Republice Czeskiej	54
Práva pacientů v Polsku a v České republice	58



Vyšší odborné školy zdravotnické
a Střední zdravotnické školy
v Trutnově



Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa
w Jeleniej Górze

revizoři metodické publikace CZ: Mgr. Lucie Převlocká, Mgr. Lucie Schubertová, Mgr. Eva Havelková
revizoři metodické publikace PL: Dr. n. med. Izabela Wróblewska
překlad textů: Miroslawa Eliášová
jazyková korektura metodické publikace CZ: Mgr. Petra Říhová
jazyková korektura metodické publikace PL: Dr. n. med. Jolanta Bielawska
grafická úprava publikace: Mgr. Petra Čadová



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

**Vliv moderních didaktických prostředků na efektivitu odborné
přípravy k výkonu povolání zdravotní sestry**

**Wpływ nowoczesnych środków dydaktycznych na efektywność
przygotowania pielęgniarki do zawodu**

**Autoři: Izabela Wróblewska¹, Aleksandra Frydrych¹, Paulína Tichá²,
Michaela Wenková²**

¹*Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze*

²*Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Trutnově*

Vliv moderních didaktických prostředků na efektivitu odborné přípravy k výkonu povolání zdravotní sestry

Úvod

Pro uskutečnění a dosažení hlavního cíle zdravotnického vzdělání, zejména získání znalostí a dovedností nezbytných k udržení svěřených osob v dobrém zdravotním, fyzickém, duševním a sociálním stavu, je nezbytné kreativní vzdělání zdravotnických pracovníků schopných samostatného pozorování, selekce, shromáždění a vyhodnocování informací, faktů a jevů, a aplikace metod a způsobu jednání odpovídajícího potřebám. V neposlední řadě je třeba schopnosti samostatně řešit problémy vyplývající z praktických činností. Výše uvedené schopnosti a dovednosti zdravotnických pracovníků jsou rozhodující pro řešení společných podnětů, pro splnění vysoké profesní a společenské ambice, a také pro touhu a potřebu sebevzdělávání po celou dobu aktivní odborné činnosti.

V Polsku a České republice jsou metody, formy vzdělávání a didaktické prostředky obdobné a liší se pouze na jednotlivých vzdělávacích úrovních v oboru zdravotní sestra. Volba metody či vzdělávací formy je závislá na úrovni vzdělávacího cíle, jehož chtějí studenti dosáhnout. Jiné didaktické prostředky jsou aplikovány na prvním vzdělávacím stupni, jiné v pokročilém stádiu celoživotního vzdělávání. V moderní didaktice zdravotnického povolání je stále více prostoru obsazeno moderními didaktickými prostředky (elektronické nosiče informací, dálkové studium pomocí elektronického a družicového přenosu, prostřednictvím internetu a e-mailu, e-booků). Tradiční způsoby výuky, kontroly a hodnocení výsledků jsou nahrazeny multilaterálními vzdělávacími koncepty, které jsou založeny na principu aktivního partnerství účastníků vzdělávacího procesu podporovaného širokou škálou didaktických prostředků.

Cíl práce

Cílem práce je popis didaktických prostředků a specifiky vzdělávání v oboru zdravotní sestra na příkladu využití didaktických prostředků dostupných studentům Krkonošské Vyšší Zdravotní Školy v Jelení Hoře (Jelenia Góra) a polsko-české vzdělávací spolupráce v oblasti zdravotnictví.

Moderní didaktické prostředky a jejich aplikace v rámci vzdělávacího programu v oboru zdravotnictví

Rozmanitost didaktických prostředků je důsledkem významného vývoje médií v posledních desetiletích. Tato skutečnost způsobila nutnost rozdělení didaktiky na všeobecnou (teoreticky zaměřenou) a aplikovanou (založenou na moderní vzdělávací technologii). Některé definice didaktických prostředků jsou orientované na smysly, jiné na způsob komunikace. V polské literatuře tuto definici specifikuje Cz. Kupisiewicz a zní následovně: "objekty, které studentům poskytují specifické sensorické podněty, které ovlivňují jejich zrak, sluch, dotek atd., jim usnadňují přímo a nepřímo rozeznávat skutečné jevy." Slovo "předmět" se vztahuje k původním předmětům a k jejich vzorovým, obrazovým, slovním nebo symbolickým náhradám. Naproti tomu podle jiného autora k didaktickým prostředkům patří hmotné předměty a symbolické znaky, které usnadňují vyhodnocování objektivní reality a schopnost její transformace. Obě tyto definice nezohledňují moderní technické zařízení [4]. Podle chápání pojmu "proces vzdělávání" jako učebního a vzdělávacího procesu se používají didaktické prostředky k obohacení činností učitele a studenta. Lektoři a studenti mají k dispozici řadu učebních pomůcek s ohledem na jejich efektivitu, věk studentů, didaktické úkoly, specifiky vyučovaného předmětu [3]. Rozsah pojmu "didaktický prostředek" zahrnuje: obsah konkrétního prostředku, který je přijímán jako sada sensorických podnětů, tj. zpráva

(filmový obraz), materiálový základ, na kterém byl zaznamenán určitý obsah, tj. nosič zpráv (filmová páska), komunikační médium, prostřednictvím kterého je příjemci zpráva doručena, tj. technické zařízení, které slouží k "oživení" zprávy zaznamenané na nosiči (filmový projektor) [3]. Nosiče spolu s uloženou zprávou jsou integrovány a vytvářejí materiálový základ pro použití díky technickým zařízením. Obě tyto složky jsou stejně důležité, ale podstatná úroveň didaktických materiálů určuje jejich využití ve vzdělávacím procesu [1].

W. Okoń provedl jednu z mnoha klasifikací prostředků a výukových materiálů (zohledňující specifickou a funkci i složitosti jejich konstrukce):

1. Jednoduché: slovní a vizuální (učebnice, přírodní úkazy, modely, obrazy, mapy, diagramy a výkresy).

2. Komplexní: mechanické prostředky vizuální (fotoaparát, kamera, mikroskop, grafoskop), auditivní (působící na sluch), které umožňují přenos zvuku (rádio, přehrávač), vizuální a auditivní, spojující obraz a zvuk (zvukový záznam: film, televizní přenos), a prostředky multimediální (didaktická zařízení, počítače, jazykové laboratoře) [5].

Jejich prostřednictvím zvyšují didaktické materiály používané v didaktickém procesu motivaci k učení, zvyšují zřetelnost přenosu vědeckého materiálu, poskytují možnost přesunu koncentrace z konkrétního na abstraktní úroveň a naopak, zdůrazňují vztah mezi teorií a praxí, přibližují a upevňují vztah mezi dosavadním vzděláním a pokrokem, podporují implementaci jednoty vzdělávání a výchovy, zvyšují efektivitu vzdělávání [5].

Na druhé straně pan Cz. Kupisiewicz uvádí poněkud jiné rozdělení didaktických prostředků, a sice: vizuální (přírodní úkazy, předměty, schémata, diagramy, mapy, učebnice), auditivní (magnetofon, rádio, diktafon), vizuální a auditivní (film, záznamy), částečně automatizační prostředky (didaktické zařízení, počítač), interkomunikační zařízení [4].

Didaktické prostředky jsou kvůli své složitosti často rozděleny do dvou skupin: na jednoduché (vizuální, motorické) a na komplexní (vizuální, auditivní, audiovizuální). Audiovizuální prostředky jsou chápány jako technický materiál, který působí na studenty současně zvukovými a vizuálními podněty. Vysoké hodnocení efektivity audiovizuálních médií se stalo základem pro tvorbu didaktické strategie nazvané multimediální výuka nebo multimediální vzdělávání [2]. Byl vytvořen nový systém s názvem "multimediální systém", který podle W. Okonie znamená, že „zvláštní systém audiovizuálních prostředků umožňuje – v souvislosti s uspořádáním tradičních prostředků - optimalizovat učební proces specifického obsahu a dosáhnout vyšších efektů. Tento systém zahrnuje mimo jiné film, diapozitivy, televize, rádio, programové učení (učebnice a případně didaktické zařízení), demonstrační předměty, mapy a obrazy a laboratorní vybavení. Tyto prostředky jsou postupně aplikovány do činnosti učitelů a studentů v závislosti na programové úrovni didaktických lekcí.”[1]. Multimediální vzdělávání zajišťuje žákovi doplňování zdrojů vědomostí. Množství podnětů způsobuje aktivaci intelektuální, emoční a praktické aktivity. V multimediálním systému vzdělávání je ústřední místo určené učebnici, materiálům a metodickým pokynům pro studenta, zejména pro studenty dálkového studia – důvodem je samostatné studium, konzultace a časově omezená výuka na škole [5]. Zavedení nových pomůcek a didaktických prostředků do multimediální vzdělávací strategie by mělo být kombinováno s přípravou studentů pro jejich vědomé využití. [5]. Úplně nové příležitosti ve zdravotnickém vzdělávání jsou vytvořeny prostřednictvím satelitní televize a optických a mikrovláknových přenosů, mezi didaktickými zařízeními a specializovanými multifunkčními fantomy. Výzkum ukázal, že s využitím didaktických prostředků se rozsah asimilovaných zpráv zvyšuje z 35 % na 85 % [3].

Jako hlavní funkce moderních didaktických prostředků používaných ve zdravotnickém vzdělávání lze rozlišovat následující: úvodní a motivační (např. organizování problémové situace), zdrojovou a verifikační (hlavní zdroj informací na dané téma, materiál pro ověření hypotéz), syntetizační a ustalovací (pomoc při vytváření zobecněujících aspektů, syntézy a struktury informací), aplikace a implementace (vzorové návrhy konkrétních činností) a kontrola a hodnocení [1]. Ke správnému využití didaktických pomůcek dochází v momentě, kdy neexistuje možnost přímého kontaktu a znalosti reality. Stejně tak při výkonu zdravotnického povolání lze získat potřebné informace například prostřednictvím okamžitého přístupu k největším knihovnám.

K moderním didaktickým prostředkům patří elektronické a mechanické modely a fantomy dostupné v odborných učebnách. Příkladem toho jsou učebny přírodovědeckého a technického oboru na státní Krkonošské Vyšší Škole v Jelení Hoře, které jsou vybaveny zařízením usnadňujícím přípravu pro výkon budoucího povolání zdravotní sestry. Tyto učebny svým zařízením navozují prostředí nemocničního pokoje, ve kterém studenti praktikují odborné činnosti a připravují se na práci s pacientem v reálném prostředí. V učebně „dětského oddělení“ se nachází fantomy (figuríny) novorozeňat různých tělesných a váhových parametrů, zde se studenti učí, jak o ně pečovat a léčit je. Tyto učebny jsou také vybaveny zařízením umožňujícím sledování základních životních parametrů (tlak, puls, saturace, EKG). Praktická cvičení s fantomy učí studenty zvládat základní aktivity. Jedná se především o fantom horní končetiny (praxe při odběru krve, při zavádění kanyl do periferní žily), dále pak fantom torza dospělého člověka (praxe v rámci provádění fyzikálního vyšetření, určování diagnózy), fantom muže a ženy (pro výuku zavedení katetru do močového měchýře, základní péči, výplach očí a uší atd.). Posluchárny a odborné učebny jsou vybaveny multimediální prezentační technikou.

Během vzdělávacího procesu lze pozorovat jediný významný rozdíl mezi Polskem a Českou republikou: čeští studenti svou zdravotnickou praxi vykonávají v různých typech léčebných zařízení, zatímco v odborných učebnách probíhá příprava studentů a praktický nácvik jednotlivých činností. V léčebných zařízeních potom své znalosti aplikují na konkrétních pacientech, provádí komplexní ošetrovatelskou péči zaměřenou na všechny složky nemocného (holistický přístup). Naproti tomu polští studenti v praxi věnují mnohem více času jednotlivým pracovním úkonům. V České republice je potřeba vyzdvihnout skutečnost, která se týká pozoruhodné spolupráce mezi celým lékařským a zdravotním týmem, která ovlivňuje skvělou komunikaci v rámci didaktického vzdělávání. Didaktické prostředky používané v průběhu zdravotnického vzdělávání v obou zemích jsou totožné, vybavení odborných učeben a nemocničních pokojů je podobné. Také neexistují významné rozdíly v moderních metodách výuky v rámci vzdělávání v oboru zdravotní péče v Polsku a v České republice. Lektoři používají didaktické pomůcky na podobné úrovni. Výuka ve škole se provádí v odborných učebnách, které navozují reálné prostředí nemocničních pokojů, nemocné nahrazují fantomy/figuríny. Praktická výuka probíhá pod odborným dohledem učitele v léčebných zařízeních. Zde se studenti učí pracovat s pacientem na základě svých teoretických znalostí a dovedností získaných během výuky ve škole.

Shrnutí/závěr

Moderní didaktické prostředky obohacují aplikované vzdělávací metody a ovlivňují jejich efektivitu. Významným aspektem vzdělávacího procesu v oboru zdravotnictví je rozlišování didaktických prostředků nazývaných simulátory, které umožňují provádět odbornou činnost v podmínkách navozujících skutečné nemocniční prostředí. Tyto činnosti lze provádět opakovaně a kdykoli. Použití fantomů a simulátorů chrání pacienta před nepříjemnými

zážitky a umožňuje studentům a vyučujícím objektivně zhodnotit výkon daného úkonu, aniž by pacient pocítil nějakou újmu.

Odkazy/zdroje

1. Bąk A., Białkowska K., Herdka-Płonka K. Didaktika pro vyšší zdravotní školy. Lékařské Vydavatelství PZWL, Warszawa 2016.
2. Bereźnicki F., Základy všeobecného vzdělávání. Vydavatelství: Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.
3. Ciechaniewicz W. Pedagogické vzdělání zdravotní sestry. W: Ciechaniewicz W. (red.). Pedagogika. Učebnice pro zdravotní školy. Vydavatelství: Wyd. Le PZWL, Wk.arszawa 2000.
4. Kupisiewicz Cz. Didaktika – akademická učebnice. Vydavatelství: Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
5. Okoń W. Úvodník pro všeobecnou didaktiku. Vydavatelství: Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.

Wpływ nowoczesnych środków dydaktycznych na efektywność przygotowania pielęgniarki do zawodu

Wprowadzenie

Dla urzeczywistnienia głównego celu kształcenia pielęgniarskiego, jakim jest zdobycie wiedzy i umiejętności, potrzebnych do utrzymywania powierzonych sobie ludzi w stanie zdrowia i dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, konieczne jest wykształcenie twórczych, krytycznych pracowników ochrony zdrowia. Powinni być oni zdolni do prowadzenia samodzielnej obserwacji, selekcjonowania, porządkowania i oceny informacji, faktów i zjawisk i potrafić stosować metody działania adekwatne do potrzeb oraz samodzielnie rozwiązywać problemy wynikające z działalności praktycznej. Od posiadania tych umiejętności i postaw zależy podejmowanie społecznie użytecznych inicjatyw, rozwój aspiracji zawodowych i społecznych oraz odczuwanie potrzeby samokształcenia przez cały okres aktywności zawodowej.

Metody, formy kształcenia oraz środki dydaktyczne zmieniają się w poszczególnych okresach studiów pielęgniarskich i są podobne w Polsce i w Czechach. O ich doborze przesądzają cele kształcenia, inne w pierwszych latach nauki, inne w okresie późniejszym, jeszcze inne na dalszych etapach kształcenia ustawicznego. We współczesnej dydaktyce pielęgniarskiej coraz więcej miejsca zajmują nowoczesne środki dydaktyczne (elektroniczne nośniki informacji, uczenie się na odległość przy pomocy przekazu elektronicznego i satelitarnego, wykorzystywanie Internetu i poczty elektronicznej, fantomy). Tradycyjne sposoby nauczania, kontroli i oceny wyników wypierane są przez koncepcje kształcenia wielostronnego, opartego na zasadzie aktywnego partnerstwa uczestników procesu kształcenia wspomaganego przez szeroki wachlarz środków dydaktycznych.

Cel pracy

Celem pracy jest charakterystyka środków dydaktycznych oraz specyfika kształcenia w zawodzie pielęgniarskim na przykładzie wykorzystania środków dydaktycznych dostępnych studentom Pielęgniarstwa Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej w Jeleniej Górze oraz polsko-czeskiej współpracy edukacyjnej z zakresu pielęgniarstwa.

Nowoczesne środki dydaktyczne i ich zastosowanie w edukacji pielęgniarskiej

Różnorodność środków dydaktycznych wynika ze znacznego rozwoju mediów w ostatnich dziesięcioleciach. Stąd pojawiły się dążenia do podziału dydaktyki na dydaktykę ogólną (zorientowaną teoretycznie) oraz dydaktykę stosowaną (opartą na nowocześnie pojmowanej technologii kształcenia). Niektóre z definicji środków dydaktycznych zwracają uwagę na zmysły, inne na formę przekazu. W polskiej literaturze definicja sformułowana przez Cz. Kupisiewicza brzmi: „przedmioty, które dostarczają uczniom określonych bodźców sensorycznych oddziałujących na ich wzrok, słuch, dotyk itp., ułatwiają im bezpośrednie i pośrednie poznawanie rzeczywistości”. Słowo „przedmiot” odnosi się do przedmiotów oryginalnych oraz ich zastępników modelowych, obrazowych, słownych lub symbolicznych. Inny autor środkami dydaktycznymi nazywa, przedmioty materialne i znaki symboliczne, ułatwiające poznawanie obiektywnej rzeczywistości i nabywania umiejętności jej przekształcania. W obu tych definicjach nie uwzględniono nowoczesnych urządzeń technicznych [4]. Zgodnie z rozumieniem pojęcia „proces kształcenia”, jako procesu nauczania i uczenia się, środki dydaktyczne służą wzbogaceniu czynności nauczyciela i ucznia. Wykładowcy i studenci posługują się różnorodnymi środkami dydaktycznymi, biorąc pod uwagę ich efektywność, wiek studentów, zadania dydaktyczne, cechy nauczanego przedmiotu[3]. Do zakresu pojęcia „środek dydaktyczny” zalicza się: treść konkretnego

środka, przekazywana jako zespół bodźców sensorycznych, czyli komunikat (obraz filmowy), podłoże materialne, na którym została zapisana określona treść, czyli nośnik komunikatu (taśma filmowa), środek przekazu, umożliwiający nadanie komunikatu odbiorcy, czyli urządzenie techniczne, służące do „ożywienia” komunikatu zapisanego na nośniku materialnym (projektor filmowy) [3]. Nośnik wraz z zapisanym komunikatem są integralnie związane i tworzą materiał do wykorzystania dzięki urządzeniom technicznym. Oba te składniki są równie ważne, ale to poziom merytoryczny materiałów dydaktycznych decyduje o ich wykorzystaniu w procesie kształcenia [1].

Jednej z wielu klasyfikacji środków i materiałów dydaktycznych dokonał W. Okoń (ze względu na specyfikę i funkcje oraz stopień skomplikowania ich budowy):

1. Środki proste: słowne i wzrokowe (podręczniki, naturalne okazy, modele, obrazy, mapy, schematy, wykresy).
2. Środki złożone: mechaniczne środki wzrokowe (aparat fotograficzny, kamera, mikroskop, grafoskop), środki słuchowe, które umożliwiają przekazywanie dźwięków (radia, magnetofonu), środki słuchowo-wzrokowe, łączące obraz z dźwiękiem (film dźwiękowy, telewizja), środki automatyzujące proces uczenia się (maszyny dydaktyczne, komputery, laboratoria językowe) [5].

Za ich pośrednictwem materiały dydaktyczne stosowane w procesie dydaktycznym powinny: wzmacniać motywację uczenia się, zwiększać jasność przekazu treści naukowych, zapewniać przejście od spraw konkretnych do abstrakcyjnych i na odwrót, eksponować powiązanie teorii z praktyką, powodować bliższy i silniejszy związek kształcenia z postępem, wspomagać realizację jedności kształcenia i wychowania, zwiększać efektywność kształcenia [5].

Cz. Kupisiewicz, przedstawia inny podział środków dydaktycznych: wzrokowe (naturalne okazy, przedmioty, schematy, diagramy, mapy, podręczniki), słuchowe (magnetofon, radio, dyktafon), środki wzrokowo-słuchowe (film, nagrania), środki częściowo automatyzujące (maszyny dydaktyczne, komputer), urządzenia interkomunikacyjne [4].

Środki dydaktyczne ze względu na ich stopień złożoności dzieli się często na dwie grupy, a mianowicie na środki proste (wzrokowe, ruchowe) i złożone (wizualne, audialne, audiowizualne). Środki audiowizualne są rozumiane jako techniczne, które oddziałują na uczących się jednocześnie bodźcami audialnymi i wizualnymi. Wysoka ocena skuteczności środków audiowizualnych stała się podstawą do ukształtowania się strategii dydaktycznej, zwanej nauczaniem multimedialnym lub kształceniem multimedialnym [2]. Wytworzył się nowy system określany jako „multimedia-system”, Wg W. Okonia oznacza „swoisty układ audiowizualnych środków umożliwiających – w połączeniu z układem tradycyjnych środków – optymalizację procesu uczenia się określonych treści oraz uzyskanie wyższych efektów. System ten obejmuje m in. film, przeźrocza, telewizję, radio, nauczanie programowe (podręczniki i ewentualnie maszyny dydaktyczne), przedmioty demonstrowane, mapy i obrazy oraz wyposażenie laboratoryjne. Środki te włączane odpowiednio w tok czynności nauczyciela i studentów, dobiera się w zależności od tematu zajęć dydaktycznych”[1]. Kształcenie multimedialne zapewnia uczącemu się wzajemnie uzupełniające źródła wiedzy. Wielość bodźców powoduje uruchomienie aktywności intelektualnej, emocjonalnej i praktycznej. W systemie multimedialnym centralne miejsce zajmuje podręcznik, materiały i wskazówki metodyczne dla uczącego się, powiązane z formami nauczania na odległość, z samodzielną nauką, bezpośrednimi zajęciami w uczelni, konsultacjami [5]. Wprowadzenie nowych pomocy i środków dydaktycznych w strategii multimedialnego kształcenia powinno być połączone z przygotowaniem studentów do świadomego ich wykorzystania. [5]. Zupełnie nowe możliwości w kształceniu pielęgniarskim stwarza telewizja satelitarna oraz łączność

światłowodowa i mikrofalowa, między placówkami dydaktycznymi oraz specjalistyczne wielofunkcyjne fantomy. Badania wykazały, że przy zastosowaniu środków dydaktycznych zwiększa się zakres przyswojonych wiadomości z 35 % do 85 % [3].

Wśród głównych funkcji nowoczesnych środków dydaktycznych stosowanych w edukacji pielęgniarstwa można wyróżnić funkcję: wprowadzającą i motywującą (np. organizowania sytuacji problemowej), źródłową i weryfikacyjną (główne źródło wiedzy z danego tematu, materiał do weryfikacji hipotez), syntetyzującą i utrwalającą (pomoc w tworzeniu uogólnień, syntez i struktur wiedzy), zastosowawczą i wdrożeniową (wzory wykonania określonych czynności) oraz kontrolno-oceniającą [1]. Właściwe zastosowanie środków dydaktycznych pojawia się wówczas, gdy nie ma możliwości bezpośredniego zetknięcia, poznania rzeczywistości. Również przydatne w pracy pielęgniarstwa informacje można otrzymać poprzez np. natychmiastowy dostęp do największych na świecie bibliotek.

Nowoczesnymi środkami dydaktycznymi są elektroniczne i mechaniczne modele i fantomy dostępne w pracowniach pielęgniarstwa. Przykładem są sale Wydziału Przyrodniczo-Technicznego Karkonoskiej Państwowej Szkoły Wyższej w Jeleniej Górze, w których mieści się sprzęt przygotowujący przyszłe pielęgniarki i pielęgniarzy do pracy w zawodzie. Sale są odzwierciedleniem sali szpitalnej, w której studenci ćwiczą czynności przygotowujące ich do pracy z pacjentem. W sali pediatrycznej znajdują się fantomy niemowląt o różnych masach wagowych. Wykorzystywane są one do nauczania czynności pielęgnacyjnych i leczniczych u dzieci. Pomieszczenie wyposażone jest w urządzenia pozwalające monitorować podstawowe parametry życiowe (ciśnienie, puls, saturację, EKG). Ćwiczenia na fantomach pozwalają opanować podstawowe czynności. Są to: fantom kończyny górnej (trening pobierania krwi, zakładania kaniuli do żyły obwodowej), fantom korpusu osoby dorosłej (to możliwość badania fizykalnego, postawienia diagnozy pielęgniarstwa), fantom mężczyzny i kobiety (zakładanie cewnika do pęcherza moczowego, podstawowe czynności pielęgnacyjne, płukanie oka i ucha i inne). Sale wykładowe i ćwiczeniowe są wyposażone w sprzęt do prezentacji multimedialnych.

W procesie dydaktycznym i używaniu środków dydaktycznych można zaobserwować jedyną istotną różnicę pomiędzy Polską a Czechami: tok praktyk studentów czeskich oparty jest na ćwiczeniu sytuacji pielęgniarstwa nie tylko w szpitalu lecz już wcześniej, w uczelni na salach ćwiczeń. Czescy uczniowie więcej czasu spędzają na zapoznaniu się z cyklem czynności wykonywanych na każdym etapie opieki nad pacjentami. Natomiast studenci polscy ćwiczą poszczególne czynności. Zachowaniem godnym podkreślenia jest wyraźna współpraca całego czeskiego zespołu medycznego i w związku z tym między uczestnikami procesu dydaktycznego nawiązywany jest lepszy kontakt personalny. Środki dydaktyczne używane w toku kształcenia pielęgniarstwa w obu krajach są identyczne, wyposażenie sal do ćwiczeń i sal szpitalnych jest podobne. Nie obserwuje się też znaczących różnic w nowoczesnych środkach dydaktycznych stosowanych w edukacji pielęgniarstwa w Polsce i w Republice Czeskiej. Wykładowcy korzystają z podobnych środków a ćwiczenia odbywają się na porównywalnych salach szkoleniowych. Zajęcia prowadzone są przy pomocy fantomów, a sale do zajęć praktycznych odwzorowują rzeczywiste sale szpitalne. Wspólną formą zajęć są zajęcia praktyczne odbywające się pod nadzorem nauczyciela, które mają miejsce w szpitalu, gdzie studenci uczą się pracy z pacjentem z wykorzystaniem wiedzy teoretycznej i umiejętności zdobytych na ćwiczeniach.

Podsumowanie

Nowoczesne środki dydaktyczne wzbogacają stosowane metody kształcenia i wpływają na wzrost ich efektywności. Na szczególną uwagę w procesie kształcenia pielęgniarstwa

zasługuje wyróżnienie środków dydaktycznych, zwanych symulatorami, które umożliwiają wykonywanie czynności zawodowych w warunkach przypominających rzeczywiste. Czynności te można wykonywać wielokrotnie, w dowolnym czasie i miejscu. Użycie fantomów i symulatorów oszczędza choremu przykrych przeżyć, można dzięki nim także obiektywnie ocenić wykonanie danej czynności bez obciążania pacjenta.

Piśmiennictwo

1. Bąk A., Białkowska K., Herdka-Płonka K. Dydaktyka szkoły wyższej o profilu medycznym. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2016.
2. Bereźnicki F., Podstawy kształcenia ogólnego. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2011.
3. Ciechaniewicz W. Działalność pedagogiczna pielęgniarki. W: Ciechaniewicz W. (red.). Pedagogika. Podręcznik dla szkół medycznych. Wyd. Le PZWL, Wk.arszawa 2000.
4. Kupisiewicz Cz. Dydaktyka. Podręcznik akademicki. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
5. Okoń W. Wprowadzenie do dydaktyki ogólnej. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Optimální formy zaměstnání pro zdravotní sestry v Polsku a v České republice

Optymalna forma zatrudnienia pielęgniarek w Polsce i w Czechach

Autoři: Izabela Wróblewska¹, Kaja Borkowska¹, Mateusz Żukowski¹,
Michaela Hejzlarová², Eliška Kulhánková²

¹*Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze*

²*Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Trutnově*

Optimální formy zaměstnání pro zdravotní sestry v Polsku a v České republice

Úvod

Zdravotní sestra v Polsku má právo vykonávat své povolání na základě různých forem zaměstnání bez ohledu na subjekt, který ji zaměstnává, a úroveň jejího vzdělání (tj. může být absolventkou střední zdravotní školy do roku 1996, absolventkou bakalářského či magisterského studia v oboru zdravotnictví nebo specializovaným pracovníkem v oblasti zdravotnictví). Interní právní předpisy upravují podrobnosti týkající se práv a povinností zaměstnavatele a zaměstnance. Jejich vzájemný vztah závisí na formě zaměstnání.

Polsko a Česká republika mají podobné pracovněprávní předpisy. Vzhledem k tomu, že ostatní členské země Evropské unie poskytují zdravotním sestrám výhodnější pracovní podmínky, značná část polských absolventů škol zvažuje zaměstnání v zahraničí.

Cíl práce

Přehled pracovních smluv, na jejichž základě může zdravotní sestra vykonávat své povolání, prezentace výhod a nevýhod každého druhu smlouvy a neoptimálnější formy zaměstnání pro uchazeče, který začíná svou pracovní kariéru ve zdravotnictví.

Formy zaměstnání zdravotních sester

V Polsku a České republice je nejběžnější formou zaměstnání pracovní smlouva uzavřená v souladu se zákoníkem práce. Uzavírá se písemně mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Obě strany se zavazují plnit povinnosti, které jim smlouva ukládá. Zaměstnanec je povinen plnit své povinnosti ve prospěch zaměstnavatele, naproti tomu zaměstnavatel má povinnost zaplatit zaměstnanci za odvedenou práci. Zaměstnavatel je povinen nejpozději v den zahájení práce předat zaměstnanci v písemné formě pracovní náplň a pracovní podmínky. Kromě výše uvedených pracovních podmínek, tj. místa výkonu pracovních povinností, druhu práce, pracovní pozice, rozsahu pracovního úvazku a výši odměny za odvedenou práci vč. podrobného popisu všech součástí smlouvy, nesmí ve smlouvě chybět povinné údaje, a sice: údaje týkající se smluvních stran, datum uzavření smlouvy, nebo druh smlouvy.

Pracovní smlouvy lze rozdělit podle druhu pracovního úvazku na smlouvy na dobu určitou/neurčitou, smlouvy na provedení určité práce nebo smlouvy na dobu určitou – záskok. Zaměstnavatel může podepsat s potenciálním zaměstnancem také smlouvu na zkušební dobu, která obvykle trvá 3 měsíce, následně může zaměstnavatel s tímto zaměstnancem buď ukončit pracovní poměr, nebo uzavřít jinou pracovní smlouvu, ve které bude přesně uvedena doba platnosti smlouvy. Smlouva uzavřená na zkušební dobu je specifickou formou pracovní smlouvy a může být uzavřena s jedním zaměstnancem pouze jednou. Výjimky z tohoto pravidla jsou uvedeny v čl. 24 § 3 k.p., který říká, že smlouva na zkušební dobu může být uzavřena se stejným zaměstnancem, pokud: je pracovník zaměstnán na jiný druh práce nebo je zaměstnán na stejný druh práce, na stejnou pozici, ale pod podmínkou, že od poslední pracovní smlouvy uplynuly 3 roky. Účelem takové smlouvy je poznat budoucího zaměstnance včetně jeho předpokladů, schopnosti pracovat na dané pozici. Během takové smlouvy má zaměstnanec čas na plnění nových povinností a v případě zdravotní sestry umožní práce v daném léčebném zařízení ověřit si dovednosti získané během vzdělávacího procesu a získá také pracovní zkušenosti. Je-li pro obě smluvní strany tento pracovní vztah výhodný, pak lze uzavřít smlouvu na delší dobu. Po vypršení platnosti smlouvy nemusí smluvní strany přistoupit na její prodloužení. Smluvní strany mají právo na zkrácení doby trvání/platnosti smlouvy, např. na základě tzv. smluvní dohody nebo výpovědi. V Polsku je to definováno

v čl. 34 zákoníku práce. Po zkušební době nebo od samého začátku (rozhodne-li se takto zaměstnavatel) bude s uchazečem o práci ve zdravotnictví uzavřena pracovní smlouva na dobu určitou nebo neurčitou. Rozhodne-li se zaměstnavatel uzavřít v první fázi se zaměstnancem smlouvu na dobu určitou, další smlouva musí být uzavřena na dobu neurčitou. Začínající zdravotní sestra/bratr má na základě smlouvy nárok na 20 dnů pracovní dovolené, po dalších 2 letech práce má zaměstnanec nárok na 26 dnů dovolené v souladu se zákoníkem práce. Dále zákoník práce uvádí, že vysokoškolákům se do odpracovaných let započítává doba studia (v tomto případě 8 let).

Zaměstnanec zaměstnaný na základě pracovní smlouvy má zaručenou jistou odměnu (včasně zaplacení odměny ve stanovené lhůtě). Dále má zaměstnanec nárok na pracovní volno, min. musí uplynout 11 hodin od poslední pracovní směny. Zaměstnanec má stanovený počet pracovních hodin v rámci svého pracovního úvazku, má nárok na odměnu ve výši 20 % za noční směny a 100% příplatek za přesčasy v nočních hodinách, v neděli a ve dnech pracovního volna a také 50% příplatek za přesčasy odvedené v pracovní dny. Zaměstnavatel je povinen zajistit zaměstnanci pracovní oděv, obuv, pracovní nástroje a ochranné pomůcky, dále zodpovídá za aktuální lékařské vyšetření zaměstnance včetně očkování.

Dalším druhem pracovní smlouvy v Polsku je občanskoprávní pracovní smlouva. Od běžné pracovní smlouvy se liší především tím, že se neřídí předpisy zákoníku práce. Tato forma zaměstnání neboli pracovního vztahu (vč. kontraktu, který platí pouze v Polsku) se řídí předpisy občanského zákoníku. V tomto případě se smlouva uzavírá mezi právním subjektem a fyzickou nebo právnickou osobou, kteří společně tvoří podmínky smlouvy. V takovém případě si může zdravotní sestra vyjednat lepší pracovní podmínky včetně pracovní doby, hodinové sazby za provedenou práci a podrobnosti ohledně odměny. Smluvnímu zaměstnanci zaměstnavatel zajistí úhradu záloh na zdravotní pojištění a na přání zaměstnance také na sociální a důchodové zabezpečení a zdravotní pojištění. Rozvázání takového smluvního vztahu závisí na vyjednaných smluvních podmínkách. Dále si na základě takového pracovního vztahu zaměstnanec sám platí úrazové pojištění, povinné ručení a jiná pojištění sjednané zaměstnancem.

Všechny výše uvedené formy zaměstnání mají své plusy a minusy (výhody a nevýhody). Pro ty, kteří chtějí mít vyšší příjem za odvedenou práci a zároveň neřeší otázku odvodu záloh ze strany zaměstnavatele, je nejlepším řešením občanskoprávní smlouva. Naproti tomu pro lidi, kteří si cení jistotu zaměstnání, je nejlepším řešením pracovní smlouva uzavřená v souladu se zákoníkem práce – jedná se o nejběžnější a nejdůvěryhodnější formu zaměstnání. Jeho nejvýhodnějším aspektem je skutečnost, že se řídí předpisy zákoníku práce. Umožňuje zaměstnancům velký psychický komfort, protože zaměstnavatel je povinen převzít veškeré povinnosti týkající se pojištění zaměstnance a všech povinných odvodů. Zaměstnavatel je také zodpovědný za případnou škodu způsobenou zaměstnancem. V extrémních situacích, kdy zaměstnanec řádně neplní své pracovní povinnosti, může být potrestán maximálním postihem ve výši tří měsíčních platů.

Zdravotní sestra dostává pevný hodinový rozpis pracovních povinností v souladu s podmínkami uvedenými v pracovní smlouvě. Ve zvláštních případech může zaměstnanec vykonávat práci přesčas v počtu hodin upravených ustanoveními zákoníku práce. Zaměstnavatel může také zaplatit zaměstnanci kurzy, školení nebo specializace nezbytné k výkonu práce na dané pozici a odměnit ho prémie.

Avšak i pracovní smlouva má své minusy – nevýhody. Týkají se především omezeného počtu hodin přesčasové práce, ovšem tento aspekt je ve prospěch zaměstnanců a na jejich ochranu před nebezpečím vzniku případných chyb v důsledku únavy.

Naproti tomu občanskoprávní smlouvy se řídí předpisy občanského zákona. V takovém případě zaměstnanec osobně zodpovídá za vybavení a nese odpovědnost za případné chyby. V případě své nepřítomnosti v práci je taková osoba povinna najít si za sebe náhradu a nést náklady s tím spojené. Také náklady na pojištění, očkování, vstupní a povinné lékařské vyšetření, na nákup pracovních oděvů patří do povinností zaměstnance. V rámci takové smlouvy nemá zaměstnanec nárok na placenou dovolenou, a v případě, že si hradí nemocenské pojištění, se provádí výplata nemocenských dávek až po čtyřech týdnech neschopnosti. Osoba zaměstnaná na základě občanskoprávní smlouvy nemá nárok na příplatek za noční směny a za práci v neděli, svátek a den pracovního volna ani na osobní ohodnocení. Platební podmínky jsou stanoveny ve smlouvě, týká se to hlavně hodinové sazby za odvedenou práci. Nejdůležitější výhodou je však možnost individuálního vyjednávání o hodinové sazbě se smluvním zaměstnavatelem. Zaměstnanec může vyjednat minimální počet služeb v měsíci a přijímat také další objednávky. Další výhodou občanskoprávní smlouvy je možnost pracovat ve značně větším hodinovém rozsahu - denním a měsíčním, než dovoluje zákon. Výsledkem mohou být vyšší příjmy, ale také vyšší riziko chybných rozhodnutí a jejich následků.

Jak již bylo uvedeno, zdravotní sestry mohou poskytovat své služby na základě různých pracovních smluv. Rozsah povinností zdravotní sestry zaměstnané na základě občanskoprávní smlouvy se neliší od povinností sestry pracující na základě pracovní smlouvy. Zdravotní sestra nese profesionální odpovědnost za svou práci a stejnou měrou zodpovídá za své jednání, které je v rozporu s pracovní etikou nebo porušením právních norem týkajících se výkonu povolání zdravotní sestry. O případném pochybení či vině rozhodují soudy pro zdravotní sestry.

V Polsku lze povolání sestry a porodní asistentky vykonávat jako součást dobrovolnické činnosti. Zdravotní sestra poskytující své služby v rámci takové činnosti musí splňovat požadavky odpovídající druhu a rozsahu zdravotnických služeb. Podmínky jsou stanoveny v zákoně z 15. července 2011 o povolání sestry a porodní asistentky. [5]

Zdravotní sestry v souvislosti s výkonem svého povolání bez ohledu na druh pracovní smlouvy podléhají právní odpovědnosti. Etický kodex zdravotních pracovníků přesně definuje způsob a formu výkonu tohoto povolání. V okamžiku udělení titulu skládá zdravotní sestra slib, ve kterém se mimo jiné pojednává o odborné péči o zdraví a život pacienta, dodržování služebního tajemství a řádného plnění povinností zdravotní sestry. V podrobné části Etického kodexu zdravotních sester a porodních asistentek je uveden způsob jednání s pacientem, způsob spolupráce s pacientem a pracovním týmem a také seznam práv a povinností pacienta. V případě porušení předpisů etického kodexu bude vedeno řízení týkající se profesní odpovědnosti bez ohledu na to, zda již v této věci bylo zahájeno trestní řízení pro spáchání trestného činu či přečinu. Trestní odpovědnost souvisí s porušením všeobecných pravidel uvedených v trestním zákoníku, která jsou závazná pro všechny občany. V Polsku se jedná o články: 155, 156, 160, [6]. Nicméně s odkazem na zákon ze dne 15. července 2011 ve věci povolání zdravotní sestry a porodní asistentky je třeba uvést následující články: 84 a 85 tohoto zákona. [5] Zdravotní sestra také podléhá občanskoprávní odpovědnosti, tj. povinnost úhrady způsobené škody, která je majetkového charakteru. V Polsku se na něj vztahují ustanovení občanského zákoníku: článek 415, článek 416, článek 417, článek 429, článek 430. [7]

Všechna výše uvedená ustanovení musí být pracující zdravotní sestrou respektována.

V České republice také podléhá zdravotní sestra občanskoprávní odpovědnosti, zvláště v případech, kdy pacient není spokojen s průběhem léčby nebo byl zraněn. O těchto případech pojednává zákon č. 40/1964 Sb., Občanský zákoník 420, § 2900, vyhláška 440/2001. Trestní

odpovědnost se týká také osoby, která spáchala trestný čin – způsobení zdravotní újmy nebo úrazu pacientovi - zákon č. 45/2013.

Odkazy/zdroje

1. <http://www.infor.pl/prawo/umowy/praca/752986,Umowa-na-okres-probny.html> [datum přístupu: 10.09. 2017].
2. <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Umowa-o-prace-wszystko-co-powinienes-o-niej-wiedziec-700002.html> [datum přístupu: 9.09.2017].
3. <http://www.regiopraca.pl/portal/prawo/ustawy/kodeks-pracy-2017-tekst-jednolity-wrzesien-2017> [datum přístupu: 9.09.2017].
4. Zákon ze dne 26. června 1974, Zákoník práce (Sb. zák. 1666/2016).
5. Zákon ze dne 15. července 2011, ve věci výkonu povolání zdravotní sestry a porodní asistentky (Sb. zák. č. 174/1039).
6. Zákon ze dne 6. června 1997, Trestní zákon (Sb. zák. č. 88/553/1997).
7. Zákon ze dne 23. dubna 1964, Občanský zákoník (Sb. zák. č. 16/93/1964).
8. Rozsudek Nejvyššího soudu ze dne 4. září 2013, sp. zn. II PK 358/12.

Optymalna forma zatrudnienia pielęgniarek w Polsce i w Czechach

Wstęp

Pielęgniarka w Polsce, niezależnie od podmiotu zatrudniającego i stopnia wykształcenia (tj.: absolwent/-ka pielęgniarstwa w liceum do 1996 roku, licencjat pielęgniarstwa, magister pielęgniarstwa, specjalizacje w określonej dziedzinie pielęgniarstwa) ma prawo wykonywać zawód na podstawie różnych form zatrudnienia. Ustawodawstwo krajowe reguluje szczegóły dotyczące praw i obowiązków pracodawcy i pracownika. Ich wzajemny stosunek jest zależny od formy zatrudnienia.

Polska i Republika Czeska mają podobne przepisy pracownicze. Ponieważ w krajach Unii Europejskiej proponowane są dla pielęgniarek lepsze warunki finansowe znaczna część absolwentów polskich szkół rozważa zatrudnienie za granicą.

Cel pracy

Przegląd możliwych do zawarcia umów o pracę, na podstawie których pielęgniarka może wykonywać swój zawód, przedstawienie wad i zalet każdego rodzaju umów oraz najbardziej optymalnej formy zatrudnienia dla adepta rozpoczynającego pracę w zawodzie medycznym.

Rozwinięcie

W Polsce i Republice Czeskiej najpopularniejszą formą zatrudnienia jest umowa o pracę, określona poprzez przepisy kodeksu pracy. Zawierana jest w formie pisemnej między pracodawcą a pracownikiem. Obie strony zobowiązują się w niej do wykonywania względem siebie nałożonych obowiązków. Pracownik jest zobligowany do wykonywania określonej pracy na rzecz pracodawcy, pracodawca do wynagrodzenia pracownika za wykonaną pracę. Pracodawca ponadto ma, nie później niż w dniu rozpoczęcia pracy przez pracownika, potwierdzić w formie pisemnej warunki jego zatrudnienia. Oprócz wspomnianych wcześniej warunków pracy, czyli miejsca wykonywania, rodzaju wykonywanej pracy, stanowiska, wymiaru oraz wysokości wynagrodzenia za wykonaną pracę i opisu wszystkich jego składników w umowie tej powinny zostać jasno określone informacje, takie jak: strony umowy, data zawarcia umowy czy jej rodzaj.

Rodzaje umów o pracę można podzielić ze względu na czas wykonywania pracy - umowy na czas określony i nie określony, umowa zawarta na czas wykonywania określonej pracy lub umowa na zastępstwo. Pracodawca ma możliwość podpisania z przyszłym pracownikiem umowy na okres próbny. Zazwyczaj wynosi on 3 miesiące, a po jego zakończeniu podpisywany jest drugi dokument, stanowiący umowę główną, w której oznacza się czas na jaki zostaje zawarta. Umowa zawarta na okres próbny jest specyficznym rodzajem umowy o pracę i może być zawarta z jednym pracownikiem tylko raz. Wyjątki od tej reguły są ujęte w art. 24 § 3 k.p. który mówi, że umowa na okres próbny może zostać zawarta z tym samym pracownikiem, jeśli: pracownik jest zatrudniony do innego rodzaju pracy oraz pracownik jest zatrudniony na to samo stanowisko, do tego samego rodzaju pracy, ale od wygaśnięcia ostatniej umowy o pracę minęły 3 lata. Celem tej umowy jest poznanie przyszłego pracownika, w tym jego predyspozycji, zdolności do pracy na danym stanowisku. Natomiast pracownik ma czas na wdrożenie się do nowych obowiązków, w wypadku pielęgniarki do pracy w wyznaczonym oddziale, weryfikacji swoich umiejętności nabytych podczas nauki i nabycie doświadczenia zawodowego. Jeśli obie strony umowy będą zadowolone ze współpracy następuje zawarcie umowy na dłuższy okres. Każda ze stron może też z niej zrezygnować w momencie jej wygaśnięcia. Istnieje także możliwość skrócenia czasu trwania umowy. Może to nastąpić za tzw. porozumieniem stron lub za wypowiedzeniem. W Polsce

określa je art. 34 k.p.. Po okresie próbnym lub od samego początku (jeśli pracodawca wyrazi taką wolę) nowy adept zawodu pielęgniarstwa podpisuje umowę główną - na określony czas lub na czas nieokreślony. Jeśli pracodawca zdecyduje się na zatrudnienie pracownika na określony czas to trzeba zaznaczyć, że kolejna umowa powinna być zawarta na czas nieokreślony. Początkujący pielęgniarz/pielęgniarka otrzyma na jej podstawie na 20 dni urlopu, a po przepracowaniu 2 lat, 26 dni. Stanowią o tym przepisy k.p. mówiące, że osobie, która ukończyła szkołę wyższą przysługuje doliczenie do okresu wypracowanych lat pracy okresu nauki (w tym przypadku 8 lat).

Pracownik zatrudniony na umowę o pracę ma zapewnioną ochronę swojego wynagrodzenia (terminowych wypłat wynagrodzenia, w wyznaczonym terminie). Pracownik ma sprecyzowane prawo do odpoczynku. Pomiedzy kolejnymi pracami odstęp musi wynosić co najmniej 11 godzin. Określona jest miesięczna liczba godzin, jaką pracownik może wykonać w ramach etatu. Pracownikowi przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości dodatkowych 20 % za przepracowane godziny w porze nocnej, 100% dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych przepracowanych w nocy, w niedziele i święta oraz 50% za wykonania nadliczbowe w pozostałe dni. Pracodawca powinien zapewnić pracownikom odpowiednią odzież, obuwie, narzędzia oraz wszelkie innych przedmioty ochrony osobistej. Odpowiada także za aktualne badania pracownika, w tym jego szczepienia.

Innym rodzajem umów obowiązujących w Polsce i w Republice Czeskiej są umowy cywilnoprawne. Różnią się od umowy o pracę przede wszystkim brakiem stosowania w nich przepisów kodeksu pracy. Ta forma zatrudnienia, (w tym kontrakt obowiązujący jedynie w Polsce), opiera się na przepisach kodeksu cywilnego. Zawarcie umowy dokonywane jest między zakładem pracy a osobą fizyczną lub prawną. To pracodawca i pracownik tworzą wspólnie warunki umowy. Pielęgniarka może negocjować postanowienia umowy, w tym czas pracy, stawkę godzinową za wykonywane zlecenie i szczegóły dotyczące wypłat. Pracujący na umowę-zlecenie ma zapewnione przez pracodawcę odprowadzanie składek zdrowotnych, a na życzenie pracownika także składek emerytalno-rentownych i chorobowych. Rozwiązanie umowy cywilno-prawnej różni się w zależności od indywidualnych negocjacji. Wszelkie dodatkowe ubezpieczenia OC i NNW, badania lekarskie, szczepienia i inne formalności należą do obowiązków przyjmującego zlecenie od zakładu pracy.

Każda z omówionych form zatrudnienia ma swoje zalety i wady. Dla osób, które chciałyby mieć wyższą stawkę za pracę, a jednocześnie nie zależy im na odprowadzaniu dodatkowych składek związanych z zatrudnieniem na umowę o pracę najlepszą formą zatrudnienia będzie umowa cywilno-prawna. Z kolei dla osób, które cenią sobie bezpieczeństwo zatrudnienia preferowaną formą zatrudnienia będzie umowa o pracę. Jest ona najpowszechniejszą i cieszącą się największym zaufaniem publicznym formą zatrudnienia. Jej największym atutem jest jej regulacja przez kodeks pracy. Pozwala ona pracownikowi na duży komfort, gdyż to po stronie pracodawcy leżą wszelkie obowiązki związane z ubezpieczeniem pracownika czy odprowadzeniem wszelkiego rodzaju składek. Pracodawca bierze także współodpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przez pracownika. W sytuacjach skrajnych, gdzie z winy pracownika dojdzie do uchybień w jego pracy może być on ukarany maksymalną karą w wysokości równowartości trzech miesięcznych pensji.

Adept pielęgniarstwa otrzymuje grafik dyżurów ze stałą ilością godzin zgodną z danymi zawartymi w umowie. W sytuacjach szczególnych pracownik może podjąć dodatkową pracę w ilości godzin, regulowanej poprzez przepisy kodeksu pracy. Pracodawca może także opłacać pracownikowi kursy, szkolenia doskonalące lub specjalizacyjne niezbędne do wykonywania pracy na danym stanowisku oraz przyznać premię.

Umowa o pracę ma jednak także pewne wady. Zaliczyć do nich można ograniczoną liczbę godzin nadliczbowych, co należy jednak traktować jako ochronę pracownika przed niebezpieczeństwami związanymi z popełnieniem błędów, których podstawą jest przemęczenie.

Z kolei umowy cywilno-prawne są regulowane przez prawo cywilne. Pracownik osobiście odpowiada za sprzęt i ponosi odpowiedzialność za popełnione błędy. W razie absencji w pracy osoba zatrudniona przez pracodawcę jest zobowiązana znaleźć sobie zastępstwo i ponieść związane z tym koszty. Koszty ubezpieczeń, szczepień, badań okresowych i wstępnych oraz zakup odzieży ochronnej jest obowiązkiem pracownika i leży po jego stronie. Nie przysługuje mu też płatny urlop wypoczynkowy, a świadczenia chorobowe, o ile są opłacane składki chorobowe, wypłacane są od absencji trwającej powyżej 4 tygodni. Osobie zatrudnionej na umowie cywilno-prawnej nie przysługuje dodatek za dyżur nocny, a także pracę w dni świąteczne i niedziele, nie otrzymuje on także premii uznaniowej. Podstawą rozliczeń jest w tym wypadku stawka wynegocjowana za godzinę pracy. Jednak najważniejszą zaletą jest możliwość indywidualnej negocjacji z pracodawcą tej stawki. Pracownik może wynegocjować minimalną ilość dyżurów w miesiącu, oraz przyjmować dodatkowe dyżury. Jako atut umów cywilno-prawnych może być postrzegana możliwość pracy w znacznie większym wymiarze dobowym oraz miesięcznym, niż pozwala na to prawo pracy. To możliwość wyższych zarobków, ale też ryzyko popełniania większej ilości błędów i ponoszenia ich konsekwencji.

Pielęgniarki mogą być zatrudnione na różnych formach umów. Zakres obowiązków pielęgniarki zatrudnionej na umowie cywilno-prawnej nie różni od obowiązków pielęgniarki pracującej na podstawie umowy o pracę. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową za swoją pracę. Dotyczy ona postępowania sprzecznego z etyką pielęgniarską oraz naruszenia norm prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki. O winie orzekają autonomiczne sądy pielęgniarskie.

W Polsce zawód pielęgniarki i położnej może być wykonywany w ramach wolontariatu. Pielęgniarka pracująca na tego typu umowie musi spełniać wymagania odpowiednie do rodzaju i zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych. Warunki określa ustawa z dnia 15. lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej. [5]

Pielęgniarki w związku z wykonywanym zawodem, niezależnie od formy zatrudnienia, podlegają odpowiedzialności prawnej. Kodeks etyki zawodowej zawiera zasady, według których pielęgniarka powinna postępować. W chwili nadania tytułu pielęgniarka składa przyrzeczenie, w którym jest mowa m.in. o sprawowaniu profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem pacjenta, przestrzeganiu tajemnicy zawodowej oraz rzetelnym wykonywaniu obowiązków wynikających z pracy w tym zawodzie. Część szczegółowa Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych mówi, jak pielęgniarka powinna odnosić się do pacjenta, współpracować z nim i innymi członkami zespołu terapeutycznego oraz jakie ma prawa i obowiązki. Jeśli dojdzie do naruszenia zasad kodeksu postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo bądź o wykroczenie. Odpowiedzialność karna związana jest z naruszeniem przez sprawcę zasad zapisanych w prawie obowiązującym wszystkich członków społeczeństwa. Konsekwencje naruszenia tych zasad określa Kodeks Karny. W Polsce są to: Art. 155, Art. 156, Art. 160, [6]. Odwołując się natomiast do Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarek i położnych należy wymienić następujące artykuły: Art. 84, Art. 85. Ustawy. [5] Pielęgniarka podlega dodatkowo odpowiedzialności cywilnej, a więc obowiązkowi wynagrodzenia wyrządzonej szkody, co ma charakter majątkowy. W Polsce

mówią o tym zapisy kodeksu cywilnego: Art. 415, Art. 416, Art. 417, Art. 429, Art. 430.[7]

Wszystkie wyżej wymienione przepisy muszą być respektowane przez aktywną zawodowo pielęgniarkę.

W Republice Czeskiej odpowiedzialność cywilna spoczywa na pielęgniarce wtedy, gdy pacjent nie jest zadowolony z przebytego leczenia bądź został ranny. Mówi o tym ustawa nr 40/1964 Kodeksu Cywilnego, § 420, § 2900, dekretu 440/2001. Do odpowiedzialności karnej pociąga się także osobę, która popełniła przestępstwo, do którego zalicza się uszkodzenie bądź spowodowanie obrażeń u pacjenta o czym dodatkowo mówi ustawa nr 45/2013.

Piśmiennictwo

1. <http://www.infor.pl/prawo/umowy/praca/752986,Umowa-na-okres-probny.html> [data dostępu: 10.09. 2017].
2. <http://www.bankier.pl/wiadomosc/Umowa-o-prace-wszystko-co-powinienes-o-niej-wiedziec-700002.html> [data dostępu: 9.09.2017].
3. <http://www.regiopraca.pl/porta1/prawo/ustawy/kodeks-pracy-2017-tekst-jednolity-wrzesien-2017> [data dostępu: 9.09.2017].
4. Ustawa z dnia z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2016, poz. 1666).
5. Ustawia z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, z poz. 1039 z późn. zm.).
6. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 Kodeks karny (Dz. U. 1997 nr 88, poz. 553 z późn. zm.).
7. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 Kodeks cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93 z późn. zm.).
8. Wyrok SN z dnia 4 września 2013 r., II PK 358/12.



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Výhody a nevýhody samostatné výdělečné činnosti (OSVČ) - práce na základě občanskoprávní smlouvy

Wady i zalety samozatrudnienia - praca na podstawie umowy cywilno-prawnej

Autoři: Izabela Wróblewska¹, Anna Oleś¹, Martyna Mroczek¹, David Šrůtek², Viktorie Vágnerová²

¹*Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze*

²*Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Trutnově*

Výhody a nevýhody samostatné výdělečné činnosti (OSVČ) - práce na základě občanskoprávní smlouvy

Úvod

Polští občané, kteří chtějí pracovat jako osoby samostatně výdělečně činné, se musí držet zásad, které platí pro všechny občany Evropské unie. Možnost uzavření „Smlouvy“ (kontraktu) umožňuje osobě OSVČ dosáhnout vyšších příjmů.

Ústavní princip svobody umožňuje zdravotním sestřím provozovat podnikatelskou činnost a dává jim možnost volby způsobu vykonávání své profese. Zdravotní sestry mohou poskytovat zdravotnické služby na základě pracovní smlouvy ve veřejných a neveřejných zdravotnických zařízeních, mimo ně, nebo na základě občansko-právní smlouvy. Nabízí se i možnost práce jako osoba OSVČ. Zdravotní sestra provozující vlastní podnikatelskou činnost může pracovat jako součást individuální, odborné i skupinové ošetrovatelské praxe.

V České republice umožňují právní předpisy zdravotní sestře provozovat vlastní podnikatelskou činnost. Zdravotní sestry v této zemi mohou pracovat také jako osoby samostatně výdělečně činné, nejčastěji pracují jako sestry v domácí péči.

Cíl práce

Cílem této práce je porovnání zásad podnikatelské činnosti zdravotních sester v Polsku a České republice.

Samostatně výdělečná činnost

Samostatně výdělečná osoba ve světle práva je osobou fyzickou, která podniká na vlastní účet a na vlastní riziko. Hlavním cílem osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) je výdělečná činnost. Stejně podmínky pro samostatnou výdělečnou činnost platí pro všechny občany Evropské unie.

Osoba, která vykonává zdravotnickou profesi v Polské či České republice a chce v rámci své profese podnikat jako osoba OSVČ, musí splňovat následující podmínky: musí být způsobilá k výkonu této profese a musí mít nejméně 2 roky praxe v tomto oboru. Její odborná činnost nesmí být pozastavena rozhodnutím oprávněného orgánu, nesmí jí být nařízeno omezení výkonu zdravotnického povolání, nesmí být pravomocným rozhodnutím soudu zbavena možnosti vykonávat svou profesi. Pauza ve výkonu povolání zdravotní sestry nesmí být delší než 5 let za posledních 6 let předcházejících žádosti o vydání živnostenského listu. Další podmínky a požadavky určují příslušné právní předpisy v závislosti na druhu a způsobu poskytovaných služeb v rámci podnikatelské činnosti. V případě individuální, specializované ošetrovatelské praxe je takovým dalším požadavkem povinnost mít specializaci v konkrétním oboru ošetrovatelství, porodní asistence nebo jiné oblasti zdravotní péče. Dále zdravotní sestry, které chtějí poskytovat služby ve své soukromé ordinaci/soukromém zdravotním zařízení musí mít místnost vybavenou příslušným zdravotnickým zařízením a musí získat oprávnění k podnikatelské činnosti.

V Polsku může být odborná praxe zdravotní sestry/porodní asistentky vykonávána formou podnikatelské činnosti v rámci OSVČ a sice: jako individuální praxe, jako individuální praxe pouze v místě výkonu povolání, jako individuální odborná/specializovaná praxe, jako individuální odborná/specializovaná praxe v místě výkonu povolání, jako individuální praxe pouze v podniku zdravotnického subjektu na základě smlouvy s tímto subjektem a jako individuální odborná/specializovaná praxe pouze v podniku zdravotnického subjektu na základě smlouvy s tímto subjektem. Za účelem otevření provozovny/ordinace zdravotní sestry v rámci podnikatelské činnosti OSVČ nebo v rámci občanské společnosti je nutné vyplnit

žádost CEIDG-1 a předložit ji na příslušném městském nebo obecním úřadu. Lze to provést osobně, elektronicky prostřednictvím zabezpečeného ověřeného elektronického podpisu - důvěryhodný profil ePUAP, nebo prostřednictvím doporučeného dopisu s úředně ověřeným podpisem. Budoucí podnikatel bude zapsán bezplatně do centrálních rejstříků podnikatelů, současně bude zapsán do Národního rejstříku podnikatelů (IČO), a do evidence finančního úřadu, který mu přidělí daňové identifikační číslo (DIČ), a příslušným FÚ bude přihlášen k dani z příjmů fyzických osob, dále na základě žádosti bude přihlášen k placení záloh na zdravotní a sociální pojištění. Dalším nezbytným krokem je žádost o zápis do Rejstříku zdravotnických subjektů. Zápis lze provést osobně, nebo elektronicky prostřednictvím zabezpečeného ověřeného elektronického podpisu - důvěryhodný profil ePUAP. Žádost bude zaslána na příslušný úřad, což je Okresní komora zdravotních sester a porodních asistentek. Zápis do rejstříku bude proveden ve lhůtě 30 dnů od podání žádosti včetně příloh.

Třetím krokem je volba způsobu danění (daň z příjmů fyzických osob). Zdravotní sestra nebo porodní asistentka má na výběr ze čtyř forem zdanění: rovná daň (doporučuje se pro osoby OSVČ s ročním příjmem přesahujícím 100.000,- PLN), paušální daň (doporučuje se pro osoby OSVČ tzv. na volné noze, které poskytují své služby výhradně ve prospěch soukromých osob), daňová karta (pouze pro vybrané profese, včetně zdravotní sestry a porodní asistentky. Je to zcela výhodný způsob danění, protože výše daně je konstantní, bez ohledu na dosažený obrát).

Kromě vyplnění dotazníku/formuláře CEIDG-1 a RPWDL musí osoba, která chce získat povolení k podnikatelské činnosti, podat přihlášku prostřednictvím formuláře ZUA na ZUS (ekvivalent českého OSSZ) pro platbu záloh sociálního zabezpečení. Dále velmi důležitým aspektem pro otevření provozovny /ordinace zdravotní sestry je získání povolení Okresní hygienické stanice. Tento subjekt je povinen kontrolovat podmínky (včetně prostor a zařízení), ve kterých budou služby poskytovány. Pokud žadatel splňuje požadavky, vydává SANEPiD (Okresní hygienická stanice) certifikát umožňující poskytování zdravotních služeb v provozovně/ordinaci.

Při plánování otevření provozovny/ordinace zdravotní sestry nebo individuální odborné praxe musí mít žadatel uzavřené pojištění občanskoprávní odpovědnosti – tj. odpovědnosti za škodu způsobenou pacientovi při výkonu odborných činností (především poskytování zdravotní péče) nebo v důsledku neoprávněného neposkytnutí těchto služeb. Provozování ordinace zdravotní sestry nebo individuální odborné praxe podléhá kontrole daňového úřadu z hlediska správnosti vyrovnání a vypořádání závazků vůči státu, ale také příslušných regionálních orgánů v tom případě Komory zdravotních sester a porodních asistentek, jakožto nadřízeného orgánu, který kontroluje její činnost po právní stránce.

Osoby vykonávající inspekční činnost mají po předložení oprávnění právo: vyžádat si informace a dokumentaci, vstupovat do prostor subjektu, který provozuje zdravotní činnost, účastnit se činností souvisejících s poskytováním zdravotních služeb, přístupu k zdravotním záznamům, žádat ústní nebo písemná vysvětlení. Po provedení kontrolních činností vyhotoví inspektor tzv. kontrolní zprávu. V případě zjištění pochybení při poskytování zdravotní péče, anebo při jednání zdravotní sestry v rozporu s pravidly profesní etiky oznámí kontrolní orgán Komory zdravotních sester a porodních asistentek tuto skutečnost okresnímu mluvčímu odborné způsobilosti.

Četné kontroly ani řada požadavků neodrazují osobu, která si chce založit podnikatelskou činnost, od jejího záměru. V současné době v Polsku je vlastní podnikatelská činnost zcela nevyhnutelná, dokonce lze říci, že je výhodnější než stálý pracovní poměr. Tato situace je způsobena výhodami samostatné výdělečné činnosti jak pro zaměstnavatele, tak pro osoby

samostatně výdělečně činné.

Situace v České republice je taková, že samostatnou výdělečnou činnost je možné provozovat ve všech zdravotnických povoláních tudíž i v povolání zdravotní sestry. Osoby samostatně výdělečně činné musí dodržovat dvě hlavní pravidla: především ctít zákon č. 455/1991 Sb. (Zákon o živnostenském podnikání), dále zákon č. 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Živnostenský zákon přesně určuje, jakým způsobem je potřeba vést vlastní podnikatelskou činnost. Oddíl 45 se zabývá metodou samostatné výdělečné činnosti, je v něm uvedeno, že fyzická nebo právnická osoba, která má v úmyslu provozovat své vlastní podnikání, je povinna podat zprávu na Úřad práce. V příslušném formuláři je nutné kromě nezbytných osobních a identifikačních údajů uvést: předmět činnosti, další informace týkající se rozsahu oprávnění k podnikání např. právo na výkon povolání, adresu provozovny zdravotní sestry, v případě cizinců dobu legálního přechodného pobytu na území Čech, dále také akademický nebo vědecký titul. Osoba, která usiluje o samostatnou výdělečnou činnost, je povinna přesně definovat účel své činnosti. Dokumentem, kterým dokazuje sestra právo na výkon povolání, je osvědčení o odborné způsobilosti. Důležitým dokumentem pro úřad práce je také doklad o povolení na pronájem prostor, ve kterých bude poskytována zdravotní péče. Úřad práce předá příslušné údaje finančnímu úřadu, dále příslušnému orgánu sociálního a důchodového zabezpečení a následně všechny nezbytné informace předá na příslušný krajský úřad.

Druhý zákon, který stanovuje podmínky pro vydání osvědčení o odborné způsobilosti, je zákon č. 96/2004 Sb. Popisuje podmínky pro získávání a uznávání kompetencí pro výkon zdravotnických povolání a pro výkon činností souvisejících se zdravím. Zákon se vztahuje také na uznávání kvalifikací pro zdravotnické povolání vykonávané fyzickou osobou, která má v úmyslu vykonávat své povolání v České republice na vlastní účet nebo jako zaměstnanec.

Osoby, které zahájí svou pracovní činnost ve zdravotnickém povolání na území České republiky, musí také předložit výpis z rejstříku trestů. Dokument je platný po dobu 3 měsíců ode dne jeho vydání.

Závěr

Závěrem lze konstatovat, že na základě výše uvedených podmínek ve věci samostatné výdělečné činnosti ve zdravotnickém povolání v Polsku a České republice, existuje mnoho pozitivních aspektů této formy zaměstnání. Zejména jedná-li se o vyšší příjmů, svobodu při rozhodování, možnost pracovat současně u několika zaměstnavatelů, a v neposlední řadě také o profesní naplnění.

V Polsku lze pozorovat větší výhody plynoucí ze samostatné výdělečné činnosti, a sice: daňové odpočty (osoba OSVČ může uplatnit náklady spojené s výkonem svého povolání-dojíždění, náklady na PHM, školení, nákup pracovních nástrojů, náklady na pronájem prostor, odpočty DPH z nákupu zboží a služeb), snížená sazba záloh na sociální zabezpečení, nižší daňové sazby, možnost rovné nebo paušální daně (19% sazba daně z příjmů), zatímco osoby s pracovním poměrem musí platit progresivní daň (sazba daně je 18 % a 32 %). Mezi další výhody patří možnost získání úvěru nebo výhodná dotační politika pro malé a střední podnikatele, svoboda v rozhodování a vytváření výhodnějších podmínek při uzavírání smluv se zaměstnavateli, ochrana osoby OSVČ v souladu s občanským zákoníkem.

Samostatná výdělečná činnost má také své nevýhody, ke kterým patří zejména nemožnost si vzít placenou dovolenou, dále nestabilita zaměstnání a povinnost samostatného vedení účetnictví.

Také pro zaměstnavatele nemusí být spolupráce z osobou OSVČ nejvýhodnější, neboť takový zaměstnanec může spolupracovat s několika zaměstnavateli (různými subjekty). Znamená to ztrátu kontroly nad osobou OSVČ, nemožnost disponovat a nakládat s jeho časem. Kromě toho osoby OSVČ mohou dodržovat obecné podmínky obsažené ve smlouvě o poskytování služeb, přičemž způsob provedení je závislý přímo na nich.

Odkazy/zdroje

1. Daria Labuda, Marta Chorążewicz „Kontrakt/smlouva alternativní řešení zaměstnání zdravotních sester v Polsku”.
2. Serwach M. „Pracovní smlouva nebo kontrakt – výhody a nevýhody. Praktická Medicína, Łódź 2012; s. 120–124.
3. Ksykiewicz-Dorota A. (red.). „Organizační a pracovní základy zdravotní sestry”, Vydavatelství Czelej Lublin 2004; s. 212–218.
4. Nařízení Ministra zdravotnictví ze dne 26. června 2012, ve věci zvláštních podmínek pro provozovny a zařízení zdravotních ordinací.
5. Zákon ze dne 15. dubna 2011 r. o podnikatelské činnosti v oboru zdravotnictví.
6. Zákon č. 455/1991 Sb. Živnostenský zákon.
7. Zákon č. 96/2004 Sb.
8. <https://poradnikprzedsiebiorcy.pl/-jak-zalozyc-gabinet-pielegniarski> [datum přístupu: 09.10.2017, 16:00 hod.]
9. <http://oipiplomzalu.nazwa.pl/oipip/dzialalnosc-krok-po-kroku/> [datum přístupu: 09.10.2017, 15:00 hod.]
10. <http://bipnoipip.nowy-sacz.iap.pl/pl/902/0/indywidualna-praktyka.html> [datum přístupu: 08.10.2017, 14:00 hod.]

Wady i zalety samozatrudnienia - praca na podstawie umowy cywilno-prawnej

Wstęp

Obywatele polscy, którzy zamierzają podjąć pracę na zasadzie samozatrudnienia czynią to na podstawie zasad, które obowiązują wszystkich obywateli Unii Europejskiej. Do przejścia na tzw. „kontrakt” skłania możliwość uzyskania w tej formie zatrudnienia większego dochodu.

Konstytucyjna zasada wolności umożliwia prowadzenie pielęgniarce własnej działalności gospodarczej, daje wybór formy w jakiej będą wykonywać swój zawód. Mogą one świadczyć usługi medyczne na podstawie umowy o pracę w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, a także poza nimi lub na podstawie umowy cywilnoprawnej. Istnieje także możliwość tzw. samozatrudnienia. Pielęgniarka prowadząca własną działalność gospodarczą może wykonywać zawód w ramach indywidualnej, specjalistycznej, a także grupowej praktyki pielęgniarstwa.

W Republice Czeskiej przepisy prawne nie dają możliwości prowadzenia własnej działalności gospodarczej przez pielęgniarkę, co wiąże się również z tym, że nie mogą one także prowadzić własnych zakładów, gdzie świadczyłyby usługi medyczne. Pielęgniarki w tym kraju mogą wyłącznie pracować w szpitalach państwowych lub prywatnych.

Cel pracy

Celem pracy jest omówienie zasad prowadzenia własnej działalności gospodarczej na podstawie umowy cywilnoprawnej w Polsce i w Republice Czeskiej.

Rozwinięcie

Samozatrudnienie jest to sytuacja, w której osoba fizyczna podejmuje działalność gospodarczą prowadzoną na własny rachunek, ponosząc całą związaną z tym odpowiedzialność oraz ryzyko. Jej głównym celem jest działalność zarobkowa. Takie same zasady samozatrudnienia obowiązują wszystkich obywateli Unii Europejskiej.

Osoba, która wykonuje zawód medyczny i planuje prowadzić własną działalność gospodarczą powinna spełniać wymogi tj: posiadać prawo wykonywania zawodu, mieć minimum 2-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu. Nie może mieć wydanej decyzji o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu, nie może mieć ograniczeń w wykonywaniu określonych czynności zawodowych, nie może być pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu, nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu przez łączny okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis. Dodatkowymi wymogami są odpowiednie przepisy prawa, które są zależne od rodzaju i formy planowanej działalności. W przypadku indywidualnej, specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa takim dodatkowym wymogiem jest obowiązek posiadania specjalizacji w konkretnej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa bądź innej dziedzinie ochrony zdrowia. Pielęgniarki, które zamierzają świadczyć usługi w gabinecie stacjonarnym muszą dysponować również pomieszczeniem wyposażonym w aparaturę i sprzęt medyczny, w którym będzie wykonywana praktyka oraz uzyskać wpis do ewidencji działalności gospodarczej.

Praktyka zawodowa pielęgniarki/położnej może być wykonywana w formie jednoosobowej działalności gospodarczej jako: indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej, indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem oraz

indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem.

W celu założenia gabinetu pielęgniarskiego w formie jednoosobowej działalności lub spółki cywilnej należy wypełnić wniosek CEIDG-1 i złożyć go w urzędzie miasta lub gminy. Można tego dokonać: osobiście, elektronicznie, wykorzystując bezpieczny podpis kwalifikowany, elektronicznie bez bezpiecznego podpisu kwalifikowanego - profil zaufany ePUAP, wysyłając list polecony z poświadczonym notarialnie podpisem. Przyszły przedsiębiorca uzyskuje bezpłatny wpis do centralnej ewidencji działalności gospodarczej, jednocześnie wniosek ten jest wnioskiem o wpis do krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej (REGON), zgłoszeniem identyfikacyjnym do naczelnika urzędu skarbowego (NIP), oświadczeniem o wyborze formy opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych, oraz zgłoszeniem płatnika składek do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Kolejnym krokiem jest uzyskanie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Można tego dokonać elektronicznie, w wykorzystaniem bezpiecznego podpisu kwalifikowanego lub elektronicznie bez bezpiecznego podpisu kwalifikowanego (profil zaufany ePUAP). Dokument wysyłany jest do właściwej terytorialnie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Wpis do rejestru dokonywany jest w terminie 30 dni od przesłania wniosku wraz z załącznikiem.

Trzecim krokiem jest wybór formy opodatkowania PIT. Pielęgniarka lub położna ma do wyboru cztery formy opodatkowania: podatek liniowy (korzystny dla samozatrudniającego się, kiedy dochód roczny przewyższa 100.000 zł.), ryczałt (gdzie działalność wykonywana jest jako wolny zawód, usługi świadczy się osobiście, wyłącznie na rzecz osób prywatnych), karta podatkowa (tylko dla wybranych zawodów, w tym pielęgniarka i położna. Jest korzystna ponieważ wysokość podatku jest na stałym poziomie, bez względu na osiągnięty obrót).

Oprócz wypełnienia kwestionariuszy CEIDG-1 i RPWDL osoba zakładająca własną działalność gospodarczą jest zobowiązana do złożenia w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych formularza ZUA zgłoszenia do ubezpieczeń. Dodatkowo podstawą prowadzenia gabinetu pielęgniarskiego jest sprostanie wymogom Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Organ ten ma obowiązek skontrolowania warunków (w tym pomieszczeń i ich wyposażenia), w jakich będą świadczone usługi. W sytuacji spełnienia przez wnioskodawcę wymogów SANEPiD wystawia zaświadczenie umożliwiające wykonywanie świadczeń zdrowotnych w lokalu.

Planując prowadzenie gabinetu pielęgniarskiego lub indywidualnej specjalistycznej praktyki konieczne jest posiadanie ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Jest ona rozumiana, jako odpowiedzialność za szkodę, którą można wyrządzić pacjentowi w trakcie wykonywania czynności zawodowych (przede wszystkim świadczeń zdrowotnych) lub powstałą na skutek niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia tych świadczeń. Prowadzenie gabinetu pielęgniarskiego lub indywidualnej specjalistycznej praktyki podlega kontroli przez Urząd Skarbowy w zakresie poprawności dokonywanych rozliczeń i regulowania zobowiązań na rzecz państwa, ale także przez właściwe Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami prawa.

Osoby wykonujące czynności wizytacyjne, za okazaniem upoważnienia, mają prawo do: żądania informacji i dokumentacji, wstępu do pomieszczeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą, udziału w czynnościach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wglądu do dokumentacji medycznej, żądania ustnych i pisemnych wyjaśnień.

Po przeprowadzeniu czynności wizytacyjnych kontrolujący sporządza tzw. wystąpienie powizytacyjne. Jeżeli zostanie w nim stwierdzone, że postępowanie pielęgniarki jest sprzeczne z zasadami etyki zawodowej lub narusza przepisy dotyczące wykonywania zawodu

pielęgniarki/położnej Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych powiadamia okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

Liczne kontrole oraz szereg wymagań, którym musi sprostać osoba zakładająca własną działalność gospodarczą nie zniechęcają do jej założenia. Obecnie w Polsce prowadzenie własnej działalności jest nieuchronne, a przy właściwej kalkulacji stawki wynagrodzenia za kontrakt, nie musi być krzywdzące. Sytuacja ta spowodowana jest korzyściami płynącymi z samozatrudnienia, zarówno dla pracodawcy jak i samego samozatrudnionego.

Odmienne wygląda sytuacja w Republice Czeskiej, gdzie samozatrudnienie jest możliwe we wszystkich zawodach medycznych z wyjątkiem pielęgniarki. Prowadzący własną działalność gospodarczą muszą przestrzegać dwóch głównych praw: pierwszym jest ustawa nr 455/1991 Coll (ustawo Licencjonowaniu Handlu/ Ustawa o Licencjonowaniu Dystrybucji), drugim ustawa nr 96/2004 Coll.

Ustawa Licencjonowanego Handlu określa w jaki sposób należy prowadzić własną działalność gospodarczą. W sekcji 45 omówiono sposób samozatrudnienia, w którym napisane jest, że osoba fizyczna lub prawna zamierzająca prowadzić własną działalność jest zobowiązana zgłosić się do Urzędu Pracy. W formularzu zgłoszeniowym powinna uwzględnić: obok niezbędnych danych osobowych i identyfikacyjnych: przedmiot działalności, dodatkowe informacje dotyczące zakresu licencji handlowej np. prawo wykonywania zawodu, adres, gdzie pomieszczenia, w którym będzie odbywało się świadczenie usług medycznych, okres legalnego pobytu, jeżeli jest to osoba objęta obowiązkiem posiadania legalnego pobytu w Czechach, oraz tytuł lub stopień naukowy. Osoba dążąca do samozatrudnienia zobowiązana precyzyjnie określi cel swojej działalności. Urząd Pracy przekazuje zyskane, odpowiednie dane do organu podatkowego, do właściwego organu zabezpieczenia społecznego a uzyskane z Urzędu Pracy Republiki Czeskiej przekazuje do właściwego biura regionalnego a ponadto do odpowiedniego zakładu ubezpieczeń zdrowotnych i oddziału informacyjnego znajdującego się w Pradze. Osoba fizyczna jest zobowiązana dołączyć do oświadczenia następujące dokumenty: wyciąg z rejestru karnego lub równoważny dokument wydany przez właściwy organ sądowy lub administracyjny państwa lub państwa członkowskiego. Złożyć należy tzw. indywidualną deklarację nieskazitelnego charakteru spisaną z notariuszem w miejscu ostatniego zamieszkania. Dokumenty te nie mogą być starsze niż 3 miesiące. Omawiane dokumenty mogą zostać zastąpione przez świadectwo kwalifikacji zawodowej, jeżeli potwierdza ono spełnienie warunków integralności. Ponadto: dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe, dokument potwierdzający możliwość korzystania z danego pomieszczenia, w którym ma odbywać się świadczenie usług medycznych, dowód uiszczenia opłaty administracyjnej. Do świadectwa wykształcenia wydanego za granicą należy dołączyć klauzulę walidacji sporządzoną według specjalnego rozporządzenia. Obowiązek przedstawienia dokumentów z tą klauzulą nie stosuje się do dokumentów edukacyjnych wydawanych w Unii Europejskiej Państw Członkowskich lub składanych przez osobę pochodzącą z tego państwa.

Drugi akt prawny określający warunki samozatrudnienia, jakim jest ustawa nr 96/2004 Coll dotyczy warunków nabywania i uznawania kompetencji do prowadzenia zawodów paramedycznych i do wykonywania działalności związanej z ochroną zdrowia (ustawa o zawodach paramedycznych). Opisuje on warunki nabywania i uznawania kompetencji do prowadzenia zawodów paramedycznych oraz do wykonywania działalności związanej z ochroną zdrowia. Omawiana ustawa ma zastosowanie także w sprawie uznawania kwalifikacji do wykonywania zawodu medycznego lub działalności związanej z ochroną zdrowia, wykonywanej przez osobę fizyczną, która zamierza wykonywać swój zawód

w Republice Czeskiej na własny rachunek lub jako pracownik.

Zgodnie z przepisami osoby chcące wykonywać zawód z grupy zawodów wchodzących w skład służby zdrowia musi: mieć kompetencje zawodowe na mocy niniejszej ustawy lub uznane zostają kwalifikacje zawodowe do wykonywania zawodu lekarskiego zgodnie z przepisami VII lub VIII artykułu niniejszej ustawy, jest sprawna fizycznie, jest zobowiązana do udowodnienia swojej zdolności do wykonywania zawodu medycznego, a opinia lekarska w tej sprawie jest wydawana przez rejestrującego świadczącego usługi zdrowotne w dziedzinie ogólnej praktyki medycznej. Osoby, które zostały uznane za zdolne do pracy muszą przed jej rozpoczęciem mieć tzw. decyzję przydatności zdrowotnej, która jest dokumentem obowiązkowym. Kolejnym dokumentem niezbędnym do rozpoczęcia prowadzenia własnej działalności zdrowotnej w Republice Czeskiej jest tzw. dowód integralności. Należy go przedstawić zawsze jeszcze przed rozpoczęciem pracy, a także w każdym innym uzasadnionym przypadku. Jest nim np. wniosek pracodawcy czy służb administracyjnych, które wyraziły zgodę na podjęcie pracy. Osoby rozpoczynające swoją pracę w zawodzie medycznym na terenie Republiki Czeskiej muszą także wykazać się zaświadczeniem z rejestru karnego lub równoważnym dokumentem wydanym przez właściwy organ państwa, z którego pochodzi przyszły pracownik. Dokument jest ważny przez 3 miesiące od daty jego wystawienia.

Podsumowując, na podstawie wyżej wymienionych wymagań dotyczących samozatrudnienia w zawodach medycznych w Polsce i w Republice Czeskiej można zaobserwować dodatnie aspekty tej formy zatrudnienia. Należą do nich: wyższe zarobki, większa swoboda działania, możliwość jednoczesnego zatrudnienia u kilku pracodawców, spełnienie zawodowe.

W Polsce można zaobserwować korzyści podatkowe wynikające z samozatrudnienia, takie jak: odliczenia od podatku (samozatrudniony może uwzględnić jako koszty uzyskania przychodów wydatki związane z: dojazdami, paliwem, szkoleniami, przedmiotami wykorzystywanymi w jego działalności, lokalem, odliczenia podatku VAT od zakupu towarów i usług), niższe stawki podatkowe, prawo do rozliczania się według podatku ryczałtowego lub liniowego (19% stawki podatku dochodowego), podczas gdy osoby związane stosunkiem pracy muszą płacić podatek progresywny (obowiązująca skala podatkowa wynosi 18% i 32%), obniżone składki na ubezpieczenie społeczne. Inne to: możliwość skorzystania z kredytów oraz dotacji przeznaczonych dla małych przedsiębiorstw, swobodne tworzenie warunków odpowiedzialności samozatrudnionego w umowie, możliwość ograniczenia swobody zatrudniającego poprzez ochronę samozatrudnionego przepisami kodeksu cywilnego.

Minusem samozatrudnienia jest brak możliwości korzystania z płatnych urlopów, mniejsza stabilność zatrudnienia oraz konieczność samodzielnego prowadzenia księgowości.

Samozatrudnienie może nie być najkorzystniejszą formą współpracy dla pracodawcy, ponieważ pracownik może podjąć współpracę z kilkoma pracodawcami (różnymi podmiotami). Oznacza to utratę kontroli nad samozatrudnionym, min nad wymiarem czasowym jego pracy czy nad jego dostępnością. Dodatkowo samozatrudniony może przestrzegać ogólnych wytycznych zawartych w umowie o wykonanie usługi, natomiast szczegóły jej wykonania może kształtować samodzielnie.

Piśmiennictwo

1. Daria Labuda, Marta Chorążewicz Kontrakt jako alternatywna forma zatrudnienia pielęgniarek w Polsce.
2. Serwach M. Umowa o pracę czy kontrakt — zalety i wady. *Medycyna Praktyczna*, Łódź 2012; s.120–124.

3. Ksykiewicz-Dorota A. (red.). Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa. Wyd. Czelej Lublin 2004; s. 212–218.
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
5. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Ustawa nr 455/1991 Coll. Ustawa o Licencjonowaniu Handlu (Ustawa o Licencjonowaniu Dystrybucji).
7. Ustawa nr 96/2004 Coll.
8. <https://poradnikprzedsiębiorcy.pl/-jak-zalozyc-gabinet-pielgniarski> [data dostępu: 09.10.2017 g. 16:00]
9. <http://oipiplomzalu.nazwa.pl/oipip/dzialalnosc-krok-po-kroku/> [data dostępu: 09.10.2017 g. 15:00]
10. <http://bipnoipip.nowy-sacz.iap.pl/pl/902/0/indywidualna-praktyka.html> [data dostępu: 08.10.2017 g. 14:00]
- 11.



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Warunki zatrudnienia cudzoziemców w Rzeczpospolitej Polskiej i w Republice Czeskiej

Podmínky zaměstnávání cizinců v Polsku a České republice

Autorzy: Izabela Wróblewska¹, Ewa Szpakowska¹, Anděla Turková²,
Kateřina Vejrostová²

¹*Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze*

²*Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Trutnově*

Warunki zatrudnienia cudzoziemców w Rzeczypospolitej Polskiej i w Republice Czeskiej

Wstęp

Współcześnie coraz więcej osób poszukuje zatrudnienia poza granicami swojego rodzinnego kraju. Zatrudnienie cudzoziemców wiąże się ze spełnieniem pewnych warunków. Zarówno Rzeczpospolita Polska jak i Republika Czeska narzucają warunki, odmienne dla obywateli Unii Europejskiej (UE) oraz dla krajów spoza niej. Od wielu lat analitycy w ochronie zdrowia wskazują na systematycznie rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne we wszystkich krajach Unii Europejskiej.[3] Według statystyk Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) w 2013 r. liczba pielęgniarek w przeliczeniu na 1000 mieszkańców wyniosła w Polsce - 5,3, a w Czechach – 8,0. Średnia dla 27 krajów europejskich wynosi 9,1. Dla porównania liczba ta np. w Niemczech wynosi 13,0, na Litwie - 7,6, a na Węgrzech- 6,4.

W Polsce liczba pielęgniarek obcokrajowców jest znikoma. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) z 2014 r. liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych niebędących obywatelami Polski wynosiła 145 osób. [13] Liczba polskich pielęgniarek, które wyjechały do pracy za granicę, jest znacznie większa. Według danych NIPiP w latach 2004–2015 wydano 10 881 zaświadczeń na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych, wymaganych przez państwa członków UE od pielęgniarek chcących podjąć na ich terenie pracę. Wg Ministerstwa Zdrowia od 2004 do 2014 r. 3380 polskim pielęgniarkom uznano kwalifikacje w innych krajach UE, a wobec 931 była prowadzona procedura uznania.

Liczba pielęgniarek w Polsce oraz w Czechach wskazuje na występowanie deficytu pracowników, dlatego oba kraje korzystają z możliwości pozyskiwania pracowników z innych krajów UE oraz spoza niej.[12]

Cel pracy

Porównanie zatrudnienia w zawodzie pielęgniarki obcokrajowców w Polsce i w Czechach, z podziałem na obywateli pochodzących z państw Unii Europejskiej oraz spoza niej.

Ogólne zasady zatrudnienia cudzoziemców w Polsce

Przy zatrudnianiu obcokrajowców Rzeczpospolita Polska i Republika Czeska narzucają warunki, odmienne dla obywateli z Unii Europejskiej (UE) oraz z krajów nie wchodzących w jej skład.

Zatrudnianie członka UE w Polsce reguluje art. 21 i 45 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej (TFUE), wg którego każdy obywatel UE ma prawo do swobodnego przebywania na terytorium państw członkowskich, z zastrzeżeniem warunków ustanowionych prawem Unii. Jednym z podstawowych fundamentów tzw. rynku wewnętrznego jest także, obok swobody przepływu towarów i kapitału oraz swobody świadczenia usług, swobodny przepływ pracowników. Zgodnie z art. 45 TFUE przepływ ten opiera się na równym traktowaniu obywateli państw UE w zakresie wynagrodzenia oraz innych warunków pracy i zatrudnienia [8]. Oznacza to, że w Polsce zatrudnienie cudzoziemca wiąże się z przyznaniem mu takich samych praw dotyczących zatrudniania, jak obywatelowi danego kraju. Przepisy prawa o swobodnym przepływie pracowników upoważniają taką osobę do poszukiwania i podejmowania pracy w innym państwie członkowskim bez konieczności uzyskania pozwolenia na pracę, zamieszkania w innym państwie członkowskim ze względu na pracę, pozostania w tym państwie nawet po zakończeniu stosunku pracy, o ile spełnione są warunki określone prawem UE oraz traktowania na równi z obywatelami danego państwa członkowskiego w zakresie dostępu do zatrudnienia, warunków pracy oraz przywilejów

socjalnych i podatkowych.[22] Członek państw UE musi jedynie pamiętać o rejestracji pobytu w odpowiednim urzędzie wojewódzkim jeśli zamierza przebywać w Polsce ponad 3 miesiące.

Legalne zatrudnienie cudzoziemca spoza UE jest bardziej skomplikowane, ponieważ wymaga się ważnego zezwolenia osiedlenia. W Polsce dokumentem uprawniającym do osiedlenia może być ważna wiza krajowa, wiza Schengen lub inne. Zainteresowanym wydaje się kartę pobytu, która potwierdza tożsamość cudzoziemca podczas jego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Cudzoziemcowi wraz z dokumentem podróży, nadaje się uprawnienia do wielokrotnego przekraczania granicy bez konieczności uzyskania wizy.[2] Kolejnym wymaganym od cudzoziemca dokumentem będzie zezwolenie na pracę.

Zasady zatrudniania pielęgniarek w Polsce i w Czechach

Zatrudnienie w Polsce pielęgniarek z UE reguluje ustawa zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039). Zgodnie z art. 29.1 tej ustawy prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie Polski przysługuje obywatelom UE, jeżeli spełnią oni warunki zawarte w tym artykule. Osoby takie muszą posiadać: jeden z tytułów wymienionych w załączniku nr 1 do ustawy[15], dyplom potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną, zaświadczenie, że dyplom jest zgodny z wymaganiami zawartymi w przepisach prawa UE, pełną zdolność do czynności prawnych, zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu pielęgniarki, zaświadczenie o posiadaniu praw wykonywania zawodu, oświadczenie władania językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu, nienaganną postawę etyczną.[10]

Z kolei o zatrudnianiu obcokrajowców z UE w Czechach mówi ustawa o warunkach nabywania i uznawania kompetencji do prowadzenia zawodów paramedycznych i działań związanych z zapewnieniem opieki zdrowotnej (ustawa o zawodach paramedycznych - Ustawa nr. 96/2004). Zgodnie z ustawą prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie Republiki Czeskiej przysługuje obywatelom UE, jeżeli spełnią określone warunki. Muszą posiadać: dokument, który ma formalną zgodność kwalifikacji certyfikującej z minimalnymi wymaganiami, zgodnie z obowiązującym prawem UE, zaświadczenie wydane przez właściwy organ państwa członkowskiego stwierdzające, że wyżej wymieniony dokument obejmuje odpowiednie normy kwalifikacji zawodowych zgodnie z obowiązującym prawem UE, kondycję zdrowotną, niezbędną do wykonywania zawodu pielęgniarki, nienaganność, wzorową opinię, znajomość języka czeskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki.[14]

Podobne wymagania jak w Czechach stawia się w Polsce osobom będącym obywatelami krajów spoza UE, a chcącymi zatrudnić się w zawodzie pielęgniarki. Decydującym dokumentem w tej kwestii jest ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, wg której obywatelowi nienależącemu do państw UE przysługuje prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie Polski, z zastrzeżeniem posiadania następujących dokumentów: zezwolenie na stały pobyt na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, oświadczenie, o posługiwaniu się językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie odpowiednim do wykonywania zawodu pielęgniarki, zaświadczenie o posiadaniu praw wykonywania zawodu na podstawie przepisów obowiązujących w państwie, w którym dotychczas wykonywany był zawód, dokument potwierdzający posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki, który jest uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia takiej szkoły, pod warunkiem, że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa UE. Ponadto pełną

powinni posiadać zdolność do czynności prawnych, stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu, nienaganną opinię oraz odbyć 6-miesięczny staż adaptacyjny we wskazanym podmiocie leczniczym.[10]

Z kolei w Czechach zasady zatrudniania obywateli spoza UE w zawodzie pielęgniarki dyktuje Ustawa nr. 96/2004. Zgodnie z ustawą, prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na terenie Republiki Czeskiej przysługuje obywatelowi państwa członkowskiego UE, jeżeli spełnione zostaną warunki zawarte w tej ustawie. Osoba taka musi posiadać: dokument potwierdzający pozwolenie na długotrwały pobyt na terenie kraju, dokument, dowodzący minimalne wymagania zgodne z obowiązującym prawem Unii Europejskiej, zaświadczenie wydane przez właściwy organ państwa członkowskiego stwierdzające, że wyżej wymieniony dokument obejmuje odpowiednie normy kwalifikacji zawodowych, kondycję zdrowotną, niezbędną do wykonywania zawodu pielęgniarki, wzorową opinię, znajomość języka czeskiego w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki.[14]

Porównanie zasad zatrudniania cudzoziemców w Polsce i w Czechach

Osoba chcąca pracować jako pielęgniarka w Polsce lub w Czechach musi spełnić zasady podyktowane przez ustawy kraju, w którym ubiega się o pracę. Zasady te różnią się w zależności od tego, czy kandydat jest czy też nie obywatelem UE. W obu krajach osoby będące obywatelami UE, na podstawie przepisów TFUE, mają ułatwioną sytuację. Oznacza to, że nie wymaga się od nich pozwolenia na pobyt. W przypadku obywateli krajów trzecich, warunek dotyczy legalnego przebywania na terenie Polski czy Czech.

Według polskiej ustawy regulującej zatrudnienie w Polsce, osoba będąca ubiegającą się o wykonywanie zawodu pielęgniarki na terenie kraju musi posiadać jeden z tytułów wymienionych w załączniku nr 1 do ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej.[15] Przykład: tytuł pielęgniarski, który można uzyskać po ukończonej edukacji w Republice Federalnej Niemiec brzmi: „Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger” („Opiekunka zdrowotna/Pielęgniarka, Opiekun Zdrowotny/Pielęgniarcz”), natomiast tytuł jaki noszą pielęgniarki po ukończeniu edukacji w Królestwie Norwegii to: „Sykepleier” („Pielęgniarka/Pielęgniarcz”), a w Republice Czeskiej: „Všeobecná sestra/Všeobecný ošetrovatel” („Ogólna siostra/Ogólny opiekun”). Według polskiego prawa osoby z takimi tytułami mogą ubiegać się o pracę pielęgniarki w Polsce. Z kolei w czeskim prawie nie wspomina się o wymaganiu tytułów pielęgniarskich, jednak wymaga się posiadania dyplomu pielęgniarskiego zgodnego z wymogami UE. Dyplom potwierdza posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki. Warunek ten dotyczy każdego cudzoziemca, zarówno obywateli państw UE, jak i obywateli państw trzecich. Osoba taka musi posiadać uzyskane w innym państwie świadectwo uznane w Polsce za równorzędne, które także będzie zgodne, jak w przypadku dyplomów członków UE, z odrębnymi przepisami Unii. W Czechach posiadanie dyplomu pielęgniarskiego reguluje Ustawy o zawodach paramedycznych dla krajów UE i krajów spoza niej.

Oprócz przepisów narzuconych przez UE zarówno w Polsce jak i w Czechach istnieją odrębne przepisy dotyczące uznawania dyplomów. W Polsce jest to obwieszczenie Ministra Zdrowia z 2007 r. w sprawie wykazu dyplomów, świadectw i innych dokumentów potwierdzających posiadanie formalnych kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej [1], w którym określono daty rozpoczęcia kształcenia, od których zależne jest uznawanie dyplomów z konkretnych krajów. W Czechach podstawą prawną uznającą kwalifikacje zawodowe jest ustawa nr. 561/2004 Sb. oraz Ustawa o Edukacji i jej dekret wykonawczy nr. 12/2005 Sb. [17] Ustawy te są podstawami prawnymi do nostryfikowania dyplomów pielęgniarskich dla osób spoza UE.

W Polsce i w Czechach dyplomy obywateli krajów członkowskich UE nostryfikowane są zgodnie z Dyrektywą 2005/36/WE, na drodze tzw. automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych. Zasady te zostały uregulowane w odrębnych przepisach: w polskiej Ustawie z o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz. 1039) oraz w czeskiej ustawie nr. 96/2004 [18]. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku osób będących obywatelami krajów trzecich. W tym przypadku nostryfikacja dyplomu nie odbywa się na zasadzie automatycznej. Najczęściej jest to długotrwały, wnikliwie analizowany proces, wiążący się z odbywaniem dodatkowych staży oraz egzaminów pozwalających wyrównanie różnic programowych wynikających z różnorodnego kształcenia w różnych krajach. W Polsce w zależności od rodzaju szkoły ukończonej przez kandydata z państw trzecich rozpatruje się dyplomy ukończenia szkół wyższych oraz świadectwo ukończenia szkoły średniej [2,6]. Podobnie nostryfikacja dyplomu osoby z państw trzecich wygląda w Czechach. Dokumentem normalizującym jest w tym kraju art. 89 i art. 90 ustawy nr. 111/1998 Sb.[17] Należy zaznaczyć, że Ministerstwo Zdrowia Republiki Czeskiej nie może narzucić kandydatowi obowiązku wyrównania różnic programowych. Nie wyrównanie różnic skutkuje zatrudnieniem na stanowisku pielęgniarki asystentki, której zakres wykonywanych obowiązków jest mniejszy. Możliwość taka wynika z obecności w tym kraju różnych podtypów zawodów. W Polsce taki podział pielęgniarek nie występuje, co wymusza wyrównanie różnic programowych u kandydata.

Kolejnym warunkiem, po posiadaniu dyplomu i uzyskaniu zaświadczenia jest pełna zdolność do czynności prawnych, która jest wymagana w obu omawianych krajach. [19, 21]

Warunkiem jaki musi spełnić każdy kandydat ubiegający się o pracę pielęgniarki zarówno w Polsce jak i w Czechach jest posiadanie prawa wykonywania zawodu.[2] W obu krajach przepisy regulują wymóg odpowiedniej kondycji zdrowotnej kandydata niezbędnej do wykonywania zawodu pielęgniarki. potwierdzony aktualnym zaświadczeniem lekarskim. Następnym wymogiem stawianym osobom starającym się o pracę pielęgniarki w Polsce lub Czechach jest dobra znajomość języka kraju, w którym stara się o pracę. Jest to szczególnie istotny wymóg ze względu na specyfikę omawianego zawodu, w którym podstawą działania jest dobra komunikacja z pacjentem oraz pozostałym personelem, co zwiększa bezpieczeństwo pracy. W Polsce nie ma odrębnych przepisów wykonawczych w tym zakresie, dlatego znajomość języka polskiego można udowodnić w różny sposób. W Czechach kandydat chcący pracować w tym kraju jest zobowiązany zdać egzamin z języka czeskiego, organizowany przez czeskie Ministerstwo Zdrowia. Zarówno w Polsce jak i w Czechach kładzie się duży nacisk na wzorową opinie kandydata.

Dla utrzymania wysokiego poziomu zawodu w Polsce na cudzoziemca spoza krajów UE nakłada się dodatkowo obowiązek odbycia 6-miesięcznego stażu adaptacyjnego. Kandydat odbywa go we wskazanym podmiocie leczniczym.[5,7] Czeskie prawo nie wymaga od cudzoziemców z krajów trzecich odbycia jakiegokolwiek dodatkowego stażu.

Piśmiennictwo

1. Europejskie Porozumienie o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym i Konfederacji Szwajcarskiej (M.P. z 2007 r. Nr 45, poz. 536).
2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych: Przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej niebędącej obywatelem jednego z państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Przewodnik, s. 4, 6-7.
3. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych: Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020, 2010r., Warszawa, str. 7.

4. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych: Zasady automatycznego uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej. Przewodnik, s. 5.
5. Rozporządzenie Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy. Dz. U. z 2016 r. poz. 2185.
6. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 sierpnia 2015 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą oraz w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów wyższych na określonym poziomie kształcenia, art. 2-15.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie stażu adaptacyjnego i testu umiejętności w toku postępowania o uznanie kwalifikacji do wykonywania medycznych zawodów regulowanych (Dz. U. z dnia 26 lutego 2009 r.) art. 5-20.
8. Traktat o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej. art. 21, art.45.
9. Ustawa z dnia 14 lipca 2006 r. o wjeździe na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, pobycie oraz wyjeździe z tego terytorium obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej i członków ich rodzin (Dz.U. 2006 Nr 144 poz. 1043), art. 1.
10. Ustawa z dnia 15 lipca 2011r o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. 2011 Nr 174 poz.1039, art. 3, art. 29, art.35.
11. Ustawa z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz.U. 1999 Nr 90 poz. 999).
12. Wojciech Stefan Zgliczyński, Kadry medyczne w Polsce, 2016, nr 6 (210): str. 3-4.
13. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, 2015.
14. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) - Zákon č. 96/2004 Sb, art. 77 – 83.
15. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej; Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039; Załącznik nr 1 - Wykaz tytułów pielęgniarek.
16. <http://krainaoza.org/strona/co-to-jest-zatrudnienie> [data dostępu:27.06.2017]
17. <http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/uznavani-vzdelani> [data dostępu: 27.06.2017]
18. <http://www.nauka.gov.pl/uznawanie-kwalifikacji-zawodowych/uznawanie-kwalifikacji-zawodowych,archiwum,1.html> [data dostępu: 27.06.2017]
19. <http://www.oipip.ostroleka.pl/prawo-do-wykonywania-zawodu.html>, [data dostępu: 27.06.2017]
20. <https://poradnik.wfirma.pl/-czy-wiesz-jak-zatrudnic-cudzoziemca-w-polsce> [data dostępu:27.06.2017].
21. <http://www.prace.cz/poradna/aktuality/detail/article/jak-si-zaridit-vypis-z-rejstriku-trestu/> [data dostępu: 27.06.2017].
22. http://wupwarszawa.praca.gov.pl/dla-pracodawcow-i-przedsiębiorców/zatrudnianie-cudzoziemców/zatrudnianie-obywateli-panstw-ue-eog-i-szwajcarii-unijne-posrednictwo-pracy-eures/-/asset_publisher/rvqJ9Q8SXgHs/content/36950-zatrudnianie-obywateli-

panstw-ue-eog-i-szwajcarii-%E2%80%93-unijne-posrednictwo-pracy-
eures/10240/pop_up?_101_INSTANCE_rvqJ9Q8SXgHs_viewMode=print [data dostępu:
28.06.2-17].

Podmínky zaměstnávání cizinců v Polsku a České republice

Úvod

V současné době hledá stále více lidí zaměstnání mimo domovskou zemi. Zaměstnávání cizinců je spojeno s plněním určitých podmínek. Polská i Česká republika mají odlišné podmínky pro zaměstnávání občanů Evropské unie (EU) a pro občany států mimo Evropskou unii. Již řadu let zaznamenávají analytici ve zdravotnictví rostoucí poptávku po zdravotnických službách ve všech zemích Evropské unie [3]. Podle statistik Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) činil v Polsku v roce 2013 počet sester na 1000 obyvatel 5,3 a v České republice 8 zdravotních sester na 1000 obyvatel. Průměrem v 27 evropských zemích je to 9,1 zdravotních sester na 1000 obyvatel. Pro srovnání např. v Německu je to 13 sester na 1000 obyvatel, v Litvě 7,6 a v Maďarsku 6,4.

V Polsku je počet zahraničních zdravotních sester zanedbatelný. Podle údajů Nejvyšší komise zdravotních sester a porodních asistentek (NIPiP) z roku 2014 činil počet registrovaných zdravotních sester a porodních asistentek, které nebyly polskými občany, 145 osob. [13] Naproti tomu počet polských zdravotních sester zaměstnaných v zahraničí je mnohem vyšší. Podle údajů NIPiP bylo v letech 2004 - 2015 vydáno 10881 certifikátů pro potřeby uznání odborných kvalifikací požadovaných členskými státy EU od zdravotních sester, které chtějí pracovat ve svém oboru. Podle Ministerstva zdravotnictví v období od roku 2004 do roku 2014 získalo uznání odborné kvalifikace 3380 polských zdravotních sester v dalších zemích EU a 931 žádostí bylo v řízení.

Počet zdravotních sester v Polsku a v České republice naznačuje nedostatek zaměstnanců, a proto obě země těží z možností získat zaměstnance z jiných zemí EU i mimo EU [12].

Cíl práce

Cílem práce je srovnání zaměstnanosti cizinců v oboru zdravotní sestra v Polsku a v České republice, s rozdělením na občany členských zemí EU a občany mimo EU.

Obečné podmínky pro zaměstnání cizinců v Polské republice

Pro zaměstnání cizinců v Polsku a České republice platí jiné podmínky pro občany členských států Evropské unie a jiné pro občany států, které nejsou součástí Evropské unie.

Zaměstnání člena EU v Polsku upravuje čl. 21 a 45 Smlouvy o fungování Evropské unie (SFEU), podle kterého má každý občan EU právo pobývat na území členských států za podmínek stanovených právními předpisy Unie. Základním pravidlem pro vnitřní evropský trh kromě tzv. volného pohybu zboží, kapitálu a poskytování služeb, je volný pohyb pracovníků. Podle čl. 45 Smlouvy o fungování EU je tento volný pohyb založen na rovném zacházení s občany EU v oblasti odměňování, pracovních podmínek a zaměstnání.[8]. To znamená, že v Polsku cizinec - zaměstnanec musí mít stejná práva pro zaměstnání jako občan dané země. Zákon o volném pohybu pracovníků opravňuje občana EU k ucházení se o pracovní místo v jiném členském státě EU, aniž by musel získat pracovní povolení, nebo mít bydliště v jiném členském státě z pracovních důvodů, takový občan může také zůstat v dané zemi po ukončení pracovního poměru, pokud jsou splněny podmínky vymezené zákony EU, a má právo na stejné zacházení jako se státními příslušníky členského státu, pokud jde o přístup k zaměstnání, pracovní podmínky a sociální a daňové výhody. [22] Občan členského státu EU však musí pamatovat na to, aby byl řádně registrován na příslušném krajském úřadu, pokud má v úmyslu zůstat v Polsku po dobu delší než 3 měsíce.

Mnohem více komplikovanější je záležitost spojená s legálním zaměstnáním občanů států mimo EU, u kterých je nezbytné povolení k pobytu. V Polsku je dokladem opravňujícím k pobytu platné vízum vydané polským oprávněným orgánem nebo tzv. Schengenské vízum nebo jiné. Následně žadatel obdrží pobytovou kartu, která potvrzuje totožnost cizince během jeho pobytu na území Polské republiky. Cizinec má na základě uvedeného cestovního dokladu (pobytové karty) nárok na vícenásobné překračování hranic, aniž by musel získat vízum. [2] Dalším dokumentem, který je pro cizince nezbytný, je pracovní povolení.

Pravidla pro zaměstnání zdravotních sester v Polsku a v České republice

Zaměstnávání zdravotních sester z EU v Polsku upravuje zákon o povolání zdravotní sestry a porodní asistentky (Sb. zák. č. 175/1039). Podle čl. 29.1 tohoto zákona mají občané EU právo vykonávat povolání zdravotní sestry v Polsku, pokud splňují podmínky uvedené v tomto článku. Tyto osoby musí mít alespoň jeden z titulů uvedených v příloze č. 1 zákona [15], diplom potvrzující formální kvalifikaci k výkonu povolání zdravotní sestry v oboru všeobecné péče, potvrzení, že diplom splňuje požadavky zákona EU, právní způsobilost, lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti k výkonu povolání zdravotní sestry, osvědčení o odborné způsobilosti, prohlášení o znalosti polského jazyka slovem a písmem v rozsahu nezbytném k výkonu povolání, etickou bezúhonnost [10].

Naproti tomu zaměstnávání cizinců z EU v České republice je zakotveno v zákoně o podmínkách získávání a uznávání kompetencí k výkonu nelékařských povolání a činnostech souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských povoláních - zákon č. 96/2004). V souladu se zákonem mají právo na výkon povolání zdravotní sestry v České republice občané EU, pokud splní požadované podmínky. Tyto občané EU musí předložit doklad o odborné kvalifikaci, certifikační kvalifikace s minimálními požadavky, osvědčení vydané příslušným orgánem členského státu, ve kterém je uvedeno, že výše uvedený dokument zahrnuje příslušné normy odborné kvalifikace v souladu s platnými právními předpisy EU, zdravotní způsobilost pro výkon povolání zdravotní sestry, bezúhonnost, bezúhonné pracovní reference, znalost českého jazyka v rozsahu nezbytném k výkonu povolání zdravotní sestry [14].

Podobné požadavky jako v České republice platí v Polsku pro lidi, kteří jsou občany zemí mimo EU, a chtějí vykonávat povolání zdravotní sestry. Rozhodující dokument v tomto ohledu je zákon ze dne 15. července 2011 ve věci výkonu povolání zdravotní sestry a porodní asistentky, podle kterého občané zemí mimo EU mají právo k výkonu povolání zdravotní sestry na území Polské republiky, pokud předloží následující doklady: povolení k trvalému pobytu na území Polské republiky, prohlášení o znalosti polského jazyka slovem a písmem v rozsahu nezbytném pro výkon povolání zdravotní sestry, potvrzení odborné způsobilosti pro výkon tohoto povolání platné v zemi, ve které dosud toto povolání vykonával, doklad o dosaženém vzdělání nezbytném pro výkon povolání zdravotní sestry, který je v Polsku rovnocenný s osvědčením o ukončení takové školy za předpokladu, že splňuje minimální vzdělávací požadavky stanovené v právních předpisech EU. Kromě toho by měli žadatelé mít plnou způsobilost k právním úkonům, dobrý zdravotní stav, bezúhonné reference a musí projít šestiměsíční adaptační praxí v určeném léčebném zařízení.

Oproti tomu jsou v České republice pravidla zaměstnávání občanů mimo EU na pracovní pozici zdravotní sestry dána zákonem č. 96/2004. Podle zákona má právo vykonávat povolání zdravotní sestry v České republice občan nečlenského státu EU, pokud splní podmínky obsažené v tomto zákoně. Taková osoba musí mít: doklad potvrzující povolení k dlouhodobému pobytu v zemi, doklad o minimálních požadavcích na vzdělání v souladu s platnými právními předpisy Evropské unie, osvědčení vydané příslušným orgánem

členského státu, ve kterém je uvedeno, že výše uvedený dokument obsahuje příslušné normy odborné kvalifikace, dobrý zdravotní stav umožňující výkon povolání zdravotní sestry, pracovní bezúhonnost, znalost českého jazyka v rozsahu nezbytném pro výkon povolání zdravotní sestry. [14]

Srovnání podmínek pro zaměstnávání cizinců v Polsku a v České republice

Osoba, která chce vykonávat povolání zdravotní sestry v Polsku nebo v České republice, musí dodržovat pravidla diktovaná zákony země, v níž se uchází o zaměstnání. Tato pravidla se liší v závislosti na tom, zda uchazečem je občan členského státu EU či nikoli. V obou zemích mají občané členských států EU v rámci ustanovení SFEU snadnější situaci. To znamená, že nemusí mít povolení k pobytu. V případě státních příslušníků třetích zemí, musí takový uchazeč získat povolení k legálnímu pobytu na území Polska nebo České republiky.

Podle polského zákona upravujícího zaměstnanost v Polsku musí být uchazeč o pracovní pozici zdravotní sestry v dané zemi držitelem alespoň jednoho titulu z uvedených v příloze č.1 zákona ze dne 15. července 2011 ve věci výkonu povolání zdravotní sestry a porodní asistentky. [15] Zde je příklad: titul zdravotní sestry, který v Německu lze získat po ukončení příslušného vzdělání zní: „Gesundheits- und Krankenpflegerin/Gesundheits- und Krankenpfleger“ („Zdravotní ošetřovatelka/zdravotní sestra/zdravotní bratr/ošetřovatel“), zatímco titul, který obdrží zdravotní sestry po ukončení příslušného vzdělání v Norském království zní: „Sykepleier“ („Zdravotní sestra/zdravotní bratr“), a v České republice jedná se o titul: „Všeobecná sestra/Všeobecný ošetřovatel“ („Ogólna siostra/Ogólny opiekun“).

Podle polského práva se mohou držitelé uvedených titulů ucházet o pracovní místo na pozici zdravotní sestry v Polsku. Naproti tomu český zákon nezmiňuje tento požadavek na držení titulů, nicméně vyžaduje diplom zdravotní sestry v souladu s požadavky EU. Tento diplom potvrzuje, že držitel má formální vzdělání v oboru zdravotní sestry. Tato podmínka platí pro všechny cizince, občany zemí EU i státní příslušníky třetích zemí. Takový uchazeč musí získat osvědčení v jiné zemi, které v Polsku bude uznáno za rovnocenné a shodné, stejně jako v případě diplomů členských států EU, dle zvláštních předpisů Unie. V České republice získání diplomu zdravotní sestry upravuje zákon o nelékařských zdravotnických povoláních pro země EU i mimo ni.

Kromě předpisů, které ukládá EU jak v Polsku, tak i v České republice, existují zvláštní ustanovení týkající se uznávání diplomů. V Polsku se jedná o oznámení ministra zdravotnictví z roku 2007 ve věci seznamu diplomů, osvědčení a jiných dokladů potvrzujících formální kvalifikaci pro výkon povolání zdravotní sestry a porodní asistentky [1], v nichž jsou určeny datумы zahájení vzdělání, která jsou rozhodující pro uznávání diplomů z konkrétních zemí. V České republice je právním základem pro uznávání odborných kvalifikací zákon č. 561/2004 Sb. a školský zákon a jeho vyhláška č. 12/2005 Sb. [17] Tyto zákony jsou právním základem pro nostrifikaci ošetřovatelských diplomů pro osoby ze zemí mimo EU.

V Polsku a České republice jsou diplomy občanů členských států EU uznány v souladu se směrnicí 2005/36/ES cestou tzv. automatického uznávání odborných kvalifikací. Tato pravidla jsou upravena v samostatných ustanoveních: v polském zákoně o výkonu povolání zdravotní sestry a porodní asistentky (věstník zákonů č. 174, bod 1039) a v českém zákoně č. 96/2004 [18]. Zcela odlišná je situace pro občany třetích zemí. V tomto případě se nostrifikace diplomu nekoná automaticky. Nejčastěji se jedná o dlouhodobě a pečlivě analyzovaný proces spojený s výkonem další praxe a skládáním zkoušek, které umožní vyrovnat rozdíly vyplývající z různých vzdělávacích programů v jiných zemích. V Polsku jsou v závislosti na druhu ukončené školy v případě uchazeče mimo EU zkoumány diplomy o ukončení vyššího vzdělání a maturitní vysvědčení [2.6]. V tomto ohledu je situace v České republice obdobná.

Normalizačním dokumentem v ČR jsou články 89 a 90 zákona č. 111/1998 Sb. [17] Zde je třeba zdůraznit, že Ministerstvo zdravotnictví České republiky nemůže uložit uchazeči povinnost vyrovnat programové rozdíly. Důsledkem toho je zaměstnávání zdravotní sestry na pozici zdravotní asistentky, jejíž pracovní působnost je omezená. Taková situace vzniká z důvodů existence různých kategorií/podtypů tohoto povolání v této zemi. V Polsku k takovému rozlišování povolání zdravotních sestry nedochází, proto je uchazeč nucen vyrovnat programové rozdíly v rámci zkoušek a další praxe.

Další podmínkou, kromě diplomu a osvědčení, je získání způsobilosti k právním úkonům, která je požadována v obou zmíněných zemích. [19, 21]

Podmínkou, již musí splnit každý uchazeč, který se uchází o zaměstnání v Polsku a v České republice, je odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotní sestry. [2] V obou zemích upravují předpisy požadavek na dobrý zdravotní stav uchazeče, který je nutný k výkonu povolání zdravotní sestry, doložený platným lékařským potvrzením. Dalším požadavkem pro uchazeče o zaměstnání na pozici zdravotní sestry v Polsku nebo v České republice je dobrá znalost jazyka země, ve které se o zaměstnání uchází. Jedná se o obzvláště důležitý požadavek s ohledem na specifickou tuto profesí, kde základem je komunikace s pacienty a ostatním zdravotnickým personálem, co samozřejmě ovlivňuje bezpečnost práce. V Polsku neexistují žádné zvláštní prováděcí předpisy, a proto je možné prokázat znalost polského jazyka různými způsoby. V České republice je uchazeč, který chce pracovat v této zemi, povinen absolvovat zkoušku ze znalosti jazyka českého, kterou pořádá Ministerstvo zdravotnictví ČR. V Polsku i v České republice je kladen velký důraz na etickou bezúhonnost uchazeče.

V zájmu zachování vysoké úrovně tohoto povolání v Polsku je uchazeč ze zemí mimo EU povinen absolvovat šestiměsíční adaptační praxi v určeném léčebném zařízení. [5,7]. Český zákon nevyžaduje, aby cizinci ze třetích zemí absolvovali jakoukoli další praxi.

Odkazy/zdroje

1. Evropská dohoda o volném pohybu zboží (EFTA) – smlouva o Evropském hospodářském prostoru a Švýcarské konfederace (M.P. z 2007 r. č. 45/ 536).
2. Nejvyšší komora zdravotních sester a porodních asistentek: udělení práva k výkonu povolání zdravotní sestry nebo porodní asistentky, která není občanem jednoho z členských států Evropské unie, který má v úmyslu vykonávat praxi na území Polské republiky. str. 4, 6-7.
3. Nejvyšší komora zdravotních sester a porodních asistentek: Úvodní hodnocení lidských zdrojů v oboru zdravotní sestra a porodní asistentka v Polsku, do roku 2020, 2010 r., Warszawa, str. 7.
4. Nejvyšší komora zdravotních sester a porodních asistentek: Podmínky pro automatické uznávání odborných kvalifikací zdravotních sester a porodních asistentek – občanů členských států EU. Průvodce, str. 5.
5. Nařízení Ministra rodiny, práce a sociální politiky ze dne 16. prosince 2016 o adaptačním období a zkouškách dovedností v průběhu řízení o uznávání kvalifikací pro výkon regulovaných povolání v oblasti bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Sb.zák. 20185/2016.
6. Nařízení Ministra vědy a vysokého školství ze dne 19. srpna 2015 o nostrifikaci diplomů vysokoškolského vzdělání získaných v zahraničí a potvrzení ukončení vysokoškolského vzdělávání na daném stupni vzdělání, čl. 2-15.

7. Vyhláška Ministra zdravotnictví ze dne 16. února 2009 o adaptačním období a zkoušce způsobilosti v průběhu řízení o uznání způsobilosti k výkonu regulovaných zdravotnických povolání (Úřední věstník ze dne 26. února 2009) čl. 5-20.
8. Úmluva o fungování Evropské unie. čl. 21, čl. 45.
9. Zákon ze dne 14. července 2006 o vstupu na území Polské republiky, pobytu a odjezdu z tohoto území občanů členských států Evropské unie a jejich rodinných příslušníků (věstník 2006 č. 144, bod 1043), čl. 1.
10. Zákon ze dne 15. července 2011 o výkonu povolání zdravotní sestry a porodní asistentky – Sb. zák. č. 174/1039/2011 čl. 3, 29 a čl. 35.
11. Zákon ze dne 7. října 1999 r. ve věci znalosti jazyka polského (Sb. zák. č. 90/999/1999).
12. Wojciech Stefan Zgliczyński, Zdravotní personál v Polsku, 2016, č. 6 (210): str. 3-4.
13. Zajištění polské společnosti poskytování služeb zdravotních sester a porodních asistentek, Nejvyšší komora zdravotních sester a porodních asistentek, Varšava, 2015.
14. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) - Zákon č. 96/2004 Sb, str. 77 – 83.
15. Zákon ze dne 15. července 2011 o výkonu povolání zdravotní sestry a porodní asistentky; Sb.zák. č. 174/1039/2011; Příloha č.1 – Seznam titulů pro zdravotní sestry.
16. <http://krainaoza.org/strona/co-to-jest-zatrudnienie> [datum přístupu: 27.06.2017]
17. <http://www.msmt.cz/mezinarodni-vztahy/uznavani-vzdelani> [datum přístupu: 27.06.2017]
18. <http://www.nauka.gov.pl/uznawanie-kwalifikacji-zawodowych/uznawanie-kwalifikacji-zawodowych,archiwum,1.html> [datum přístupu: 27.06.2017]
19. <http://www.oipip.ostroleka.pl/prawo-do-wykonywania-zawodu.html>, [datum přístupu: 27.06.2017]
20. <https://poradnik.wfirma.pl/-czy-wiesz-jak-zatrudnic-cudzoziemca-w-polsce> [datum přístupu: 27.06.2017].
21. <http://www.prace.cz/poradna/aktuality/detail/article/jak-si-zaridit-vypis-z-rejstriku-trestu/> [datum přístupu: 27.06.2017].
22. http://wupwarszawa.praca.gov.pl/dla-pracodawcow-i-przedsiębiorców/zatrudnianie-cudzoziemców/zatrudnianie-obywateli-panstw-ue-eog-i-szwajcarii-unijne-posrednictwo-pracy-eures/-/asset_publisher/rvqJ9Q8SXgHs/content/36950-zatrudnianie-obywateli-panstw-ue-eog-i-szwajcarii-%E2%80%93-unijne-posrednictwo-pracy-eures/10240/pop_up?_101_INSTANCE_rvqJ9Q8SXgHs_viewMode=print [datum přístupu: 28.06.2-17].



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Możliwości samodoskonalenia pielęgniarek na rynku krajowym Možnosti samovzdělávání zdravotních sester v tuzemsku

Autorzy: Izabela Wróblewska¹, Olimpia Dehmel¹, Karolina Wachel¹,
Nikol Saková², Petra Tošovská²

¹*Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze*

²*Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Trutnově*

Możliwości samodoskonalenia pielęgniarek na rynku krajowym

Wstęp

Obowiązkiem przedstawicieli ochrony zdrowia jest ustawiczne pogłębianie swojej wiedzy. Każdy kraj ma określone wewnętrznie przepisy określające systemy kształcenia pielęgniarek, umożliwiające zdobywanie najnowszej wiedzy i umiejętności. Przygotowuje pielęgniarki na dynamiczne zmiany zachodzące w opiece zdrowotnej, umożliwia im dostosowanie standardów opieki do nowych wymogów, dzięki czemu mogą w pełni profesjonalnie pełnić swoją funkcję zawodową. Ciągłe samodoskonalenie umożliwia lepsze podejście do pacjenta, otwartość na jego potrzeby i problemy.

Cel pracy

Przedstawienie i porównanie możliwości dokształcania się w zawodzie pielęgniarki w Polsce i w Republice Czeskiej.

Treść

Zgodnie ustawą o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2011 Nr 174 poz. 1039). Pielęgniarka może podnosić kwalifikacje i doskonalić się zawodowo korzystając z różnych form kształcenia podyplomowego. Potwierdzeniem zrealizowania samodoskonalenia są przyznane punkty edukacyjne, jednakże ich naliczanie wciąż jeszcze nie podlega weryfikacji. Pielęgniarki polskie po ukończeniu 3-letnich studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo mogą kontynuować naukę na studiach II stopnia (magisterskich) i/lub korzystać z innych form kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje). Istnieje też możliwość podjęcia kształcenia na studiach III stopnia (doktoranckich).

Czeskie pielęgniarki po uzyskaniu tytułu licencjata, również mogą kontynuować naukę na studiach II i III stopnia oraz korzystać z różnych form kształcenia podyplomowego.

W Polsce studia magisterskie odbywają się w trybie studiów stacjonarnych i płatnych niestacjonarnych (opłata wynosi od 4000 zł do 6500 zł rocznie). Przy rekrutacji brana jest pod uwagę średnia arytmetyczna ocen z toku studiów oraz liczba punktów edukacyjnych przyznanych za publikacje, których rekrutowany jest autorem lub współautorem. Studia magisterskie trwają 4 semestry (minimum 1300 godzin dydaktycznych i 120 punktów ECTS). Umożliwiają zdobycie specjalistycznej wiedzy z zakresu zaawansowanej opieki pielęgniarstwa i innych nauk medycznych, w tym zarządzania oraz nauczania zawodu.

Absolwenci studiów licencjackich wybierają też inne kierunki związane z ochroną zdrowia, tj. zdrowie publiczne, promocja zdrowia, organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia, epidemiologia, statystyka i informatyka medyczna i inne.

Studia III stopnia (doktoranckie). Mogą się one odbywać w trzech formach, jako: bezpłatne studia stacjonarne, płatne niestacjonarne i eksternistyczne. Do rekrutacji mogą przystąpić osoby z tytułem magistra, które złożyły projekt badawczy w zakresie nauk o zdrowiu, mają aktualne prawo wykonywania zawodu, oświadczenie pracownika naukowego, posiadającego tytuł naukowy profesora lub stopień naukowy doktora habilitowanego o wyrażeniu zgody na objęcie doktoranta opieką naukową oraz pomyślnie przeszły rozmowę kwalifikacyjną dotyczącą tematu pracy badawczej. Studia trwają od 4 do 8 semestrów (640 godzin dydaktycznych dla studiów stacjonarnych i ok. 389 dla studiów niestacjonarnych, 60 punktów ECTS). Rekrutacja na studia doktoranckie eksternistyczne odbywa się na tych samych zasadach a różnica dotyczy programu i ograniczeń czasowych. Absolwent studiów doktoranckich zyskuje specjalistyczną wiedzę z zakresu nauk o zdrowiu, przygotowanie do samodzielnej pracy naukowej i dydaktycznej, umiejętności gromadzenia i przetwarzania

danych i informacji, oceny dowodów naukowych.

Kolejną formą doskonalenia pielęgniarek w ramach kształcenia podyplomowego są kursy doksztalające. Mają na celu poszerzenie i zaktualizowanie wiedzy i umiejętności zawodowych. Program ramowy i oferta edukacyjna jest w całości przygotowywana przez organizatorów. Inną formą są kursy specjalistyczne, które mają na celu uzyskanie przez pielęgniarkę nowej wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych czynności zawodowych podczas udzielania świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych. Trwają 6 miesięcy. Warunkiem udziału jest posiadanie prawa wykonywania zawodu i min. 3-miesięcznego stażu pracy w zawodzie. Koszt wynosi od 300 do 800zł. Obecnie można skorzystać z następujących kursów specjalistycznych: dializoterapia, endoskopia, leczenie ran, opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową, opieka nad pacjentem z POChP, opieka nad pacjentem ze stomią jelitową, podstawy opieki paliatywnej, szczepienia ochronne, edukatora w cukrzycy, komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, ordynowanie leków i wypisywanie recept, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, wykonanie i interpretacja zapisu EKG.

Następną formą doksztalania są kursy kwalifikacyjne, które mają na celu pozyskanie przez pielęgniarkę wiedzy i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, które wchodzi w zakres danej dziedziny pielęgniarstwa lub dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Długość kursu wynosi od 3 do 6 miesięcy (350 - 550 godz.) a koszt od 1500 do 2000 zł. Warunki: posiadanie prawa wykonywania zawodu, potwierdzenie rocznego stażu pracy ukończone kursy specjalistyczne, wskazane w regulaminie. Pielęgniarki najczęściej korzystają z kursów: pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, chirurgiczne, diabetologiczne, internistyczne, nefrologiczne z dializoterapią.

Najbardziej zaawansowaną formą kształcenia przewidzianą dla pielęgniarek są specjalizacje. Mają one na celu uzyskanie specjalistycznej wiedzy i umiejętności w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie. Trwają od 18 do 24 miesięcy (800 do 1200 godzin dydaktycznych). Warunkiem przyjęcia jest posiadanie prawa wykonywania zawodu, potwierdzenie 2-letniego stażu pracy w placówkach ochrony zdrowia w przeciągu 5 lat oraz ukończone kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, wskazane w regulaminie. Koszt wynosi od 3000 do 6000 zł. Największym wybierane są specjalizacje opieki długoterminowej i opieki paliatywnej, pediatricznej, ratunkowej, ochrony zdrowia pracujących.

Wszystkie formy kształcenia obejmują zajęcia teoretyczne i praktyczne. Od 1 lipca 2017 r. postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i doksztalającego, dopuszczenie do egzaminu państwowego prowadzone jest za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (podstawa: Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.).

Niezależnie od wyżej wymienionych form pielęgniarki mają także możliwość skorzystania z szerokiej oferty studiów podyplomowych. Mają one na celu kształcenie nowych umiejętności niezbędnych na rynku pracy w systemie ustawicznego doksztalania. Trwają od 2 do 4 semestrów a liczba zależy od wybranego kierunku. Warunkiem przyjęcia na studia jest ukończenie studiów I lub II stopnia. Obecnie organizuje się studia podyplomowe w zależności od potrzeb rynku pracy, najczęściej: zarządzanie w pielęgniarstwie, przygotowanie pedagogiczne w zawodach medycznych, opieka geriatryczna. Wymienione formy kształcenia podyplomowego mogą być sfinansowane częściowo bądź całkowicie przez pracodawcę, Okręgowe Izby Pielęgniarskie, zainteresowane pielęgniarki lub ze środków Unii Europejskiej. Uzupełnieniem kształcenia podyplomowego są konferencje (bezpłatne i płatne), za które

pielęgniarka otrzymuje punkty edukacyjne, potwierdzone certyfikatem oraz samokształcenie (lektura czasopism medycznych i naukowych). W Polsce istnieje kilka czasopism poświęconych zagadnieniom pielęgniarskim, w których można upowszechnić swoje opracowania, m.in.: Nowoczesne pielęgniarstwo i położnictwo, Problemy Pielęgniarstwa, Pielęgniarstwo XII wieku.

W Republice Czeskiej obowiązek podnoszenia kwalifikacji i stałego dokształcania się jest ściśle respektowany. Pielęgniarka w ciągu 5 lat zobowiązana jest do zdobycia 40 pkt. edukacyjnych, aby przedłużono jej prawo do wykonywania zawodu. Po skończonych studiach licencyjnych czeskie pielęgniarki mogą podjąć studia magisterskie. Odbywają się one w formie bezpłatnych studiów stacjonarnych i są łączone ze specjalizacją. Do ich podjęcia wymagany jest jedynie dyplom potwierdzający ukończenie studiów licencyjnych z pielęgniarstwa. Studia magisterskie trwają 4 semestry, w trakcie których realizowanych jest ok. 1300 godzin dydaktycznych, odpowiadających 120 punktów ECTS. Obejmują one zajęcia teoretyczne prowadzone w uczelni i praktyczne odbywające się w ośrodkach współpracujących ze szkołą. Umożliwiają one zdobycie specjalistycznej wiedzy z zakresu pielęgniarstwa i innych nauk medycznych, w tym zarządzania jednostkami medycznymi i personelem oraz nauczania zawodu. Specjalizacje, jakie można wybrać przy aplikowaniu na te studia to np.: pielęgniarstwo internistyczne, opieka okołoperacyjna, opieka okołoperacyjna w ginekologii i położnictwie czy pielęgniarstwo ogólne.

Studia doktoranckie w Republice Czeskiej odbywają się jedynie w formie stacjonarnej (bezpłatnej). Warunkiem przyjęcia na nie jest posiadanie tytułu magistra i równorzędnego. Temat projektu badawczego oraz jego opiekun naukowy jest wybierany po przyjęciu na ten tok kształcenia, który trwa 6 semestrów i wiąże się z uzyskaniem 180 punktów ECTS. Dzięki nim absolwent zyskuje specjalistyczną wiedzę z zakresu nauk o zdrowiu, przygotowanie do samodzielnej pracy naukowej i dydaktycznej, a ponadto umiejętności przydatne w pracy poza uczelnią, w tym: analiza statystyczna z wnioskowaniem, ocena dowodów naukowych.

Kolejnymi formami kształcenia podyplomowego mającego miejsce w Republice Czeskiej są kursy akredytacyjne, certyfikowane i specjalizacje. Pierwsze z nich trwają od 1 do 3 dni. Mogą występować w formie e-learningu. Przyznawane są za nie średnio 2 punkty edukacyjne. Ich ceny wahają się od 150 kc do 1000 kc (tj. około 23 zł – 150 zł). Warunkiem ich realizacji jest posiadanie prawa wykonywania zawodu. Obecnie można skorzystać z następujących kursów: terapia antyagregacyjna i zapobieganie chorobom sercowo-naczyniowym, leczenie cukrzycy, formy antykoncepcji - doustne złożone hormonalne środki antykoncepcyjne – pigułki, opieka paliatywna, diety w kraju i na świecie, fakty i mity oraz pomiar ciśnienia krwi w domu.

Z kolei kursy certyfikowane trwają od 3 miesięcy do 1 roku (min 82 godzin szkolenia). Składają się one z zajęć teoretycznych, praktycznych i e-learningu. Warunkiem przyjęcia jest posiadanie prawa wykonywania zawodu, 2-letni staż pracy w zawodzie lub/i ukończona specjalizacja z danego zakresu. Za ukończenie kursu absolwenci otrzymują około 50 pkt. edukacyjnych. Cena tych kursów wynosi od około 3000 kc do 7000 kc (tj. 450 zł – 1050 zł).

Obecnie można skorzystać z następujących kursów: kurs elektro-diagnostyki układu nerwowego - elektroencefalografia (EEG), potencjały wywołane (EP), ocena ryzyka, zapobieganie i leczenie odleżyn, podstawy EKG i kardiologii ostrej.

Ostatnią formą dokształcania w Republice Czeskiej są specjalizacje, które trwają od 18 do 24 miesięcy i obejmują średnio 1000 godzin dydaktycznych. Za ich ukończenie absolwent otrzymuje do 200 punktów edukacyjnych. Warunkiem przyjęcia na specjalizację jest posiadanie prawa wykonywania zawodu oraz przepracowanie co najmniej roku w zawodzie

w przeciągu ostatnich 6 lat. Specjalizacje składają się z zajęć praktycznych, teoretycznych i e-learningu. Koszt specjalizacji wynosi średnio 30 000 kc (tj. 4500 zł). Obecnie można skorzystać z następujących rodzajów specjalizacji: specjalistyczne kształcenie w zakresie intensywnej terapii, opieki pediatrycznej, opieki pielęgniarskiej w pediatrii.

W Republice Czeskiej nie istnieje taka forma doksztalcania jak studia podyplomowe. Natomiast wymienione formy dodatkowego kształcenia mogą być sfinansowane częściowo bądź całkowicie przez pracodawcę, przez same pielęgniarki bądź ze środków Unii Europejskiej. Uzupełnieniem kształcenia podyplomowego są różnego rodzaju konferencje, sympozja i kongresy, bezpłatne bądź płatne (około 150 kc – 250 kc, tj. 23 zł- 30 zł). Za uczestnictwo bierne otrzymują 3 punkty za każdy dzień trwania szkolenia, lecz nie więcej niż 10, a za udział czynny 15 punktów. Czeskie pielęgniarki mogą zdobywać dodatkowe punkty edukacyjne poprzez prenumeratę czasopism naukowych i publikacje swoich prac. Ilość przyznawanych punktów jest zależna od formy publikacji (magazyn, książka, płyty CD), ilości autorów i może wynosić do 25 punktów.

Podsumowanie

W obu krajach podobieństwa w zakresie kształcenia pielęgniarek dotyczą: obowiązku doskonalenia zawodowego, programów nauczania na studiach II stopnia oraz specjalizacji, finansowania kursów i specjalizacji oraz systemu punktowania działalności naukowo-wydawniczej.

Różnice natomiast odnoszą się do: zasad gromadzenia i znaczenia punktów edukacyjnych, zasad uzyskania specjalizacji w pielęgniarstwie, rodzaju kursów i specjalizacji oraz ich przebiegu, systemu studiów podyplomowych oraz ich kosztów, odpłatności za studia I i II stopnia, ilości punktów ECTS na studiach III stopnia.

Wnioski

W obydwu państwach, niezależnie od systemów nauczania, doksztalcanie prowadzi do osiągnięcia nowych umiejętności, wyspecjalizowania się w danym kierunku pielęgniarstwa, aktualizacji i poszerzeniu wiedzy. W Republice Czeskiej egzekwowany jest obowiązek ciągłego doksztalcania, czego nie ma w Polsce. Zasadnicze różnice w kształceniu dotyczą studiów podyplomowych.

Piśmiennictwo

1. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, <http://www.ckppip.edu.pl> [data dostępu: 15.08.2017].
2. Chmielewska E., Wpływ czynników motywujących na kształcenie podyplomowe pielęgniarek w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy, Zeszyty Naukowe PWSZ w Legnicy 2012, (12), 19-33.
3. Karkowska D., Włodarczyk W. C., Prawo medyczne dla pielęgniarek, Wydawnictwo LEX, Warszawa 2013.
4. Małopolska Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie, Komunikat Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, Pismo Małopolskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, Kraków, nr 18, 09. – 10. 2015, s.23 -25.
5. Ministerstwo Zdrowia, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcanie/pielegniarki-i-polozne/ksztalcanie-podyplomowe-pielegniarek-i-poloznych/> [data dostępu: 15.08.2017].
6. Szczecińska Izba Pielęgniarek i Położnych, <http://sipip.szczecin.pl/> [data dostępu: 15.08.2017].

7. Uniwersytet Medyczny w Lublinie, <http://www.umlub.pl/oferta-edukacyjna/studia-doktoranckie/oferta-wydzialu-pielęgniarstwa-i-nauk-o-zdrowiu/rekrutacja-na-studia-doktoranckie-rok-akademicki-20172018/> [data dostępu: 16.06.2017].
8. Ustawa z 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 Nr 174 poz. 1039).
9. Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Ścieżka rozwoju zawodowego dla pielęgniarki, Kraków 2015.
10. <https://www.forinel.eu/kurzy-pro-zdravotni-sestry> [data dostępu: 18.08.17, godzina 12:00].
11. https://www.mzcr.cz/obsah/certifikovany-kurz_3081_3.html [data dostępu: 18.08.17, godzina: 12:30].

Možnosti samovzdělávání zdravotních sester v tuzemsku

Úvod

K základním povinnostem zdravotnických pracovníků patří neustálé prohlubování znalostí. Každá země má vlastní interní předpisy definující vzdělávací systémy zdravotních sester, umožňující získání nejnovějších poznatků a dovedností. Tyto systémy připravují zdravotní sestry na dynamické změny v oblasti zdravotní péče, umožňují jim přizpůsobit standardy péče novým požadavkům, díky nimž mohou zcela profesionálně vykonávat své povolání. Neustálý samovzdělávací proces umožňuje lepší přístup k pacientovi, pochopení jeho potřeb a problémů.

Cíl práce

Prezentace a porovnání do/vzdělávacích možností v oboru zdravotní sestra v Polsku a České republice.

Možnosti vzdělání

Podle zákona ve věci samosprávy zdravotních sester a porodních asistentek (věstník zákonů č. 174/1039/2011) může zdravotní sestra zvyšovat svou kvalifikaci a vzdělávat se v oboru prostřednictvím různých forem postgraduálního vzdělávání. V případě absolvování samovzdělávacího procesu získávají absolventi kredity, avšak počet získaných kreditů stále nepodléhá přesně specifikované verifikaci. V Polsku lze po ukončení tříletého vysokoškolského studia v oboru zdravotní sestra pokračovat v magisterském studiu a nebo využívat jiné formy postgraduálního vzdělávání (školení, kurzy, specializace). Existuje také možnost pokračovat ve studiu III. stupně a získat tak titul PhD.

Také v České republice mohou zdravotní sestry po absolvování bakalářského studia pokračovat ve vzdělávacím procesu a studovat na II. a III. stupni vysokých škol nebo využívat různých forem postgraduálního vzdělávání.

V Polsku lze magisterské studium absolvovat v režimu denního studia a placeného dálkového studia (školné se pohybuje od 4 000 PLN do 6 500 PLN za rok). Při přijetí na uvedené studium se přihlíží k aritmetickému průměru známek/hodnocení získaných v průběhu studia a k počtu kreditů udělovaných za publikace, kterých je vysokoškolák autorem nebo spoluautorem. Magisterské studium trvá 4 semestry (minimálně 1300 vyučovacích hodin, 120 kreditů ECTS) a umožňuje získání odborných znalostí v oblasti pokročilé zdravotní péče a dalších lékařských věd, včetně marketingu/řízení a výuky povolání.

Absolventi bakalářského studia se uchází také o studium jiných oborů souvisejících se zdravotní péčí, tj. veřejné zdraví, podpora zdraví, organizace a řízení ve zdravotnictví, epidemiologie, statistika, lékařská informatika a další.

Studium III. stupně (PhD) lze absolvovat ve třech režimech a sice: bezplatné denní studium, placené dálkové a externí studium. O tento stupeň studia se mohou ucházet držitelé diplomu magistra, kteří se účastnili výzkumného projektu v oblasti zdravotnických věd, mají platnou odbornou způsobilost k výkonu povolání, obdrželi souhlas vědeckého pracovníka - profesora nebo doktora věd – ve věci vedení vědeckého dohledu nad uchazečem a úspěšně prošli kvalifikačním pohovorem na téma výzkumné práce. Studium trvá 4 až 8 semestrů (640 vyučovacích hodin pro denní studium a cca 389 pro dálkové studium, 60 ECTS kreditů). Přijímací řízení na externí doktorské studium probíhá na základě stejných principů, rozdíl se týká pouze vzdělávacího programu a časových limitů. Absolvent PhD získává odborné znalosti v oblasti lékařských věd, lepší přípravu pro vedení samostatné vědecké a pedagogické práce, dovednosti shromáždění a zpracovávání dat a informací, vyhodnocování vědeckých důkazů.

Další formou zlepšení dovedností v oboru zdravotní sestra jsou v rámci postgraduálního studia samovzdělávací kurzy. Jsou zaměřeny na prohlubování a aktualizaci znalostí a odborných dovedností. Rámcový program a vzdělávací nabídku připravují organizátoři. Další vzdělávací možnosti poskytují tzv. specializované kurzy, jejichž cílem je prohlubování a zdokonalování dovedností zdravotní sestry při výkonu některých odborných činností v rámci poskytování zdravotní a preventivní péče, dále diagnostických, terapeutických či rehabilitačních dovedností. Tyto specializované kurzy trvají 6 měsíců. Podmínkou účasti je odborná způsobilost a min. tříměsíční praxe v oboru. Náklady činí od 300 do 800 PLN. Nyní lze absolvovat tyto specializované kurzy v oborech: dialýza, endoskopie, hojení ran, péče o dětské pacienty s nádorovým onemocněním, péče o pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí, péče o pacienty se stomií tlustého střeva, základy paliativní péče, očkování, diabetologie, interpersonální komunikace ve zdravotnictví, předepisování léků a receptů, kardiopulmonální resuscitace, provedení a interpretace EKG.

Další formou dalšího vzdělávání jsou kvalifikační kurzy, v rámci kterých získává zdravotní sestra znalosti a dovednosti pro poskytování specifických zdravotnických služeb, které spadají do oblasti určitého oboru zdravotní péče nebo oblasti, která obsahuje prvky zdravotní péče. Délka kurzu je od 3 do 6 měsíců (350 - 550 hodin) a cena od 1500 do 2000 PLN. Podmínkami pro účast jsou odborná způsobilost, potvrzení roční odborné praxe, dle platných předpisů. Zdravotní sestry se nejčastěji účastní kurzů v oboru ošetrovatelská anestezie a intenzivní péče, chirurgie, diabetologie, interna, nefrologie vč. dialýzy.

Pro zdravotní sestry jsou nejvhodnější vzdělávací formou specializační kurzy. Jsou zaměřeny na získání odborných znalostí a dovedností v dané oblasti zdravotní péče nebo oblasti, která obsahuje prvky zdravotní péče, a v neposlední řadě získání odborného titulu. Tyto kurzy trvají od 18 do 24 měsíců (800 až 1200 učebních hodin). Podmínkou pro účast je odborná způsobilost, potvrzení o dvouleté odborné praxi v léčebném zařízení za posledních 5 let, potvrzení o absolvování odborných a kvalifikačních kurzů dle platných předpisů. Cena specializačních kurzů se pohybuje od 3000 do 6000 PLN. K nejoblíbenějším patří specializační kurzy v oboru dlouhodobé a paliativní péče, pediatriká péče, záchranářství a zdravotní péče pracujících.

Všechny uvedené formy vzdělávání obsahují teoretickou a praktickou část. Od 1. července 2017 se kvalifikační řízení pro přijetí na specializaci, odborné, specializační a vzdělávací kurzy koná prostřednictvím Monitorovacího systému pro vzdělání zdravotnických pracovníků (právní základ Sb. zák. 1991/2015 ve znění pozdějších předpisů).

Bez ohledu na výše uvedené formy vzdělávání mají zdravotní sestry také možnost využít širokou škálu postgraduálních studií, která jsou zaměřena na vzdělávání a prisvojování nových dovedností nezbytných pro potřeby moderního trhu práce v systému neustálého vzdělávání. Tato studia trvají od 2 do 4 semestrů a počet vyučovacích hodin a kreditů závisí na volbě oboru. Podmínkou pro přijetí ke studiu je ukončené studium I. nebo II. stupně. V současné době jsou postgraduální studia organizována v závislosti na potřebách trhu práce, avšak největší zájem je o studium v oborech: management ve zdravotnictví, pedagogická příprava pro výkon zdravotnického povolání, geriatrická péče. Výše uvedené formy postgraduálního vzdělávání mohou být částečně nebo úplně financovány zaměstnavatelem, Okresní komorou zdravotních sester nebo financovány z fondů Evropské unie. Doplňující formou postgraduálního vzdělávání jsou také konference (bezplatné nebo placené), v rámci kterých obdrží zdravotní sestra kredity, certifikát a podklady pro samovzdělávací účely (odbornou zdravotnickou a vědeckou literaturu). V Polsku vychází několik časopisů věnovaných problematice zdravotní péče, ve kterých mohou zájemci publikovat odborné

články např. z oboru: Moderní zdravotní péče a porodní asistence, Problémy ve zdravotnictví, Zdravotní péče XII. století.

V České republice je striktně respektována povinnost neustálého zvyšování odborné kvalifikace. Zdravotní sestra je v průběhu 5 let povinna získat až 40 vzdělávacích kreditů, které mají vliv na prodloužení odborné způsobilosti. Po absolvování bakalářského studia mohou české zdravotní sestry pokračovat magisterským studiem, které je v režimu denního studia, je bezplatné a musí být propojeno s jejich specializací. Podmínkou pro přijetí na studia je bakalářský diplom v oboru zdravotní péče. Magisterské studium trvá 4 semestry – tj. 1300 vyučovacích hodin, 120 kreditů ECTS. Průběh studia má teoretickou výuku, která se koná přímo na škole a praktickou část, která probíhá v léčebných zařízeních spolupracujících s danou vysokou školou. Toto studium umožňuje získání odborných znalostí v oblasti zdravotní péče a dalších lékařských věd, včetně řízení zdravotnických jednotek a personálu, jakož i výuky povolání. Specializace, které lze zvolit při podání žádosti o studium, jsou například interní zdravotní péče, pooperační péče, pooperační péče v gynekologii a porodnictví nebo všeobecná zdravotní péče.

Doktorské studium v České republice se koná pouze v režimu denního studia. Podmínkou pro přijetí na tento druh studia je magisterský titul nebo jiný rovnocenný titul. Téma vědecké práce a volba školitele doktorského studia se koná po úspěšném přijetí na studium, které trvá 6 semestrů a během něhož je nutné získat 180 kreditů ECTS. Díky nim získá absolvent odborné znalosti v oblasti zdravotnických věd, přípravu na samostatnou vědeckou a didaktickou práci a dovednosti užitečné při práci mimo univerzitu, včetně statistické analýzy - závěry, hodnocení vědeckých důkazů.

K dalším formám postgraduálního vzdělávání probíhajícího v České republice patří akreditované kurzy, certifikované kurzy a specializace. První z nich trvá 1 až 3 dny. Mohou se konat ve formě e-learningu. V průměru jsou za tyto kurzy přiděleny 2 vzdělávací kredity. Jejich ceny se pohybují od 150 do 1000 Kč (tj. kolem 23 PLN - 150 PLN). Podmínkou pro účast na těchto kurzech je platná odborná způsobilost. V současné době lze se přihlásit kúčasti na následujících kurzech: antiagregační terapie a prevence kardiovaskulárních onemocnění, léčba diabetu, formy antikoncepce - perorální hormonální antikoncepce - pilulky, paliativní péče, dietologie v tuzemsku a na celém světě, fakta a mýty a měření krevního tlaku doma.

Naproti tomu certifikované kurzy trvají od 3 měsíců do 1 roku (min. 82 vyučovacích hodin). Skládají se z teoretické, praktické a e-learningové části. Podmínkou přijetí je platná odborná způsobilost, dvouletá odborná praxe a nebo ukončená specializace v daném oboru. Absolventi obdrží asi 50 kreditů. Cena těchto kurzů se pohybuje od 3000 Kč do 7000 Kč (tj. 450 PLN - 1050 PLN). V současné době se lze přihlásit na kurzy v oboru: elektroencefalografie nervového systému, elektroencefalografie (EEG), evokované potenciály (EP), hodnocení rizik, prevence a léčba dekubitů (proleženin), základy EKG a akutní kardiologie.

Poslední formou dalšího vzdělávání v České republice jsou specializace, které trvají od 18 do 24 měsíců a pokrývají v průměru 1000 vyučovacích hodin. Absolvent obdrží až 200 vzdělávacích kreditů. Podmínkou pro účast je platná odborná způsobilost a rok praxe za posledních šest let. Specializace se skládají z praktické, teoretické a e-learningové části. Náklady na specializaci jsou v průměru 30 000,-Kč (tj. 4500 zlotých). V současné době se lze přihlásit na tyto specializace: specializované vzdělávání v oblasti intenzivní péče, pediatrická péče, zdravotní péče v pediatrii.

V České republice neexistuje postgraduální studium jako forma dalšího vzdělání. Avšak výše uvedené formy dalšího vzdělávání mohou být částečně nebo zcela financovány zaměstnavatelem, Komorou zdravotních sester nebo z fondů Evropské unie. Další doplňující

formou postgraduálního studia jsou odborné konference, sympozia a kongresy – jsou to formy bezplatné a placené (cca 150 Kč – 250 Kč, tj. 23-30 PLN). Za pasivní účast obdrží absolvent 3 kredity za každý den trvání školení, avšak nejvíce 10 kreditů. Za aktivní účast absolvent obdrží 15 kreditů. České zdravotní sestry mohou získat další vzdělávací kredity za předplatné vědeckých časopisů a za publikaci svých odborných článků. Počet udělených kreditů závisí na formě publikace (časopis, kniha, CD), na počtu autorů, takto lze získat až 25 kreditů.

Shrnutí

Závěrem lze tedy konstatovat, že v obou zemích se aspekty dozdělování zdravotních sester prolínají a týkají se zejména povinností profesního rozvoje, učebních plánů pro II. stupeň studia a specializaci, financování kurzů a specializací a systému hodnocení vědecké a publikační činnosti.

Existují však také rozdíly a týkají se principu shromažďování a významu vzdělávacích kreditů, principu získávání specializace ve zdravotní péči, typu kurzů a specializací a jejich průběhu, postgraduálního systému a jejich nákladů, poplatků za studium I. a II. stupně, počtu kreditů ECTS pro III. stupeň.

Závěr

V obou státech bez ohledu na vzdělávací systémy vedou formy dalšího vzdělávání k získání nových dovedností, specializaci v daném oboru zdravotní péče, aktualizaci a rozšiřování znalostí. V České republice patří k povinnostem zdravotní sestry kontinuální vzdělávání v oboru, v Polsku tato povinnost není uplatňována. Základní rozdíly ve vzdělávání se týkají postgraduálního studia.

Odkazy/zdroje

1. Centrum postgraduálního vzdělávání zdravotních sester a porodních asistentek, <http://www.ckppip.edu.pl> [datum přístupu: 15.08.2017].
2. Chmielewska E., Vliv motivačních faktorů na postgraduální vzdělávání sester v specializační nemocnici v Legnici, Vědecká literatura PWSZ v Legnici 2012, (12), 19-33.
3. Karkowska D., Włodarczyk W. C., Lékařský zákon pro zdravotní sestry, Vydavatelství: LEX, Warszawa 2013.
4. Malopolská Komora Zdravotních Sester a Porodních Asistentek v Krakově, Zpráva Vzdělávací a dozdělovací odborné komise, Časopis Malopolské Komory Zdravotních Sester a Porodních Asistentek v Krakově, č. 18, 09. – 10. 2015, s.23 -25.
5. Ministerstvo Zdravotnictví, <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-i-ksztalcenie/pielegniarki-i-polozne/ksztalcenie-podyplomowe-pielegniarek-i-poloznych/> [datum přístupu: 15.08.2017].
6. Štětinská Komora Zdravotních sester a porodních asistentek, <http://sipip.szczecin.pl/> [datum přístupu: 15.08.2017].
7. Lékařská Fakulta v Lublinu, <http://www.umlub.pl/oferta-edukacyjna/studia-doktoranckie/oferta-wydzialu-pielegniarstwa-i-nauk-o-zdrowiu/rekrutacja-na-studia-doktoranckie-rok-akademicki-20172018/> [datum přístupu: 16.06.2017].
8. Zákon ze dne 15. července 2011, ve věci povolání zdravotních sester a porodních asistentek (Sb. Zák. č. 174/1039/2011).
9. Krajský Úřad Práce v Krakově, Cesta rozvoje odborné způsobilosti pro zdravotní sestry, Kraków 2015.
10. <https://www.forinel.eu/kurzy-pro-zdravotni-sestry> [datum přístupu: 18.08.17, 12:00 hod.].
11. https://www.mzcr.cz/obsah/certifikovany-kurz_3081_3.html [datum přístupu: 18.08.17, 12:30 hod.].



PŘEKRAČUJEME HRANICE
PRZEKRACZAMY GRANICE
2014—2020



EVROPSKÁ UNIE / UNIA EUROPEJSKA
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

Prawa pacjenta w Polsce i Republice Czeskiej **Práva pacientů v Polsku a České republice**

**Autorzy: Izabela Wróblewska¹, Katarzyna Krzyżkowska¹,
Paulina Przybyszewska¹, Štefan Juhás², Michal Rak²**

¹*Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze*

²*Vyšší odborné školy zdravotnické a Střední zdravotnické školy v Trutnově*

Prawa pacjenta w Polsce i Republice Czeskiej

Wstęp

Ludzie od zarania dziejów korzystają z opieki medycznej, poddając się leczeniu w nadziei na poprawę stanu swojego zdrowia. Zadaniem personelu medycznego jest pomoc potrzebującym. Do niedawna to lekarze mieli decydujący wpływ na organizowanie opieki medycznej, co zdaniem wielu krytyków tego systemu należało zmienić. Narzędziem do osiągnięcia tego celu okazały się prawa pacjenta. Choć z początku budziły one kontrowersje iczęsto traktowane były jako próby odebrania uprawnień świadczeniodawcom, z biegiem czasu zaczęto je uważać za najlepsze, demokratyczne narzędzie służące do budowania wzajemnych relacji lekarz-pacjent. Według Światowej Organizacji Zdrowia pacjent to osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego czy jest zdrowa czy chora. Jest on osobą zwracającą się o udzielenie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot, który jest do tego uprawniony.

Rozwinięcie

Prawa pacjenta są ściśle związane z prawami człowieka – dotyczą autonomii, wolności wyboru, samostanowienia o sobie oraz, przede wszystkim, możliwości godnego życia i umierania. Dodatkowo pojęcie praw pacjenta używane jest w języku prawnym i prawniczym i jest takie samo we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Podstawami prawnymi praw pacjenta są: Powszechna Deklaracja Praw Człowieka uchwalona 10.12.1948 roku przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych, Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 04.11.1950 r. (Dz. U. Nr 61, poz.284 z późn. zm.), Europejska Karta Społeczna z 18.10.1961 r. (Dz. U. Nr 8, poz. 67), Rezolucja Nr 613 i rekomendacja Nr 779 dotyczące praw osób chorych i umierających przyjęte 29.01.1976 r. przez Zgromadzenie Parlamentarne Rady Europy, Karta Praw Pacjenta w Szpitalu przyjęta 09.05.1979 r. przez Komitet Szpitalny Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej w Luksemburgu, Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Godności Istoty Ludzkiej w Kontekście Zastosowań Biologii i Medycyny: Konwencja o Prawach Człowieka i Biomedycynie (Europejska Konwencja Bioetyczna) z 04.04.1997 r., Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej z 26.02.2001 r., Ustawa o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 06.11.2008 r. (Dz. U. Nr 52, poz. 417 z późn. zm.), Deklaracja Promocji Praw Pacjenta w Europie z 1994r., Europejska Karta Praw Pacjenta, Międzynarodowy Pakt Praw Obywatelskich i Politycznych z dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz. U. z 1977 r. Nr 38, poz. 167), Konwencja o Ochronie Praw Człowieka i Podstawowych Wolności z 1950 r. (ratyfikowana przez Polskę 2 października 1992), Karta Praw Pacjenta z 1984 r. wydana z inicjatywy Parlamentu Europejskiego Wspólnoty Europejskiej. Celem koncepcji tych praw jest ochrona wolności pacjenta przed ingerencją ze strony osób trzecich, ale także prawo domagania się i egzekwowania warunków realizacji tych praw.

W polityce zdrowotnej prawa pacjenta można podzielić na dwie główne kategorie: prawa o charakterze społecznym (relacje pacjent – państwo/władza publiczna) oraz prawa o charakterze podmiotowym (prawa indywidualne pacjenta).

W Polsce ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wyodrębnia ogólne i szczegółowe prawa pacjenta: prawo do świadczeń zdrowotnych, prawo do informacji, prawo żądania nieudzielania przez lekarza informacji w zakresie wskazanym przez pacjenta, prawo przedstawienia lekarzowi swojego zdania w zakresie otrzymanych informacji, prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza do leczenia, prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, prawo do wyrażania

zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, prawo do umierania w spokoju i godności, prawo do świadczeń zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień w stanie terminalnym, prawo dostępu do dokumentacji medycznej, prawo pacjenta do zgłaszania sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego, prawo do opieki duszpasterskiej, prawo do wyboru i zmiany lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, prawo do przechowania rzeczy wartościowych w depozycie oraz prawo wystąpienia do Rzecznika Praw Pacjenta.

Poza wymienioną ustawą, w polskim ustawodawstwie, istnieje jeszcze szereg dokumentów opisujących i gwarantujących prawa pacjenta. Najważniejszym z nich jest Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.). Z kolei w Europie obowiązuje Europejska Karta Praw Pacjenta, która jest dokumentem pozarządowym, sporządzonym w 2002 roku przez organizację Active Citizenship Network we współpracy z 12 organizacjami z różnych krajów Unii Europejskiej. Poza wyżej wymienionymi prawami określa ona jeszcze dodatkowe, obowiązujące uprawnienia: prawo do profilaktyki, prawo do poszanowania czasu pacjenta, prawo do przestrzegania norm jakościowych, prawo do bezpieczeństwa, prawo do innowacji, prawo do leczenia dostosowanego do potrzeb, prawo do rekompensaty, prawo do podejmowania działań leżących w interesie ogółu, prawo do działalności na rzecz przysługującym pacjentom praw oraz prawo do uczestnictwa w kształtowaniu polityki zdrowotnej.

Kolejnym dokumentem obowiązującym w UE jest Karta Praw Pacjenta, która powstała na podstawie Deklaracji Praw Pacjenta WHO. Dokument ten formułuje prawa ogólne i szczegółowe. Te drugie pokrywają się z tymi, jakie zostały opisane powyżej, natomiast prawa ogólne odnoszą się w dużej mierze do praw człowieka i mówią o tym, że każdy ma prawo do: poszanowania osoby jako istoty ludzkiej, samodecydowania, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa, poszanowania prywatności, poszanowania wyznawanych wartości moralnych, kulturowych oraz przekonań religijnych i filozoficznych, ochrony zdrowia na poziomie, jaki zapewniają działania w dziedzinie prewencji i opieki zdrowotnej oraz do wykorzystywania możliwości osiągnięcia najlepszego możliwego poziomu zdrowia.

W Republice Czeskiej zmiany dotyczące praw pacjentów zaszły stosunkowo późno. Dotychczas funkcjonował status praw pacjenta uregulowany w 1966 roku. Czeski rząd był więc zmuszony przyspieszyć swoje prace, by dostosować przepisy prawne do uregulowań innych państw członkowskich Unii Europejskiej. Czescy pacjenci dopiero w 2007 roku uzyskali prawo dostępu do dokumentacji medycznej. Stare regulacje nie pozwalały im na wgląd do własnej dokumentacji medycznej, nie mieli również prawa do wyrażenia świadomej zgody. Sytuacja ta powodowała problemy ze zrozumieniem procedur odnoszących się do świadczonych chorym usług medycznych. Dostęp pacjentów do dokumentacji zapewniła poprawka, która przeszła większością głosów 21 marca 2007 roku, została zatwierdzona przez Izbę Deputowanych i podpisana przez prezydenta Vaclava Klause. Daje ona pacjentom dodatkowo prawo do przeglądania i kopiowania dokumentacji medycznej także osób zmarłych i nieprzytomnych. W Czeskiej Republice obowiązuje Ustawa o Ochronie Zdrowia Publicznego, LZPS (Wykaz Podstawowych Praw i Wolności), Ustawa o Ubezpieczeniach Zdrowotnych, Etyczny Kodeks Praw Pacjenta (sporządzony przez Centralną Komisję Etyki Ministerstwa Zdrowia Republiki Czeskiej po procedurze przypominania. Prawo tych pacjentów uznaje się za ważne w dniu 25 lutego 1992 r.).

Prawa Pacjentów Republiki Czeskiej (Kodeks Etyczny) w znacznej mierze są zbieżne

z przepisami obowiązującymi w Polsce: pacjent ma prawo do profesjonalnej opieki medycznej prowadzonej przez wykwalifikowany personel, pacjent ma prawo znać dane osobowe lekarza i innych członków zespołu terapeutycznego, ma prawo do prywatności, świadczenia usług na możliwie najwyższym poziomie oraz do codziennych odwiedzin członków rodziny lub przyjaciół, ma prawo uzyskać od swojego lekarza informacje potrzebne do podjęcia świadomego leczenia, pacjent ma prawo w każdym momencie odmówić leczenia, ale powinien być poinformowany o zdrowotnych konsekwencjach swojej decyzji, ma pełne prawo do ochrony swoich danych osobowych. Ponadto pacjent ma prawo do opieki oferowanej przez odpowiednią, specjalistyczną placówkę medyczną, pacjent ma prawo wiedzieć, kto jest jego lekarzem, w jakich godzinach i gdzie jest dostępny dla chorego. Po opuszczeniu szpitala ma prawo do dalszej konsultacji z lekarzem prowadzącym. W przypadku zastosowania niestandardowych procedur pacjent ma prawo do uzyskania szczegółowego i zrozumiałego dla niego wyjaśnienia podjęcia takiej decyzji. W takiej sytuacji wymagana jest pisemna zgoda chorego, który może w każdym momencie, bez podania przyczyny, odstąpić od opisywanego leczenia, po uzyskaniu informacji o możliwych skutkach zdrowotnych podjętej decyzji. Pracownicy służby zdrowia mają obowiązek wypełnić ostatnią wolę pacjenta, chyba że jest ona niezgodna z obowiązującymi przepisami prawa. Pacjent ma też prawo znać i przestrzegać regulaminu zakładu opieki zdrowotnej, w którym jest leczony.

Przedstawione informacje wskazują na istnienie wielu podobieństw dotyczących praw pacjenta obowiązujących w Polsce i Republice Czeskiej. Zalicza się do nich: prawo do świadczeń, prawo do informacji, prawo do nieudzielania przez lekarza osobom trzecim informacji w zakresie wskazanym przez pacjenta, prawo przedstawienia lekarzowi swojego zdania w zakresie otrzymanych informacji, prawo do dostatecznie wczesnej informacji o zamiarze odstąpienia przez lekarza od leczenia, prawo do tajemnicy informacji związanej z leczeniem, prawo do wyrażania zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych, prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, prawo do umierania w spokoju i godności, prawo do łagodzenia bólu i cierpienia, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego. Główne różnice dotyczące praw pacjentów w omawianych krajach dotyczą między innymi prawa do poznania imion i nazwisk członków zespołu terapeutycznego (lekarza prowadzącego, pielęgniarek pracujących na oddziale oraz pozostałych członków zespołu terapeutycznego), co jest obowiązującym w Republice Czeskiej. W Polsce panuje zwyczaj przedstawiania się personelu medycznego choremu, jednakże nie znajduje to odzwierciedlenia w Karcie Praw Pacjenta.

Czescy pacjenci mają także prawo do poznania niezbędnych informacji o przyczynach transportu do innej placówki medycznej. W Polsce lekarze z różnych placówek leczniczych ustalają powód i możliwości przekazania pacjenta pomiędzy sobą celem dalszego specjalistycznego leczenia, ale nie mają obowiązku przedstawienia choremu pisemnego uzasadnienia swojej decyzji. Pacjent otrzymuje jedynie ustną informację dotyczącą zmiany miejsca pobytu oraz podpisuje zgodę na transport. Z kolei pacjenci w Polsce mają prawo do sprzeciwu wobec opinii lekarza. Mogą także wnioskować o zwołanie konsylium lekarskiego w celu zasięgnięcia opinii innych lekarzy na temat możliwości i metod leczenia. W Republice Czeskiej pacjent nie ma prawa do konsylium. Jedynie wolą lekarza jest możliwość skorzystania z konsultacji z innymi specjalistami.

Kolejną różnicą jest możliwość skorzystania przez polskich chorych z opieki duszpasterskiej. W Republice Czeskiej nie ma takiego prawa, co jest spowodowane powszechnie panującym ateizmem. W Polsce obowiązuje prawo pacjenta przebywającego w instytucjach leczniczych do przechowywania swoich kosztowności w depozycie. W Republice Czeskiej szpitale nie

mają obowiązek stworzenia specjalnego miejsca w celu bezpiecznego przechowywania cennych rzeczy chorego. Polscy pacjenci mogą także skorzystać z pomocy Rzecznika Praw Pacjenta. W sytuacji, gdy mają zastrzeżenia i wątpliwości dotyczące sposobu i przebiegu ich leczenia oraz nieprzestrzegania ich praw mogą odwołać się do tej instytucji. W Republice Czeskiej nie ma takiej możliwości.

Podsumowanie

Prawa pacjenta opierają się głównie na prawach człowieka. Dotyczą one człowieka jako jednostki, ale także jako części społeczeństwa, gdyż odnoszą się do relacji międzyludzkich, a więc wymagają traktowania wszystkich ludzi jednakowo, godnie i z szacunkiem. Wszystkie osoby wykonujące zawody medyczne powinny znać i stosować prawa pacjenta. Na nich opiera się ich praca, one świadczą o poziomie człowieczeństwa, a w konsekwencji ułatwiają wzajemne relacje między chorym a personelem medycznym. Pielęgniarka ma obowiązek informowania pacjenta o jego prawach. Przekazanie wiadomości dotyczących przywilejów i obowiązków chorego buduje wzajemne zaufanie, na którym opiera się proces leczenia.

Prawa pacjenta w Polsce i Republice Czeskiej nie różnią się w znacznym stopniu. Drobne odstępstwa są wynikiem różnic kulturowych, społecznych i politycznych.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Karkowska D. Prawa pacjenta, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004.
3. Karkowska D. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: Komentarz, Wolters Kluwer Polska sp. z o.o., Warszawa 2012.
4. <http://www.mpsv.cz/cs/840> [data dostępu: 30.09.2017 godzina 15:05].
5. Zimmermann A. Nowa ustawa o prawach pacjenta. Czasopismo aptekarskie 2009; 11 (191).
6. <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=444> [data dostępu: 29.09.2017 r. godzina 15:15].
7. <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=443> [data dostępu: 30.09.2017 r. godzina 15:10].
8. <http://prawoprosto.pl/inne-dziedziny-prawa/prawo-medyczne/405-prawo-pacjenta-do-dodatkowej-opinii-lub-konsultacji-lekarskiej> [data dostępu: 30.09.2017 r. godzina 15:20].
9. <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [data dostępu: 29.09.2017 godzina 17:35].
10. https://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kon_o_p%C3%A9%C4%8Di_o_zdrav%C3%A1D_lidu [data dostępu: 29.09.2017 godzina 17:40].
11. <http://www.ius-wiki.eu/obcanske-pravo/pfuk/zdravotko/otazka-i-9> [data dostępu: 29.09.2017 godz. 17:45].

Práva pacientů v Polsku a v České republice

Úvod

Lidé již od pradávna vyhledávají lékařskou péči a podstupují léčbu v naději, že se jejich zdravotní stav zlepší. Úkolem zdravotního personálu je pomoci potřebným. Donedávna měli lékaři rozhodující vliv na volbu léčebné metody a způsob léčby pacientů. Vzhledem k velké specializaci a rozvoji medicínských oborů, prosazování lidských práv, přístupu laické veřejnosti k informacím a také vzhledem k tomu, že se v medicíně objevily nové, dilematické situace (transplantace, umělé oplodnění...), došlo v osmdesátých letech dvacátého století ke změně paternalizmu v partnerství.

První kodex práv pacientů sestavil americký lékárník Anderson v roce 1971. Ve svém kodexu uvádí následující formulace:

Chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá, nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat.

Jsem opravdu žijící jedinec, obdařen pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami.

Neznám vás dobře (tj. zdravotnické pracovníky) a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen.

Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.

Nenechej mě pouze se sáčkem pestrobarevných léků... Mluv se mnou.

Práva pacientů sice od prvopočátku vzbuzovala kontroverzní názory a často byla považována zdravotníky za pokus o omezení práv poskytovatelů (lékařů), postupně se však začala považovat za nejlepší a zcela demokratický nástroj pro budování vzájemných vztahů mezi lékaři a pacienty.

Podle Světové zdravotnické organizace je pacientem osoba, která využívá služby zdravotní péče bez ohledu na to, zda je zdravá či nemocná. Pacientem je osoba, která má nárok na poskytnutí zdravotní péče u oprávněného subjektu.

Právní normy

Práva pacientů úzce souvisí s lidskými právy - týkají se jeho svobody, svobodné vůle, sebeurčení a především možnosti důstojného života a umírání. Koncept práv pacientů je současně zakotven v ústavě (právním jazyce) a je stejný ve všech zemích Evropské unie.

Právní základ práv pacientů určují především: Všeobecná deklarace lidských práv schválená Valným shromážděním Organizace spojených národů ze dne 10. prosince 1948, dále Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod ze dne 4. 11. 1950 (Sb. zák. č. 61/284 v plném znění), Evropská sociální charta ze dne 18. 10. 1961 (Sb. zák. č. 8/67), Rezoluce č. 613 a Doporučení č. 779 ve věci ochrany lidských práv nemocných a umírajících schválené Parlamentním shromážděním Rady Evropy ze dne 29. 1. 1976, Etický kodex práv pacienta v nemocnici ze dne 9. 5. 1979, schválený Nemocničním výborem Evropského společenství v Lucemburku, Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Evropská bioetická úmluva) ze dne 4. 4. 1997, Základní lidská práva Evropské unie ze dne 26. 2. 2001, Zákon o právech pacienta a ombudsman pro práva pacientů ze dne 6. 11. 2008 (Sb. zák. č. 52/417 v plném znění), Deklarace o podpoře práv pacienta v Evropě z 1994, Evropská karta práv pacienta, Mezinárodní pakt o občanských

a politických právech ze dne 19. prosince 1966 (Sb. zák. č. 38/167/1977), Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1950 (v Polsku ratifikována dne 2. října 1992).

Karta práv pacienta z roku 1984 schválená na základě iniciativy Evropského parlamentu Evropského společenství. Cílem koncepce těchto práv je chránit pacientovu svobodu před zásahy třetích stran, ale také právo požadovat a prosazovat podmínky pro výkon těchto práv.

V oblasti zdravotní politiky pacientů mohou být práva pacientů rozdělena do dvou hlavních kategorií: sociální právo (vztahy pacient - stát/státní orgán) a subjektivní právo (individuální práva pacienta).

Práva pacientů v Polsku

V Polsku zákon ze dne 6. listopadu 2008 ve věci práv pacienta a veřejného ochránce práv pacienta obsahuje všeobecná a zvláštní práva pacienta, je to: právo na zdravotní péči, právo na informace, právo požadovat, aby lékař neposkytoval informace v rozsahu určeném pacientem, právo na sdělení svého názoru či stanoviska vůči informacím obdržným od lékaře, právo na včasné oznámení lékaře o jeho záměru odstoupit od léčby, právo pacienta na ochranu soukromí, právo dát souhlas k poskytování zdravotní péče, právo na respektování soukromí a důstojnosti pacienta, právo pacienta na důstojnou smrt, právo pacienta na péči ulevující od bolesti a jiných utrpení v terminálním stavu, právo na přístup ke zdravotní dokumentaci, právo pacienta vznášet námitky proti názoru nebo úsudku lékaře, právo na respektování soukromého a rodinného života, právo na pastorační péči, právo volby lékaře, zdravotní sestry či porodní asistentky, právo na uložení cenností v trezoru a právo pacienta požádat o pomoc veřejného ochránce práv pacienta.

Kromě zmíněného zákona je v polských právních předpisech také řada dokumentů, které popisují a zaručují práva pacientů. Nejdůležitější z nich je Ústava Polské republiky ze dne 2. dubna 1997 (Sb. zák. z roku 1997 č. 78/483, ve znění pozdějších předpisů). V Evropě k nejdůležitějším nevládním dokumentům patří Evropská charta práv pacienta z roku 2002, která byla přesně specifikována organizací Active Citizenship Network ve spolupráci s 12 organizacemi z různých zemí Evropské unie. Kromě výše zmíněných práv definuje tento dokument další doplňující práva, a sice: právo pacienta na prevenci, zohlednění časových možností pacienta, právo na dodržování standardů kvality, právo na bezpečí, právo na inovace, právo na péči odpovídající potřebám pacienta, právo na náhradu škody, právo poskytovat zdravotní péči v rámci obecného zájmu, právo jednat ve jménu ochrany práv pacienta a v neposlední řadě právo účastnit se formování zdravotní politiky.

Dalším závazným dokumentem v EU je Charta práv pacientů, která byla založena na základě Deklarace práv pacientů WHO. Tento dokument formuluje obecná a specifická práva. Ty se shodují s těmi, které jsou popsány výše, zatímco obecná práva se do velké míry vztahují k lidským právům a říkají, že každý má právo na respektování osoby jako lidské bytosti, na sebeurčení, respektování fyzické a duševní integrity a pocitu bezpečí, respektování soukromí, respektování morálních a kulturních hodnot, jakož i náboženského a filozofického přesvědčení, ochrany zdraví na úrovni zaručující preventivní a zdravotní péči a právo uplatnění všech možností vedoucích k dosažení nejlepšího zdravotního stavu.

Práva pacientů v České republice

Centrální etická komise při vědecké radě MZ ČR podala návrh, aby byl i v ČR vypracován, přijat a zveřejněn etický kodex práv pacientů. Za vypracováním tohoto návrhu stojí prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.

Česká verze etického kodexu Práva nemocných byla koncipována na základě vzorových práv pacientů, který zveřejnil Americký svaz občanských svobod v roce 1985. Definitivní verzi

Práv pacientů formulovala a vyhlásila ČEK MZ ČR dne 25. 2. 1992.

Přístup pacientů ke zdravotní dokumentaci zajistila novela zákona přijatá dne 21. března 2007. Tato novela zákona umožňuje pacientům nahlížet do jejich zdravotní dokumentace a pořizovat si kopie lékařských záznamů. V České republice platí tyto zákony: Zákon o ochraně veřejného zdraví, Evropská charta práv a svobod, Zákon o zdravotním pojištění a Etický kodex práv pacientů.

Práva pacientů České republiky jsou do značné míry totožná s předpisy platnými v Polsku pacient má právo na odbornou lékařskou péči prováděnou kvalifikovaným personálem, má právo znát jméno a příjmení lékaře a dalších členů terapeutického týmu, má právo na soukromí, právo na poskytovanou péči na nejvyšší možné úrovni, právo na denní návštěvy rodinných příslušníků nebo přátel, právo získat od svého lékaře veškeré údaje potřebné k tomu, aby se mohl před zahájením léčebného postupu rozhodnout, zda s ním souhlasí, pacient má právo kdykoli odmítnout léčbu, ale měl by být informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí, má plné právo na ochranu svých osobních údajů. Kromě toho má pacient právo znát jména všech zdravotnických pracovníků, kteří se účastní na jeho péči. Po propuštění z nemocnice má pacient právo i nadále konzultovat svůj zdravotní stav s ošetřujícím lékařem.

V případě použití nestandardních postupů má pacient právo získat podrobné a srozumitelné vysvětlení do takové míry, aby se mohl správně rozhodnout. V takových případech je nezbytný písemný souhlas pacienta. Pacient má právo kdykoliv, a to bez udání důvodu, z experimentu odstoupit. Nevyléčitelně nemocný má právo na zmírnění bolesti a umírající má právo na důstojné umírání. Pacient má také právo znát předpisy zdravotnického zařízení, ve kterém se léčí a současně má povinnost tyto předpisy dodržovat.

Výše uvedená práva poukazují na existenci mnoha podobných aspektů týkajících se práv pacientů platných v Polsku a v České republice. Mezi ně patří: nárok na zdravotní péči, právo na informace, právo na nesdělování informací třetím osobám v rozsahu stanoveném pacientem, právo na vyjádření svého názoru s ohledem na obdržené informace, právo na včasnou informaci o úmyslu lékaře odstoupit od léčby, má plné právo na ochranu údajů souvisejících s léčbou, právo dát souhlas k poskytování zdravotní péče, právo na respektování soukromí a důstojnosti pacienta, právo pacienta zemřít v klidu a důstojně, právo na úlevu od bolesti a utrpení, právo na respektování soukromého a rodinného života. Hlavní rozdíly v právech pacientů v těchto zemích se týkají práva na to, aby pacient znal jména a příjmení členů terapeutického týmu (lékaře, zdravotních sester pracujících na oddělení a dalších členů terapeutického týmu) – toto právo je platné v České republice. V Polsku existuje obecné povědomí, že zdravotnický personál se nemocnému představí, avšak toto právo není zakotvené v dokumentu Charta práv pacientů.

Čeští pacienti mají také právo na informaci o důvodech přepravy do jiného zdravotnického zařízení. V Polsku určují lékaři z různých zdravotních středisek důvod a možnost přemístění pacienta k dalšímu odbornému ošetření pouze mezi sebou, nejsou však povinni poskytnout pacientovi písemné zdůvodnění svého rozhodnutí. Pacient obdrží pouze ústní informace týkající se změny umístění a podepíše souhlas s přepravou. Naproti tomu pacienti v Polsku mají právo vznést námitky proti názoru lékaře. Mohou také požádat o svolání lékařského konzilia a konzultovat s ostatními lékaři možnosti a způsob léčby. V České republice nemá pacient právo na svolání lékařského konzilia. Konzultovat s dalšími odborníky možnosti a způsob léčby je pouze v kompetenci lékaře.

Dalším rozdílem je možnost polských pacientů využívat duchovní/pastorační péči. V České republice není tento zákon do práv pacientů zahrnut (ateistický postoj většiny), avšak pacient

může o tuto službu požádat. V Polsku má pacient během svého pobytu v léčebném/zdravotnickém zařízení právo uchovávat své cennosti v trezoru. V České republice se tato skutečnost považuje za samozřejmost a je zakotvena ve všech nemocničních řádech, proto není zahrnuta do práv pacientů. Polský pacient se může kdykoliv obrátit o pomoc k veřejnému ochránci práv pacienta v situaci, kdy má výhrady a pochybnosti o způsobu a průběhu léčby či nedodržování práv. V České republice instituce veřejného ochránce práv pacienta neexistuje.

Shrnutí/závěr

Práva pacientů jsou založena především na lidských právech. Týkají se člověka nejen jako jednotlivce, ale také jako součásti společnosti a jsou úzce spojená s mezilidskými vztahy. Zdravotníci by měli se všemi pacienty zacházet stejně, s úctou a respektem. Všechny osoby vykonávající zdravotnické profese by měly znát a dodržovat práva pacientů. Dodržování těchto práv svědčí o úrovni lidskosti/lidského přístupu a usnadňuje vzájemné vztahy mezi pacientem a zdravotnickým personálem. Zdravotní sestra je povinna pacienta o jeho právech informovat. Sdělením informací o právech a povinnostech pacienta buduje vzájemnou důvěru, na které je založen proces léčby.

Práva pacientů v Polsku a České republice se významně neliší. Malé odchylky jsou výsledkem kulturních, sociálních a politických rozdílů.

Odkazy

1. Zákon ze dne 6. listopadu 2008, o právech pacienta a veřejného ochránce práv pacienta.
2. Karkowska D. Práva pacienta, Vydavatelství: Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004.
3. Karkowska D. Zákon o právech pacienta a veřejného ochránce práv pacienta: Komentář: Wolters Kluwer Polska sp. z.o.o., Warszawa 2012.
4. <http://www.mpsv.cz/cs/840> [datum přístupu: 30.09.2017, hod.:15:05].
5. Zimmermann A. Nový zákon o právech pacienta, Lékařský časopis (Czasopismo aptekarskie 2009; 11 (191).
6. <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=444> [datum přístupu: 29.09.2017, hod. 15:15].
7. <http://www.prawapacjenta.eu/index.php?pId=443> [datum přístupu: 30.09.2017, hod.: 15:10].
8. <http://prawoprosto.pl/inne-dziedziny-prawa/prawo-medyczne/405-prawo-pacjenta-do-dodatkowej-opinii-lub-konsultacji-lekarskiej> [datum přístupu: 30.09.2017, hod.: 15:20].
9. <https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html> [datum přístupu: 29.09.2017, hod.:17:35].
10. https://cs.wikipedia.org/wiki/Z%C3%A1kon_o_p%C3%A9%C4%8Di_o_zdrav%C3%A1D_lidu [datum přístupu: 29.09.2017, hod.:17:40].
11. <http://www.ius-wiki.eu/obcanske-pravo/pfuk/zdravotko/otazka-i-9> [datum přístupu: 29.09.2017, hod. 17:45].

ISBN 978-80-270-3878-7



9 788027 038787