

FORUM

ZAWODOWE 4(109)2017

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5** Działania samorządu dotyczące naszych wynagrodzeń
- 10** W dniu 19 lipca 2017 r. Prezydent RP podpisał ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych
- 15** NFZ zabezpieczył środki na wzrost wynagrodzeń wynikających z rozporządzenia OWU
- 17** Uwagi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia
- 19** Opinia Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotycząca utylizacji domowych odpadów medycznych
- 20** Pielęgniarka zdobyła tytuł Kobiety Medycyny 2017
- 21** Polska pielęgniarka z Medalem Florence Nightingale
- 22** Spotkanie w Ministerstwie Cyfryzacji
- 22** Spotkanie z Prezesem NFZ o bieżących problemach pielęgniarek i położnych
- 23** Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia
- 24** W dniu 8 sierpnia 2017 r. odbyło się robocze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia w sprawie projektu ustawy o POZ
- 25** Osoba głucha w środowisku szpitalnym. Co zrobić, aby uniknąć uprzedzeń?
- 29** Komunikat dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych
- 31** Światowy Dzień Zdrowia 2017
Depresja - porozmawiajmy o niej
- 34** Podziękowania i gratulacje

*tutaj są głosy ptasie
i zapach pękającego drzewa
świty którymi się złoci
w leniwym obrocie ziemia*

*tutaj są moje ręce
i twoje ręce
to ostrokrzew pragnienia
rozrastający się we mnie*

*codziennie
czerni przeciwstawiam zielen
słońce biorę do rąk
oglądam z bliska*

*nie rozstaję się z nim
nawet w nocy
nawet we śnie
ciemna jest druga strona życia*

Halina Poświatowska

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl,
e-mail: oipip@interia.pl

Biuro Izby czynne

w poniedziałek od 7.30-17.00
od wtorku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00
tel. 13 43 694 60

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
pełni dyżur w pierwszy poniedziałek miesiąca
w godzinach 10.00-14.00

Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń podyplomowych prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.



Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Oddajemy w Wasze ręce kolejny w tym roku numer naszego Biuletynu. Pomimo tego, że miesiące lipiec i sierpień wiążą się z wakacjami, okresem letnich urlopów, jest to czas ciężkiej i dynamicznej pracy samorządu zawodowego.

Jak pewnie większość z Państwa wie, w dniu 19 lipca 2017 r. Prezydent RP podpisał Ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Rządowy projekt ustawy był bardzo szeroko dyskutowany, budził szereg kontrowersji i ogromnego niepokoju. Środowisko apelowało o inny podział na grupy i inne współczynniki pracy oraz uwzględnienie w tabeli magistrów pielęgniarstwa i położnictwa bez specjalizacji. Przywołane argumenty są naszym zdaniem słuszne i uzasadnione. Mimo podjętych działań, zmierzających do ich wdrożenia, nie zostały zrealizowane. Dlatego też przyjęte wskaźniki i podział w grupach zawodowych z pewnością wzbudzą niezadowolenie a dodatkowo skutkować będą konfliktami w środowisku. Przyjęta Ustawa przewiduje wprowadzenie pierwszych podwyżek od 1 lipca 2017 r. Na podstawie porozumienia, które ma być zawarte w ciągu miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy, podwyżki będą przekazywane później jako wyrównanie z uwzględnieniem wynagrodzenia za miesiąc lipiec. W Biuletynie przedstawiamy działania, które od dłuższego czasu podejmował samorząd w celu poprawy sytuacji płacowej środowiska zawodowego.

Informujemy również, że w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 28 kwietnia 2017 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z dniem 1 lipca 2017 r. wszystkie pielęgniarki i położne, które chcą uczestniczyć w różnych formach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, tj. w szkoleniach

specjalizacyjnych, kursach kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doszkalających, mają obowiązek zalogowania się do Systemu Monitorowania Kształcenia (SMK). Jest to system teleinformatyczny utworzony przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia i służy monitorowaniu kształcenia kadr medycznych. Bez dokonania takiej rejestracji nie będzie możliwe uczestnictwo w szkoleniach prowadzonych przez każdy ośrodek w Polsce. Proces rekrutacji na wybrane formy kształcenia prowadzony będzie tylko i wyłącznie za pośrednictwem SMK, co oznacza odejście od składania dokumentów w formie papierowej. Na Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych nałożono zatem obowiązek weryfikacji uprawnień pielęgniarek i położnych zainteresowanych rozpoczęciem kształcenia podyplomowego. Pragniemy podkreślić, że w przypadku niezgodności danych zawartych we wniosku z danymi zawartymi w rejestrze prowadzonym przez Izbę, wniosek o nadanie uprawnień zostanie odrzucony. Będzie to skutkowało tym, że pielęgniarka lub położna, która ma ustawowy obowiązek zgłaszania do OIPIP zmian danych, zmuszona zostanie do złożenia dokumentów aktualizujących dane w rejestrze oraz ponownie musi wypełnić i złożyć wniosek za pośrednictwem SMK. Zachęcamy do zapoznania się z informacją zamieszczoną w tym numerze Biuletynu i na stronie internetowej naszej Izby dotyczącą sposobu rejestracji do Systemu z uwagi na liczne błędy popełniane przy wypełnianiu wniosków.

Przed nami kolejny, trzeci etap podwyżek, tym razem na okres od 1 września 2017 r. do 31 sierpnia 2018 r. pozwalający zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na etat lub równoważnik etatu pielęgniarki/położnej o kwotę 1200,00 zł. Mówi o tym rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie



ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach tego rozporządzenia zapewniono coroczny, tj. do 31 sierpnia 2019 roku wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia w wysokości 400,00 zł rocznie (4x400,00) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 roku. I znowu. Nie wszystkie koleżanki otrzymają kolejną podwyżkę. Pragniemy przypomnieć, że samorząd zawodowy wspólnie z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych w dalszym ciągu prowadzi rozmowy, negocjuje, apeluje o zmianę tej sytuacji. Na chwilę obecną wszystkie NZOZ-y, SPG ZOZ-y, które zatrudniają pielęgniarki i położne należące do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przesyłają wnioski z prośbą o pozytywne zaopiniowanie zaproponowanego sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarki/położne.

W bieżącym numerze Biuletynu przedstawiamy Państwu także notatkę ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia, które odbyło się w dniu 10 lipca 2017 r. Spotkanie zorganizowano na prośbę samorządu zawodowego. Dotyczyło ono wielu zagadnień związanych z naszą pracą. Podniesiono kwestie obaw środowiska zawodowego w związku z m. in. projektem Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej, projektem Ustawy o Zdrowiu Dzieci i Młodzieży, zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, Systemem Monitorowania Kształcenia Podyplomowego, czy kontynuacji wynagrodzeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r.

Zachęcamy Państwa do zapoznania się z korespondencją dotyczącą klasyfikacji odpadów powstających w wyniku wykonywania przez pacjenta w domu samodzielnych testów paskowych służących do określenia poziomu cukru we krwi.

Pragniemy także poinformować Państwa, że nasza strona internetowa to najszybsze źródło wszystkich ważnych informacji, którymi chcemy się z Państwem podzielić. Znajdziecie tam mnóstwo ważnych komunikatów i treści nie-

zbędnych w naszej codziennej pracy. Zachęcamy Państwa do jej częstego odwiedzania.

*Serdecznie pozdrawiam
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*

Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 czerwca 2017 r. do 31 lipca 2017 r.

1 czerwca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w Konwencji Przewodniczących ORPiP w Warszawie.

2 czerwca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej i Sekretarza ORPiP Ewy Czupskiej w szkoleniu organizowanym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w Warszawie na temat „Tworzenia prawa samorządowego, procedury kontroli organizatorów kształcenia podyplomowego, zmian w kodeksie pracy, uznawania kwalifikacji”.

7 czerwca 2017 r.

Posiedzenie Zespołu pielęgniarek epidemiologicznych.

12 czerwca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej, Wiceprzewodniczącej Barbary Błażejowskiej-Kopiczak i Sekretarza Ewy Czupskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rymanowie.

21–22 czerwca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w posiedzeniu NRPiP w Toruniu.

26 czerwca 2017 r.

Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej i Urszuli Zabierowskiej członka ORPiP z Panią Alicją Zajac Senatorem RP w Biurze Senatorskim w Jaśle. Spotkanie dotyczyło uwzględnienia

przez Senat poprawek proponowanych przez samorząd do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

27 czerwca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w Zespole ds. Domów Pomocy Społecznej w Warszawie.

29 czerwca 2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 20 Uchwał.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, udzielenia wsparcia finansowego dla położnych z Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarek i położnych z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, pokrycia kosztów konferencji epidemiologicznej, dofinansowania spotkania dla pielęgniarek, które uzyskały tytuł Pielęgniarki Specjalisty w dziedzinie „Pielęgniarstwa zachowawczego”, wytypowania kandydatów do składu Wo-

jewódzkiej Komisji do spraw Orzekania o Zdarzeniach Medycznych w Rzeszowie, wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w skład Komisji Egzaminacyjnej, zatrudnienia pracownika w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zmiany uchwały Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej.

Przyznano 13 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

65 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

4 lipca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w szkoleniu pt. „Bezpieczna terapia infuzyjna w pielęgniarskiej praktyce klinicznej” w Uzdrawisku Iwonicz.

7 lipca 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej, Wiceprzewodniczącej Barbary Błażejowskiej-Kopiczak i Sekretarza Ewy Czupskiej w posiedzeniu Komisji konkursowej na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek Samodzielnego

Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rymanowie.

14 lipca 2017 r.

Udział członka ORPiP Haliny Paśławskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego” w SP ZOZ w Ustrzykach Dolnych.

21 lipca 2017 r.

Udział członka ORPiP Haliny Paśławskiej w egzaminie z kursu specjalistycznego w zakresie „Wywiad i badanie fizyczne” w SP ZOZ w Ustrzykach Dolnych.

27 lipca 2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 43 Uchwały.

Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wykreślenia pielęgniarek z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wydania zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat i pozytywnie złożonym egzaminie, pokrycia kosztów związanych z wykonaniem prac remontowych w budynku biurowo - usługowym w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, wyrażenia zgody na całkowite pokrycie kosztów związanych z uczestnictwem w Międzynarodowej Konferencji Naukowej pt. „Pielęgniarstwo polskie, europejskie, światowe”.

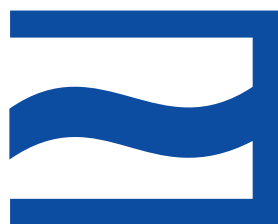
Posiedzenie Komisji Finansowo-Socjalnej.

Przyznano 11 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego

61 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

Działania samorządu dotyczące naszych wynagrodzeń



NACZELNA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 9 czerwca 2017 r.

**Szanowna Pani Przewodnicząca,
Szanowny Panie Przewodniczący,**

W związku z licznymi zapytaniami członków samorządu pielęgniarek i położnych kierowanymi do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie prac nad projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w załączeniu przesyłam informacje na temat działań Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w powyższej sprawie.

Z poważaniem

Zofia Małas

*Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych*

Załączniki:

1. Pismo NRPiP do Ministerstwa Zdrowia w sprawie odrzucenia rządowego projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

2. Stanowisko NRPiP w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych.

3. Pismo NRPiP skierowane do Ministra Zdrowia oraz Przewodniczących Klubów Parlamentarnych PiS, PO, Nowoczesna, Kukiz'15, PSL, dotyczące uwzględnienia zmian do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.228.2016

Warszawa, dnia 28 października 2016r.

Pan Piotr Warczyński

Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo, które wpłynęło do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w dniu 6 października 2016 roku, znak: DSP.0212.3.2016.EK(10) w sprawie przedstawienia opinii do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o odrzucenie powyższego projektu w całości.

W projekcie ustawy nie wskazuje się źródeł finansowania projektowanych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych. Zakłada się, iż skutek finansowy, który musiałby zostać poniesiony przez podmioty lecznicze w przypadku jednorazowego podwyższenia wynagrodzeń do docelowego poziomu najniższych wynagrodzeń obliczonych w sposób określony w projektowanej ustawie szacowany jest na około 6,7 mld zł w skali kraju i będzie obciążał podmioty lecznicze już od 2017 roku. Ministerstwo Zdrowia nakładając dodatkowe obciążenia na podmioty lecznicze nie zakłada w tym okresie zwiększenia wydatków na służbę zdrowia. W uzasadnieniu czytamy, iż podwyższenie najniższych wynagrodzeń „w założeniu ma się odbywać w oparciu o środki finansowe, które są dostępne w systemie, bez kreowania odrębnego źródła finansowania dla pracowników służby zdrowia”. Podmioty, których działalność opiera się wyłącznie o świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych pozbawione są więc możliwości sfinansowania wydatków na dodatkowe koszty wynagrodzeń. W strukturze kosztów, wynagrodze-

nia stanowią około 60-70% wszystkich kosztów wydatkowanych na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wzrost tej grupy kosztów wskutek realizacji zapisów projektu ustawy wpłynie w sposób znaczący na pogorszenie się, i tak już trudnej (z powodu ciągłego niedofinansowania) sytuacji podmiotów leczniczych, a w szczególności szpitali. Projekt ustawy zakłada także, iż ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia uwzględni sytuację i możliwości finansowe podmiotu leczniczego. Tak sformułowany zapis jest sprzeczny z podstawowymi założeniami projektowanej ustawy, skoro z góry zakłada się, że podmiot leczniczy może nie wprowadzić wzrostu wynagrodzeń powołując się na brak możliwości finansowych.

Projekt ustawy nie wprowadza jednoznacznych zapisów odnoszących się do kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych dokonanego na podstawie przepisów wydanych zgodnie z art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.), zgodnie z Porozumieniem dwustronnym zawartym w dniu 23 września 2015 roku z Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak jest jednoznacznej gwarancji, że po 1 stycznia 2017 roku kolejne dwie transze zostaną wypłacone. Zaproponowane zapisy w projekcie ustawy budzą duże wątpliwości w tym zakresie. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że obecny wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zostanie zastąpiony projektowaną ustawą, w której nie gwarantuje się środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody na próby zmiany w zakresie wykonania Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku i oczekujemy realizacji przyjętych w nim zobowiązań. Wypracowany wówczas kompromis osiągnięty został z trudem i zapewnia obecnie spokój społeczny.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje dalszą kontynuację prac nad ustawowym uregulowaniem wynagrodzeń pracowników medycznych, z uwzględnieniem przedkładanego niejednokrotnie stanowiska NRPIP, aby minimalne wynagrodzenie miesięczne pielęgniarki i położnej ustalane było na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, przy zastosowaniu następujących krotkości:

- 1) pielęgniarki i położne - 1,50;
- 2) pielęgniarki i położne posiadające kurs kwalifikacyjny - 1,75;
- 3) pielęgniarki i położne posiadające specjalizację lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa albo tytuł zawodowy magistra położnictwa - 2,00.

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uregulowanie na poziomie ustawowym minimalnego wynagrodzenia za pracę dla pielęgniarek i położnych pozwoliłoby na powstrzymanie nasilającej się ucieczki osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej poza te zawody albo poza granice państwa, jak również stale rosnącą dysproporcję między zarobkami pielęgniarek i położnych a innymi zawodami medycznymi. Pozwoliłoby to również na zwiększenie atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej, a w konsekwen-

cji na zachęcenie absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych do podejmowania zatrudnienia w kraju. Efekty te przełożyłyby się na wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych

w Rzeczypospolitej Polskiej na tysiąc mieszkańców i - w poważnym stopniu - na zbliżenie polskich warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz poziomu wynagradzania tych

zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku
Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska



NACZELNA RADA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Stanowisko Nr 7 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 16 marca 2017 r.
w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że należy wnioskować o zapisy w aktach prawnych gwarantujące wynagrodzenie minimalne dla pielęgniarek i położnych na poziomie przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS przy zachowaniu następującej krotności:

1) dla pielęgniarek/położnych - 1,5 przeciętnego minimalnego wynagrodze-

nia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

2) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa lub z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa - 1,75 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

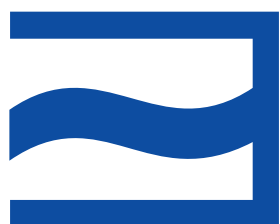
3) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa - 2,0 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.149.2017

Warszawa, dnia 9 czerwca 2017 r.

Pan Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z procedowaniem Komisji Zdrowia nad rządowym projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wy-

nagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 1583), w imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, zwracam się

z prośbą o zgłoszenie i poparcie proponowanych zmian do wyżej wymienionego projektu ustawy.

W tabeli zawartej w załączniku do projektu ustawy określającej współczynni-

ki pracy proponujemy nowe następujące brzmienie pozycji nr 8 i 9:

8	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka lub położna, ze specjalizacją	1,00
9	Pielęgniarka lub położna, bez specjalizacji	0,73

Uzasadnienie

Projekt w obecnym kształcie zakłada, iż pielęgniarki i położne są jedyną grupą zawodową, dla której ustala się najniższe współczynniki pracy, co będzie skutkowało najniższymi wynagrodzeniami wśród pracowników medycznych. W stosunku do innych grup pracowników medycznych zostało wprowadzone rozgraniczenie wskaźników pracy dla osób z wyższym wykształceniem lub osób z wykształceniem średnim. W przypadku pielęgniarek i położnych obecny projekt zakłada, iż w jednej grupie (pozycja nr 9) będą pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub magistra po-

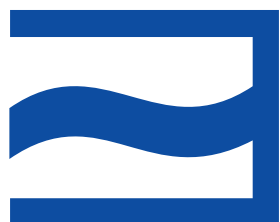
łożnictwa, licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa a także z wykształceniem średnim - dla których przewidziano najniższe wynagrodzenie o wskaźniku 0,64, co — biorąc pod uwagę przyjętą kwotę bazową w wysokości 3.900,00 zł — daje kwotę 2.496,00 zł brutto (około 1.685,00 zł netto). Wobec powyższego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych taka konstrukcja projektu stanowi deprecjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej, przy założeniu, iż od 2000 roku pielęgniarki i położne są kształcone na poziomie studiów wyższych, po ukończeniu których otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Wraz ze zmianą kształcenia zwiększył się zakres ich kwalifikacji i kompetencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w związku z drastycznie i systematycznie rosnącymi niedoborami personelu pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowia powołano Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwo-

ju pielęgniarstwa i położnictwa, którego zadaniem jest wypracowanie systemowych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie stale rosnącemu deficytowi pielęgniarek i położnych.

Przypomnieć należy, iż w kolejnych pięciu latach uprawnienia emerytalne uzyska około 80 tysięcy pielęgniarek, co przy obecnym stanie 200 tysięcy zatrudnionych pielęgniarek w systemie, będzie stanowiło około 40 % pielęgniarek, które prawdopodobnie przejdą na emeryturę. Nieatrakcyjne warunki pracy i płacy powodują, iż rocznie tylko około 30 % absolwentów podejmuje pracę w tym zawodzie. Należy bezwzględnie podjąć działania, które zachęcałyby absolwentów studiów pielęgniarstwa i położnictwa do podejmowania zatrudnienia w kraju, poprzez między innymi zwiększenie poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas



NACZELNA IZBA

PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.157.2017

Warszawa, dnia 12 czerwca 2017 r.

Pan Stanisław Karczewski

Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W związku z przekazaniem do rozpatrzenia przez Senat RP uchwalonej przez Sejm RP ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk senacki nr 529), w imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, zwracam się z uprzejmą prośbą o zgłoszenie i poparcie zaproponowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych zmian do ww. ustawy.

W tabeli zawartej w załączniku do ww. ustawy określającej współczynniki pracy proponujemy nowe następujące brzmienie pozycji nr 8 i 9:

8	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka lub położna, ze specjalizacją	1,00
9	Pielęgniarka lub położna, bez specjalizacji	0,73

Uzasadnienie

Obecny kształt ww. ustawy zakłada, iż pielęgniarki i położne są jedyną grupą zawodową, dla której ustala się najniższe współczynniki pracy, co będzie skutkowało najniższymi wynagrodzeniami wśród pracowników medycznych. W stosunku do innych grup pracowników medycznych zostało wprowadzone rozgraniczenie wskaźników pracy dla osób z wyższym wykształceniem lub osób z wykształceniem średnim. W przypadku pielęgniarek i położnych ww. ustawa zakłada, iż w jednej grupie (pozycja

nr 9) będą pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa a także z wykształceniem średnim - dla których przewidziano najniższe wynagrodzenie o wskaźniku 0,64, co — biorąc pod uwagę przyjętą kwotę bazową w wysokości 3.900,00 zł — daje kwotę 2.496,00 zł brutto (około 1.685,00 zł netto). Wobec powyższego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych taka konstrukcja uchwalonej przez Sejm RP ustawy stanowi deprecjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej, przy założeniu, iż od 2000 roku pielęgniarki i położne są kształcone na poziomie studiów wyższych, po ukończeniu których otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Wraz ze zmianą kształ-

cenia zwiększył się zakres ich kwalifikacji i kompetencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w związku z drastycznie i systematycznie rosnącymi niedoborami personelu pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowia powołano Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, którego zadaniem jest wypracowanie systemowych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie stale rosnącemu deficytowi pielęgniarek i położnych.

Przypomnieć należy, iż w kolejnych pięciu latach uprawnienia emerytalne uzyska około 80 tysięcy pielęgniarek, co przy obecnym stanie 200 tysięcy zatrudnionych pielęgniarek w systemie, będzie stanowiło około 40% pielęgniarek, które prawdopodobnie przejdą na emery-

turę. Nieatrakcyjne warunki pracy i płacy powodują, iż rocznie tylko około 30% absolwentów podejmuje pracę w tym zawodzie. Należy bezwzględnie podjąć działania, które zachęcałyby absolwentów studiów pielęgniarstwa i położnych do podejmowania zatrudnienia w kraju, poprzez między innymi zwiększenie poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*

*Do wiadomości:
Pani Józefa Szczurek-Żelazko
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia*



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

OIPiP.0012.16.2017

Krosno, dnia 23 czerwca 2017 r.

Pani Alicja Zając
Senator Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Senator

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwracam się do Pani Senator z prośbą o podjęcie działań dotyczących uchwalonej przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która została przekazana do rozpatrzenia przez Senat Rzeczypospolitej Polskiej (druk senacki nr 529 w załączeniu).

Pragnę podkreślić, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po szerokich konsultacjach z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych wypra-

cowała zmiany do ww. projektu ustawy. Pomimo zgłoszenia uwag przez NRPiP, w trakcie procedowania nad ww. ustawą w Sejmie Rzeczypospolitej Polskiej (w II czytaniu) nie zostały one uwzględnione.

W związku z przekazaniem ustawy do Senatu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wystąpiła m.in. do Marszałka Senatu z pismem o zgłoszenie i poparcie zaproponowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych zmian do ww. ustawy (pismo przekazuję w załączeniu).

Z uwagi na powyższe przekazuję na ręce Pani Senator zaproponowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych zmiany do ww. ustawy, zawarte w załączonym piśmie, z serdeczną prośbą o za-

poznanie się z tak ważną dla naszego środowiska problematyką, oraz o udzielenie poparcia dla proponowanych zmian, które w dużej mierze przyczynią się do poprawy trudnej sytuacji ekonomicznej wielu pielęgniarek i położnych i tym samym spowodują wzrost zainteresowania podjęciem pracy w zawodzie pielęgniarki i położnej na terenie kraju, co w konsekwencji przynajmniej częściowo zatrzyma migrację tej grupy zawodowej do innych krajów Unii Europejskiej.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Krośnie
Renata Michalska*

W dniu 19 lipca 2017 r. Prezydent RP podpisał ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Ustawa przewiduje wprowadzenie pierwszych podwyżek od 1 lipca 2017 r. Na podstawie porozumienia, które ma być zawarte w ciągu miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy, podwyżki będą przekazywane później jako wyrównanie z uwzględnieniem wynagrodzenia za miesiąc lipiec.

USTAWA

Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze — najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;

2) podmiot leczniczy - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);

3) pracownik wykonujący zawód medyczny:

a) osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,

b) osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Art. 3. 1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;

2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;

4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt

3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:

a) kierownik podmiotu leczniczego,

b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 — w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:

a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.[1]).

4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.

Art. 4. Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:

1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15

kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;

2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786 i 962).

Art. 5. W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, nie wykonującej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 6.1. W latach 2017-2027 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy z tytułu wzrostu kosztów związanych ze specjalizacją oraz realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów wynosi 5 028 159 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:

- 1) 2017 r. - 0zł;
- 2) 2018 r. - 64 086 tys. zł;
- 3) 2019 r. - 102 457 tys. zł;
- 4) 2020 r. - 195 666 tys. zł;
- 5) 2021 r. - 302 924 tys. zł;
- 6) 2022 r. - 727 171 tys. zł;
- 7) 2023 r. - 727 171 tys. zł;

8) 2024 r. - 727 171 tys. zł;

9) 2025 r. - 727 171 tys. zł;

10) 2026 r. - 727 171 tys. zł;

11) 2027 r. - 727 171 tys. zł.

2. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów w poszczególnych dziedzinach medycyny w trybie rezydentury ustala się na dany rok, uwzględniając limit wydatków określony w ust. 1 pomniejszony o wysokość środków budżetowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów związanych z realizacją obowiązkowych staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Art. 8. W 2017 r. porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej:
A. Duda

ZAŁĄCZNIK DO USTAWY Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R. (POZ. 1473) WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1	Lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2	Lekarz albo lekarz dentyista, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3	Lekarz albo lekarz dentyista, bez specjalizacji	1,05
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentyista stażysta	0,73
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją	1,05
8	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73
9	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1—9, wymagający średniego wykształcenia	0,64

INFORMACJA W SPRAWIE USTAWY Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R. O SPOSOBIE USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz harmonogram dochodzenia do jego docelowego poziomu.

Ustawa ma służyć zwiększeniu zainteresowania kształceniem w zawodach medycznych, promowaniu podejmowania zatrudnienia na terenie kraju oraz zachęceniu już zatrudnionej kadry do podwyższania kwalifikacji zawodowych w drodze specjalizacji. W efekcie proces ten będzie miał przełożenie na liczbę i profesjonalizm zatrudnionej w podmiotach leczniczych kadry medycznej, a tym samym skutkować będzie wyższym poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez poprawę jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych oraz wyższym poziomem bezpieczeństwa sanitarnego.

Ponadto ustawa ma stanowić systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do zniwelowania w latach 2017-2021 dysproporcji w zakresie poziomu wynagro-

dzeń podstawowych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Najniższe wynagrodzenie zasadnicze będzie ustalane jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym rok ustalenia, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Do końca 2019 r., zamiast przeciętnego wynagrodzenia, przyjmowana będzie kwota 3 900 zł brutto.

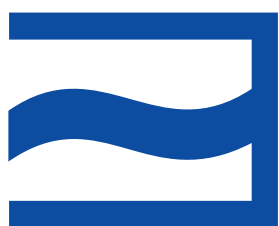
Współczynnik pracy został określony w załączniku do ustawy. Załącznik ten przyporządkowuje pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych do 10 grup zawodowych. Wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym na poszczególnych kategoriach stanowisk pracy będzie uzależ-

niona od poziomu wykształcenia wymaganego na stanowisku pracy, na którym zatrudniony jest dany pracownik (wykształcenie na poziomie wyższym, średnim, posiadanie specjalizacji).

Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego zostanie osiągnięta dopiero po upływie okresu przejściowego, do końca 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie będzie mogło być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r.

Najniższe wynagrodzenie zasadnicze będzie przysługiwało pracownikowi wykonującemu zawód medyczny, zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy. Pracownikowi zatrudnionemu w niepełnym wymiarze czasu pracy, najniższe wynagrodzenie zasadnicze będzie przysługiwało w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy.

Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia.



NACZELNA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.14.2016.MK

Warszawa, dnia 26 stycznia 2017 r.

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z przedstawieniem w dniu 26 lipca 2016 r. założeń reformy systemu opieki zdrowotnej zawartych w dokumencie „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce” Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o informację na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po dniu 31 grudnia 2017 r.

W dniu 23 września 2015 r. w Warszawie zawarte zostało porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych a Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia, zgod-

nie z którym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej realizującej świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miał wynieść:

- 400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. (od dnia 1 stycznia 2016 r. w przypadku świadczeniodawców posiadających umo-

wy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna) do dnia 31 sierpnia 2016 r.,

- kolejne 400,00 zł (razem 800,00 zł) od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.

- kolejne 400,00 (razem 1.200,00 zł) zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r.

- kolejne 400,00 zł (razem 1.600,00 zł) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.

Uzgodniono przy tym (pkt 6 porozumienia), że „przepisy znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą gwarantowały od dnia 1 września 2019 r. utrzymanie średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzeń w kwocie nie mniejszej niż określona w ust. 4 pkt 4 oraz ust. 5 pkt 4 [porozumienia]”.

Na wspomniane podwyżki zabezpieczono środki finansowe w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe uzgodnienia znalazły odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające-

go rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 2-4), które jest obecnie -zgodnie ze wspomnianym powyżej porozumieniem - konsekwentnie realizowane. Przepisy rozporządzenia przewidują mechanizm finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia uprawnionych pielęgniarek i położnych do 2019 r., przy czym mechanizm wprowadzony rozporządzeniem został do tej pory uruchomiony za lata 2015/2016 i 2016/2017.

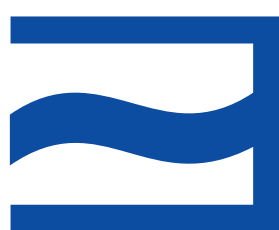
Jednocześnie ze wspomnianych na wstępie założeń reformy systemu opieki zdrowotnej wynika zamiar likwidacji z dniem 1 stycznia 2018 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, którego zadania ma przejąć Ministerstwo Zdrowia, a także zamiar zmiany sposobu finansowania służby zdrowia, która po reformie ma być finansowana z budżetu państwa, poprzez Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie”, którego dysponentem ma być Minister Zdrowia.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wdrożenie w życie wspomnianych założeń reformy systemu opieki zdrowotnej powinny zawie-

rać kontynuację finansowania zobowiązań przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie dokument „Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce”, ani inne dostępne dokumenty i wypowiedzi przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia nie precyzują, czy i w jaki sposób zobowiązania finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z powołanych wyżej przepisów zostaną przejęte przez Państwowy Fundusz Celowy „Zdrowie” (budżet państwa).

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pisemnej informacji na temat sposobu zabezpieczenia w budżecie państwa po dniu 31 grudnia 2017 r. odpowiednich środków finansowych na zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, obejmującego mechanizmy uregulowane w obowiązujących w chwili obecnej przepisach prawa.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DS.015.91.2017.MK

Warszawa, dnia 21 kwietnia 2017 r.

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W nawiązaniu do przesłanego pisma o sygn. NiPiP-NRPiP-DS.Q15.14.2016. MK z dnia 26 stycznia 2017 r., skierowanego do Ministra Zdrowia w sprawie przekazania informacji na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń

pielęgniarek i położnych przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) po dniu 31 grudnia 2017 r.

Zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na ww. pismo.

*Z poważaniem
Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski*



MINISTER ZDROWIA

PPK.0762.7.2017

Warszawa, 04.05.2017

Pan Sebastian Irzykowski

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Przewodniczący

W odpowiedzi na pismo znak: NI-PiP-NRPiP-DS.015.91.2017.MK z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie przekazania informacji na temat źródła finansowania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych przewidzianych przepisami rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 628) po dniu 31 grudnia 2017r., uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Realizacją porozumienia z dnia 23 września 2015 r. zawartego pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, było wydanie przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zapewniającego dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. W ramach przedmiotowego rozporządzenia za-

pewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie realizowana jest druga tranza podwyżki, czyli 800 zł od dnia 1 września 2016r. do dnia 31 sierpnia 2017 r. Zgodnie z rozporządzeniem OWU kolejne etapy zapewniające dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi zaplanowano:

1) od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. o 1200 zł,

2) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. o 1600 zł. Poza tym rozporządzenie w sprawie OWU w celu zapewnienia ciągłości podwyżek po dniu 31 sierpnia 2019 r. doprecyzowuje zasady ustalania współczynnika korygującego, za pomocą którego od 1 września 2019 r. mają być ustalone kwoty przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Ponadto uprzejmie informuję, że w celu wprowadzenia gwarantowanego (podlegającego ochronie prawnej) poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz wyrównania dyspro-

porcji płacowych pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Projekt ten dyskutowany był już społecznie w ramach konsultacji publicznych, opiniodawania i uzgodnień, a obecnie znajduje się na etapie dalszych prac rządowych.

Przedmiotowy projekt zakłada podział pracowników medycznych na 10 grup zawodowych i określenie dla poszczególnych grup współczynników pracy, wedle których obliczane ma być ich najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Wśród wspomnianych grup wyodrębnione zostały trzy grupy pielęgniarek i położnych, podzielone w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia oraz posiadanej specjalizacji - wymaganych od danego pracownika na zajmowanym stanowisku. Poniżej przedstawione zostało porównanie obecnych wynagrodzeń ww. grup do ich planowanych („docelowych”) zgodnie z projektowaną ustawą najniższych wynagrodzeń zasadniczych:

Grupa zawodowa	Obecne wynagrodzenie zasadnicze brutto - średnia dla grupy	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto do 31 grudnia 2019 r.	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto w 2021 r.
Pielęgniarka / położna z tytułem magistra ¹ ze specjalizacją	2726	4095	5251
Pielęgniarka / położna ze specjalizacją	2579	2847	3651
Pielęgniarka / położna bez specjalizacji	2369	2496	3201

¹ na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo

Projekt ustawy określa zasady, zgodnie z którymi pracodawcy (podmioty lecznicze) obowiązani będą podwyższać wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne do 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie będzie mogło być niższe, niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r. Od dnia 1 stycznia 2022 r. nie będzie ulegała zmianie wysokość najniższych wynagrodzeń zasadniczych, która będzie pozostawała na poziomie ustalonym na dzień 31 grudnia 2021 r.

Ponadto sposób podwyższania wynagrodzenia osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnić powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

(Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.). Przepisy projektowanej ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych stanowiąc będą zatem nie tylko gwarancję stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ale również czynić zadość postulatowi usankcjonowania w akcie rangi ustawowej wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zawartych obecnie tylko w akcie prawnym rangi rozporządzenia.

Jednocześnie należy podkreślić, że w przygotowanej przez Ministerstwo Zdrowia ustawie z dnia 26 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), która przewiduje utworzenie tzw. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali), nie ma postanowień zmieniających w zakresie zasad otrzymywania środków na wzrosty wynagrodzeń przez pielęgniarki i położne.

Reasumując uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia - Pan Konstanty Radziwiłł wielokrotnie zapewniał, że niezależnie od rodzaju płatnika i formy płatności, podwyżki wynikające z rozporządzenia OWU będą realizowane. Natomiast projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, zakłada uwzględnienie wzrostu miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki i położnej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie OWU.

*Z poważaniem
Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko*

NFZ zabezpieczył środki na wzrost wynagrodzeń wynikających z rozporządzenia OWU

13 lipca 2017 r. - aktualności

Tematyką posiedzenia było m.in.

1. Zaopiniowanie projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 rok.
2. Zaopiniowanie projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 rok.

W spotkaniu z ramienia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyła **Pani Zofia Małas - Prezes NRPiP**.

Podczas omawiania punktu trzeciego dotyczącego projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na

2018 rok, **Prezes NFZ Andrzej Jacyna** odpowiedział na pytania posłów w kwestii zabezpieczenia środków finansowych na realizację Porozumienia zawartego w dniu 23 września 2015 roku pomiędzy OZZPiP i NRPiP a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia, i wynikającego z niego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes poinformował, iż w planie finansowym zostały zabezpieczone środki finansowe na trzy transze na wzrost

wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych wynikający z ww. Porozumienia.

W czasie posiedzenia Komisji Zbigniew J. Król Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, w odpowiedzi na pytania posłów, poinformował, iż w planie budżetowym są zagwarantowane środki finansowe na wynagrodzenia wynikające z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Prezes NRPiP - Zofia Małas

Korespondencja w sprawie podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM-0025.138.20U

Warszawa, dnia 30 maja 2017r.

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z otrzymywanymi od członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sygnałami o zaprzestaniu wypłacania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w organach lub jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia albo nadzorowanych przez Ministra, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji o wysokości środków finansowych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia tym podmiotom na podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w latach 2015-2017, a także przewidzianych do przekazania tym podmiotom w latach 2018-2019.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina zobowiązanie podjęte przez Ministra Zdrowia, zgodnie z którym wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w organach lub

jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia albo nadzorowanych przez Ministra miały wzrastać analogicznie do wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

Zwiększenie wynagrodzeń w 2015 r. i z początkiem 2016 r. oraz niezwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych we wspomnianych wyżej organach lub jednostkach organizacyjnych w okresie późniejszym

(analogicznie do terminów przewidzianych w przepisach wymienionych wyżej rozporządzeń) powoduje coraz większe zróżnicowanie wynagrodzeń w ramach jednej grupy zawodowej z pokrzywdzeniem pielęgniarek i położnych, których wynagrodzenia finansowane są z budżetu państwa.

Powyższa sytuacja jest nieuzasadniona i niczym nieusprawiedliwiona. Może również stać się powodem podejmowania przez zainteresowane pielęgniarki i położne decyzji o rezygnacji z zatrudnienia w sferze budżetowej, co z kolei pogłębiłoby istniejące już problemy z obsadą personalną jednostek budżetowych.

W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o udzielenie informacji, jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP Zofia Małas



MINISTER ZDROWIA

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 maja 2017 r. w sprawie podwyżek dla

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

PPK.0762.10.2017.JJ

Warszawa, 28.06.2017

pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa, uprzej-

mie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólno-

polskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia, jak również wynikające z niego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej rozporządzeniem OWU i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w sposób bezpośredni dotyczą wyłącznie pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast zgodnie z § 1 ust. 10 ww. Porozumienia, Minister Zdrowia zobowiązał się jedynie do przedstawienia do 10 października 2015 r. propozycji średniego wzrostu wynagrodzeń wraz ze wszystkimi innymi składnikami i po-

chodnymi, w przeliczeniu na etat/równoważnik etatu pielęgniarki/położnej, w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa.

Realizując powyższe, Minister Zdrowia poinformował Panią Prezes oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, że możliwe jest uruchomienie w 2015 roku środków na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń w kwocie średnio 400 zł brutto miesięcznie na etat (wraz z pochodnymi od wynagrodzeń) dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w tych jednostkach, od dnia 1 września do końca 2015 r. Wskazał również, że w ustawie budżetowej na 2016 r. nie zabezpieczono żadnych środków na kolejną transzę podwyżek, natomiast ewentualne podwyżki w latach następnych będą uzależnione od możliwości budżetu państwa.

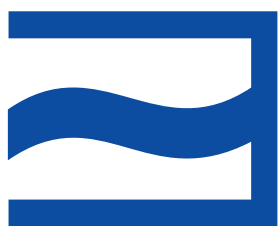
Ponadto informuję, że w ustawie budżetowej na 2016 rok zostały zagwarantowane środki pozwalające na sfinansowanie skutków podwyżek z roku

2015, natomiast w ustawie budżetowej na 2017 rok w rezerwie celowej zostały zabezpieczone środki pozwalające na przyznanie kolejnej transzy podwyżki w wysokości średnio 400 zł na etat miesięcznie z wyrównaniem od dnia 1 stycznia br. Wniosek o uruchomienie tych środków został już skierowany do Ministra Finansów.

Reasumując, uprzejmie informuje, że kwestia podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa nie została uregulowana w żadnych przepisach i przyznanie środków na podwyżki dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w danej jednostce znajduje się w wyłącznej kompetencji dyrektora tej jednostki.

*Z wyrazami szacunku
Z upoważnienia
Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko*

Uwagi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do obywatelskiego projektu ustawy w sprawie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia (druk nr 1648)



NACZELNA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP.DM.0025.188,2017

Warszawa, dnia 10 lipca 2017 r.

Pan Adam Podgórski

Zastępca Szefa Kancelarii Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo nr GMS-WP-173-147/17 z dnia 13 czerwca 2017 roku dotyczące zaopiniowania obywatelskiego projektu ustawy w spra-

wie warunków zatrudnienia w ochronie zdrowia (druk nr 1648) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, co następuje.

Projektowana ustawa ma określać sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględ-

niający rodzaj wykonywanej pracy oraz kwalifikacje wymagane przy jej wykonywaniu oraz tryb przyznawania wynagrodzenia.

Zgodnie zaś z uzasadnieniem do projektu „celem ustawy jest określenie najmniejszej kwoty wynagrodzenia zasadniczego, jaka będzie przysługiwać pracownikom wykonującym zawody medyczne zatrudnionym w podmiotach leczniczych. Potrzeba stworzenia takiej ustawy wynika z faktu, że istniejące dotychczas uwarunkowania prawne i faktyczne uniemożliwiają pracownikom wykonującym zawody medyczne, zatrudnionym w podmiotach leczniczych uzyskiwanie sprawiedliwych wynagrodzeń, adekwatnych do rangi wykonywanych zawodów, ich znaczenia społecznego, szczególnej odpowiedzialności pracowników medycznych, ich wykształcenia i kwalifikacji. Stanowi to - de facto - dyskryminację tych pracowników w stosunku do pracowników innych branż i zawodów”.

Podkreślić zatem w pierwszej kolejności należy, że w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedłożony do zaopiniowania projekt ustawy nie spełnia określonych wyżej celów. Przede wszystkim nie gwarantuje uzyskanie przez pracowników wykonujących zawody medyczne sprawiedliwych wynagrodzeń, adekwatnych do rangi wykonywanych zawodów, ich znaczenia społecznego, szczególnej odpowiedzialności pracowników medycznych, ich wykształcenia i kwalifikacji. Przykładowo, wskazać można, że zgodnie z załącznikiem do projektu:

1) dla pielęgniarki i położnej, ze specjalizacją, współczynnik pracy określono w wysokości 1,75, podczas gdy dla specjalisty w dziedzinie fizjoterapii - 2,0 czy dla diagnosty laboratoryjnego ze specjalizacją - 2,0;

2) dla pielęgniarki i położnej, bez specjalizacji, współczynnik pracy określono w wysokości 1,50 - taki sam, jak dla technika analityki medycznej (5 lat stażu) - podczas gdy dla diagnosty laboratoryjnego bez specjalizacji - 1,75;

3) dla pielęgniarki i położnej, z tytułem magistra i ze specjalizacją, współczynnik pracy określono w wysokości 2,0, podczas gdy dla lekarza i lekarza dentystry ze specjalizacją - 3,0.

Projekt przy tym w taki sam sposób traktuje pielęgniarkę i położną z tytułem magistra pielęgniarstwa albo magistra położnictwa, ale bez specjalizacji, co pielęgniarkę i położną posiadającymi średnie wykształcenie albo licencjat (współczynnik pracy 1,5). Takie ukształtowanie wysokości współczynnika pracy w żaden sposób nie promuje podnoszenia kwalifikacji zawodowych i zdobywania kolejnych uprawnień. Jednocześnie jest krzywdzące dla pielęgniarek i położnych z tego powodu, że dla przedstawicieli innych zawodów medycznych, posiadających -tytuł zawodowy magistra i nieposiadających specjalizacji, projektodawca przewidział wyższy współczynnik - 1,75 (np. magister farmacji bez specjalizacji, magister fizjoterapii, diagnosta laboratoryjny bez specjalizacji).

Ponadto, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sposób nieuzasadniony w odniesieniu do przedstawicieli określonych (wybranych) zawodów medycznych przy ustalaniu wysokości współczynnika pracy projektodawcy biorą pod uwagę tytuł „starszy ratownik medyczny / technik elektroradiologii” oraz staż pracy (technicy analityki medycznej, ratownicy medyczni, dietetycy). Wybiórcze zastosowanie wskazanych kryteriów w odniesieniu do przedstawicieli określonych zawodów medycznych i pominięcie ich w odniesieniu do przedstawicieli innych zawodów medycznych stawia tych ostatnich, w tym pielęgniarki i położne, w gorszej sytuacji już na wstępie.

Powyższe jest nieuzasadnione i nie odpowiada zarówno zakresowi odpowiedzialności, jak i zakresowi oraz poziomowi wykształcenia i kwalifikacji wymaganych do wykonywania samodzielnych zawodów medycznych pielęgniarki i położnej. Propozycje te w sposób

ne zostały w dalszej kolejności podczas, gdy pielęgniarki i położne de facto, zaraz po lekarzach, wykonują w systemie ochrony zdrowia najistotniejsze, specjalistyczne i wszechstronne czynności i zadania związane z zapewnieniem prawidłowej opieki nad pacjentem, rozumianym zarówno jako pacjent chory, wymagający udzielania świadczeń zdrowotnych ratujących lub usprawniających życie, jak i osoba zdrowa, wymagająca wyłącznie udzielania świadczeń o charakterze profilaktycznym.

Powyższe, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w przypadku wdrożenia w życie, spowoduje dalsze obniżenie etosu zawodów pielęgniarki i położnej, a tym samym - dalsze zmniejszanie się liczby osób wykonujących te zawody w Rzeczypospolitej Polskiej. Etos zawodu buduje się bowiem nie tylko poprzez nakładanie kolejnych obowiązków świadczących o samodzielności zawodowej osoby wykonującej ten zawód, ale również poprzez zapewnianie takich warunków (w tym warunków płacowych) wykonywania tego zawodu, aby był on atrakcyjny dla osób go wykonujących, a przede wszystkim pozwalał skupić się na jego wykonywaniu, a nie na walce o przeżycie.

Biorąc pod uwagę powyższe i mając na uwadze stanowisko samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych prezentowane w trakcie prac parlamentarnych nad ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych współczynniki pracy w odniesieniu do pielęgniarek i położnych powinny zostać określone w sposób następujący:

Pielęgniarki i położne	Pielęgniarka i położna, bez specjalizacji	1,50
	Pielęgniarka i położna, ze specjalizacją albo pielęgniarka i położna, z tytułem magistra pielęgniarstwa albo magistra położnictwa	1,75
	Pielęgniarka i położna, z tytułem magistra pielęgniarstwa albo magistra położnictwa, ze specjalizacją	2,0

jednoznaczny wskazują, że znaczenie tych zawodów jest niedoceniane i pomniejszane. W świetle przedmiotowych propozycji zawody te, pod względem proponowanych stawek płac, postawio-

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa jednocześnie, że proponowane powyżej wysokości współczynnika pracy dla poszczególnych grup pielęgniarek i położnych powinny być traktowane

jako konieczne minimum, a nie jak wysokości docelowe. Projektowana ustawa powinna tym samym przewidywać mechanizm wzrostu tych współczynników, W innym bowiem razie, po upływie kilku lat, będą one jeszcze mniej odpowiadały rzeczywistości (kosztom utrzymania), niż obecnie.

Na marginesie Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że z uwagi na uchwalenie przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego

wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych niezbędne jest dodanie w opiniowanym projekcie przepisu końcowego w brzmieniu: „Art. 6a. Traci moc ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz....)”.

Niezależnie od powyższego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa

również, że tytuł projektowanej ustawy powinien zostać skorygowany z uwagi na fakt, że pojęcie „warunki zatrudnienia” odnosi się do szerszego spectrum zagadnień (np. czasu pracy, form zatrudnienia, bezpieczeństwa i higieny pracy), niż tylko do kwestii określania minimalnego wynagrodzenia (zasadniczego) za pracę i jest niezgodny z brzmieniem art. 1 projektu.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas

Opinia Głównego Inspektoratu Sanitarnego dotycząca utylizacji domowych odpadów medycznych

GŁÓWNY INSPEKTORAT SANITARNY
Departament Higieny Środowiska

GIS-HŚ-NS-4320-00039/MP/17 SK 18170/2017

Warszawa, dnia 25.05.2017

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

odpowiadając na pismo z dnia 13.02.2017 r., znak: NIPIP-NRPIP-DM.002.51.2017.TK, dotyczące klasyfikacji odpadów powstających w wyniku wykonywania w domu przez pacjenta samodzielnych testów paskowych służących do określenia poziomu cukru we krwi za pomocą glukometru lub odpadów igieł do penów albo też odpadów ampułko-strzykawk, przesyłam uży-

skane w przedmiotowej sprawie stanowisko Departamentu Gospodarki Odpadami w Ministerstwie Środowiska z dnia 08.05.2017r., znak: DGO-I.022.36.2017. MS, które jest tożsame ze stanowiskiem Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Z poważaniem
Dyrektor Departamentu
Higieny Środowiska
Krystyna Radecka dr n. med.

W załączeniu

Pismo z dnia 08.05.2017r., znak: DGO-I.022.36.2017.MS Departamentu Gospodarki Odpadami w Ministerstwie Zdrowia

Do wiadomości:

Departament Gospodarki Odpadami w Ministerstwie Zdrowia

MINISTERSTWO ŚRODOWISKA
Departament Gospodarki Odpadami

DGO-I.022.36.2017.MS 328639.939414.730523328639.939414.730523

Warszawa, dnia 08-05-2017 r.

Pani Krystyna Radecka

Dyrektor Departamentu Higieny Środowiska
Główny Inspektorat Sanitarny

Szanowna Pani Dyrektor,

w związku z pismem z dnia 1 marca 2017 r. (znak: GIS-HŚ-NS-4320-00039/MP/16) dotyczącym kwestii klasyfikacji

odpadów powstających w wyniku wykonywania w domu przez pacjenta samodzielnych testów paskowych służących do określenia poziomu cukru we krwi za

pomocą glukometru lub odpadów igieł do penów albo też odpadów ampułko-strzykawk, przedstawiamy poniżej następujące informacje.

Definicja odpadów medycznych zawarta w art. 3 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 12 grudnia 2014 r. o odpadach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1987 i z 2017 r. poz. 785) uniemożliwia zakwalifikowanie odpadów, o których mowa w pierwszym akapicie pisma jako odpadów medycznych. Definicja odpadów medycznych brzmi bowiem następująco: przez odpady medyczne rozumie się odpady powstające w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz prowadzeniem badań i doświadczeń naukowych w zakresie medycyny. Zaś odpady powstające w domu u pacjenta (z wyłączeniem zakaźnych odpadów medycznych i zakaźnych odpadów weterynaryjnych powstających w wyniku świadczenia usług na wezwanie - wówczas wytwórca takich odpadów jest obowiązany do bezzwłocznego dostarczenia wytworzonych odpadów do przystosowanych do tego celu pomieszczeń spełniających wymagania w zakresie magazynowania takich odpadów) należy zakwalifikować jako odpady komunalne.

W myśl definicji odpadów komunalnych zawartej w art. 3 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 12 grudnia 2014 r. o odpadach są to odpady powstające w gospodarstwach domowych, z wyłączeniem pojazdów wycofanych z eksploatacji, a także odpady niezawierające odpadów niebezpiecznych pochodzące od innych wytwórców odpadów, które ze względu na swój charakter lub skład są podobne do odpadów powstających w gospodarstwach domo-

wych. W związku z powyższym, odpady powstające w gospodarstwach domowych, w tym np. strzykawki, igły wytworzone podczas iniekcji domowych lub podobne należy traktować jako odpady komunalne.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 września 1996 r. o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz. U. z 2016 r. poz. 250, z późn. zm.), za odebranie i właściwe zagospodarowanie odpadów komunalnych odpowiedzialne są gminy, natomiast właściciele nieruchomości, o których mowa w art. 6c ustawy, są obowiązani ponosić na rzecz gminy, na terenie której położone są ich nieruchomości, opłatę za gospodarowanie odpadami komunalnymi. Z kolei w zamian za pobraną opłatę za gospodarowanie odpadami komunalnymi gmina zapewnia właścicielom nieruchomości możliwość pozbywania się wszystkich rodzajów odpadów komunalnych, przy czym rozumie się przez to odbieranie odpadów z terenu nieruchomości, o których mowa w art. 6c ust. 1 i 2 ww. ustawy, przyjmowanie odpadów przez punkty selektywnego zbierania odpadów komunalnych oraz zapewnianie przyjmowania tych odpadów przez gminę w inny sposób. Odpady typu igły, strzykawki lub podobne, powstające w gospodarstwach domowych powinny być klasyfikowane w grupie 20; w celu ich prawidłowego zaklasyfikowania należałoby zastosować kod ex 20 01 99 - np. odpady wytworzone podczas iniekcji domowych (zuży-

te igły, strzykawki), zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Środowiska z dnia 9 grudnia 2014 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. z 2014 r. poz. 1923). Zasadniczo więc zapewnienie mieszkańcom możliwości pozbywania się tych odpadów, w ramach ponoszonej opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi, należy do gminy. Oznacza to, że gmina powinna wskazać miejsce gdzie można oddać tego typu odpady - może to być np. punkt selektywnego zbierania odpadów komunalnych.

Reasumując, w obecnym stanie prawnym nie jest możliwa inna klasyfikacja odpadów powstających w domu w wyniku przeprowadzania badań stężenia cukru we krwi, odpadów igieł do penów czy też odpadów ampułko-strzykawek. Ewentualne zmiany w tym zakresie wymagają wprowadzenia zmian na poziomie ustawowym. Jednocześnie informuję, że ewentualne propozycje zmian w zakresie klasyfikacji odpadów, o których mowa w niniejszym piśmie czy też w kontekście definicji odpadów medycznych zostaną poddane analizie na etapie kolejnej nowelizacji ustawy z dnia 12 grudnia 2014 r. o odpadach.

*Z poważaniem
Bogusława Brzdąkiewicz
Zastępca Dyrektora Departament
Gospodarki Odpadami
/- podpisany cyfrowo/*

Pielęgniarka zdobyła tytuł Kobiety Medycyny 2017

17 maja br. odbyła się uroczysta gala plebiscytu Kobiety Medycyny 2017. Zwyciężczynią VII edycji konkursu została Marta Leśnik, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego, pracująca na Oddziale Diabetologicznym w Miedziowym Centrum Zdrowia w Lublinie. Organizatorzy konkursu, redakcja „Portali Medycznych”, wyróżniają najbardziej aktywne i skuteczne kobiety związane z medycyną i ochroną zdrowia, których sukcesy zawodowe, zaangażowanie i entuzjazm budzą szacunek i uznanie w całym środowisku medycznym.

Marta Leśnik jak sama mówi o sobie „pracuje u stóp pacjentów”. Na co dzień pomaga pacjentom zajmując się leczeniem stopy cukrzycowej. Jako specjalistka współpracująca na rzecz pacjentów diabetologicznych z samorządami lokalnymi oraz wojewódzkimi koordynatorami do spraw diabetologii jest bardzo zaangażowana w swoją pracę zawodową.

Nominowane kobiety są niezwykle zaangażowane w swoją pracę, pełne empatii i serdeczności. Do udziału w tegorocznej edycji organizatorzy wytypowali 31 kandydatek, w których gronie była także Zofia Małas, Prezes Naczelnej Rady

Pielęgniarek i Położnych. Głosowali internauci, każdy mógł oddać 3 głosy – po jednym głosem na każdą kandydatkę.

Konkurs organizowany przez redakcję „Portali Medycznych”, od pierwszej edycji wspierany jest przez Fundację Jolanty Kwaśniewskiej – „Porozumienie bez Barrier”. Celem plebiscytu jest zaprezentowanie wspaniałych kobiet, które działają na rzecz rozwoju medycyny i poprawy warunków leczenia ludzi w Polsce, chcących udowodnić na co dzień, że ciężką pracą i zaangażowaniem można dokonać rzeczy niemożliwych.

Polska pielęgniarka z Medalem Florence Nightingale

ANNA KACZMARCZYK, pielęgniarka, została uhonorowana przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (International Committee of the Red Cross) – Medalem Florence Nightingale, najwyższym odznaczeniem na świecie przyznawanym za wybitne zasługi w niesieniu pomocy pielęgniarskiej. W dniu 22 czerwca 2017 roku zwyciężczyni odebrała medal wraz z pamiątkowym dyplomem z rąk Prezesa Polskiego Czerwonego Krzyża Stanisława Kracika oraz Dyrektora Małopolskiego Oddziału Okręgowego Polskiego Czerwonego Krzyża Małgorzaty Pyki.

Medal Florence Nightingale ustanowiony został w 1912 roku i jest przyznawany osobom, które wyróżniły się czynami wymagającymi poświęcenia i wyjątkowej odwagi w niesieniu pomocy ludności zarówno w czasie wojen jak i pokoju, ofiarom konfliktów, kataklizmów i katastrof. Otrzymują go także osoby jako wyraz uznania za wyjątkowe zasługi dla pielęgniarstwa, nowatorską i twórczą działalność na rzecz zdrowia publicznego i edukacji pielęgniarskiej.

Anna Kaczmarczyk w 2000 r. rozpoczęła służbę wojskową jako pierwsza kobieta w kompanii szturmowej 6. Brygady Desantowo-Szturmowej w Krakowie. Tam też wykonując zawód pielęgniarki zdobyła doświadczenie wojskowe, uczestnicząc we wszystkich ćwiczeniach, szkoleniach poligonowych i desantowych. Wraz ze swoją jednostką w 2001 roku służyła na Bałkanach w składzie Polskiego Kontyngentu Wojskowego SFOR w Bośni i Hercegowinie, a w 2009 r. wyjechała z misją do Afganistanu. W kwietniu 2009 r. wylądowała na lotnisku w Bagram, a następnie została przetransportowana wraz z innymi do Ghazni, gdzie udzielała pomocy nie tylko polskim żołnierzom, ale również żołnierzom wojsk koalicyjnych. Zaopatrywała także żołnierzy af-



gańskiej armii i funkcjonariuszy afgańskiej policji. Na co dzień zajmowała się ewakuacją drogą powietrzną rannych żołnierzy z rejonów misji. Najczęściej ewakuacje odbywały się na pokładzie samolotu Casa C-295, gdzie były zamontowane nosze LSTAT i dwa zestawy do intensywnej terapii. Najwięcej ewakuacji i najcięższe przypadki stanowiły ranni żołnierze i pracownicy cywilni z Afganistanu. Po powrocie z misji pracowała przez 3 lata w Zespole Ewakuacji Medycznej jako pielęgniarka anestezyjologiczna.

Aktualnie Anna Kaczmarczyk współpracuje z Zespołem ds. Upowszechniania Międzynarodowego Prawa Humanitarnego, działającym przy Małopolskim Oddziale Okręgowym Polskiego Czerwonego Krzyża, prowadząc zajęcia skierowane do młodych ludzi, w których uczy przestrzegania prawa humanitarnego i przekazuje swoje doświadczenia nabyte w czasie konfliktów zbrojnych.



Spotkanie w Ministerstwie Cyfryzacji

W dniu 13 czerwca 2017 r. odbyło się spotkanie przedstawicieli NRPIP (Prezes NRPIP Z. Małas, Wiceprezes NRPIP M. Łodzińska, Wiceprezes NRPIP S. Irzykowski) z Minister Cyfryzacji Panią Anną Strężyńską. Celem spotkania była dyskusja na temat możliwości pozyskiwania danych od instytucji państwowych i możliwość ich wykorzystania na potrzeby Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych. Ponadto rozmowa dotyczyła etapu prac i ewentualnego wdrożenia Karty Specjalisty Medycznego oraz zakupu sprzętu do obsługi elektronicznej w postaci czytników, które powinny być dostępne w roku 2018. Natomiast z informacji uzyskanych od Pani Minister na temat e-dokumentacji wynika, że w chwili obecnej dobiegają końca prace nad wdrożeniem e-recepty, kolejnym krokiem będzie e-skierowanie natomiast w nieco dłuższej perspektywie pozostaje kwestia e-dokumentacji. Podczas rozmowy podniesiono konieczność wprowadzenia do e-dokumentacji mo-



du dla pielęgniarek i położnych, który uprości i skróci czas wypełnianie dokumentacji pielęgniarskiej a także będzie

połączona z identyfikacją osoby, która dokonuje wpisów zgodnie ze swoimi kompetencjami.

Spotkanie z Prezesem NFZ o bieżących problemach pielęgniarek i położnych

W związku z licznymi problemami członków samorządu związanymi z kontraktowaniem świadczeń w opiece długoterminowej domowej na wniosek Prezes NRPIP Z. Małas w dniu 14 czerwca 2017 r. zorganizowane zostało spotkanie w centrali NFZ. Przedstawiciele NRPIP w osobach Z. Małas Prezes, Mariola Łodzińska Wiceprezes, Joanna Walewander Sekretarz, Teresa Kuziara Członek Prezydium poruszyły kwestie problemów i skarg jakie wpływały do NIPiP na oddziały wojewódzkie NFZ w związku z różnorodnymi wymogami i interpretacją kryteriów oceny ofert. W związku z niezakończoną procedurą kontraktowania w całej Polsce, Prezes NFZ A. Jacyna nie mógł wybiórczo

odnieć się do zarzutów jakie wpłynęły od środowiska jednak zobowiązał się do poddania analizie całego procesu kontraktowania po jego zakończeniu i podjęcia ewentualnych działań. Ponadto tak jak obiecał od przyszłego roku planuje ujednolicić stawkę w opiece długoterminowej domowej na poziomie wyceny AOTMiT. Pod dyskusję poddane zostały zawartość nesesera pielęgniarskiego jaki wymagany jest w opiece długoterminowej, a także zestaw przeciwwstrząsowy (HES) oraz sugerowano aby w załączniku wpisać identyczną zawartość nesesera jaki obowiązuje w POZ. Przekazana została informacja od położnych, które przystąpiły do kontraktowania świadczeń w zakresie prowadzenia ciąży fizjo-

logicznej z jakimi problemami spotykają się w swojej pracy i jakie należałoby podjąć kroki aby wyeliminować czynniki uniemożliwiające realizację świadczeń. Zwrócono uwagę na problemy związane z jednoznacznym zdefiniowaniem etatu przeliczeniowego w POZ. Wszystkie problemy jakie trafiają bezpośrednio i pośrednio do NIPiP zostały przekazane Prezesowi do weryfikacji i ewentualnych zmian.

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 10 lipca 2017 r.

W dniu 10 lipca 2017 r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (Prezes Zofia Małas, Wiceprezes Mariola Łodzińska, Wiceprezes Sebastian Irzykowski, członek Prezydium Andrzej Tytuła) z Panią Wiceminister Józefą Szczurek-Zelazko.

Spotkanie zostało zorganizowane na prośbę samorządu i dotyczyło siedmiu zagadnień:

- projekt ustawy o POZ,
- prace nad projektem ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,
- zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek położnych,
- System Monitorowania Kształcenia Podyplomowego,
- Karta Specjalisty Medycznego,
- kontynuacja wynagrodzeń wynikająca z OWU z dnia 14 września 2015 r.,
- dotacja dla samorządu na rok 2017.

Podniesiona została kwestia obaw środowiska pielęgniarek i położnych związanych z projektem Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Jako niepokojący wskazano zapis dotyczący daty granicznej 31 grudnia 2024 r., po której świadczeniobiorca nie będzie mógł dokonać wyboru pielęgniarki i położnej spoza Zespołu POZ. Poinformowano o zagrożeniach wynikających z zapisów

projektu Ustawy o POZ, co w konsekwencji będzie miało wpływ na ograniczenie samodzielności i funkcjonowania praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce.

Trwające prace nad założeniami do projektu Ustawy o Zdrowiu Dzieci i Młodzieży były powodem do zwrócenia uwagi na braku udziału przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w pracach legislacyjnych. Taki tryb procedowania umożliwi udział ekspertów merytorycznie i praktycznie przygotowanych do tworzenia prawa, które na etapie opiniowania mogą powodować liczne rozbieżności. Pani Wiceminister zaproponowała formułę spotkań roboczych.

W ocenie Pani Wiceminister założenia do projektu wzmacniają rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Ma stać się ona koordynatorem w tym obszarze i zajmować centralną pozycję w stosunku do innych specjalistów działających w medycynie szkolnej. Zmiany demograficzne mają zostać wykorzystane dla wzmocnienia opieki nad uczniem poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, które mimo zmniejszenia liczby szkół oraz uczęszczających do nich dzieci i młodzieży nie spowoduje ograniczenia środków na realizację zadań.

Poruszone zostały kwestie zmiany w systemie kształcenia podyplomowego i stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w tym obszarze. Wskazano na potrzebę zdefiniowania katalogu organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Pani Wiceminister dostrzega potrzebę zmiany funkcjonowania systemu zarówno w zakresie organizacji kształcenia jak i jego merytorycznego funkcjonowania. Prace będą kontynuowane w ramach pracy Zespołu ds. strategii.

Spotkanie było okazją do przedstawienia szerokiej listy problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem System Monitorowania Kształcenia zarówno z perspektywy okręgowej izby pielęgniarek i położnych, organizatora kształcenia podyplomowego jak i pielęgniarki/położnej korzystającej z aplikacji SMK. Najczęstsze problemy dotyczyły sposobów weryfikacji danych pielęgniarki/położnej, niedopracowania systemu w zakresie rejestracji uczestników na szkolenia. W związku z deficytami Systemu Monitorowania Kształcenia w wielu obszarach zaproponowano, aby Minister Zdrowia korzystając ze swoich uprawnień zawiesił do końca roku lub do czasu usunięcia wszystkich usterek System Monitorowania Kształcenia. Pani Wiceminister zapewniła, iż podejmie sto-



sowne działania i wzmocni nacisk na Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia do przyspieszenia prac oraz szybsze usuwanie usterek i błędów.

W związku z rozpoczęciem przez samorząd lekarski prac nad kartą specjalisty medycznego zwrócono się z pytaniem czy w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia podjęło działania nad tożsamymi rozwiązaniami dla pielęgniarek i położnych. W chwili obecnej brak aktywności Ministerstwa Zdrowia w tym obszarze.

Kolejnym poruszonym obszarem była ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych oraz jej wpływ na realizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawiciele samorządu zwrócili na deficyty przyjętej przez Sejm ustawy w zakresie braku umocowania magistra pielęgniarstwa i położnictwa w odrębnym przedziale oraz braku akceptacji środowiska dla współczynnika pracy określonego dla pielęgniarek i położnych bez specjali-

zacji na poziomie 0,64. Pani Wiceminister wyjaśniała iż zgodnie z uchwaloną przez Sejm ustawą najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzedzającym (do końca 2019 r. zamiast przeciętnego wynagrodzenia przyjmowana będzie kwota 3,9 tys. zł brutto). Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie osiągnięta dopiero po upływie okresu przejściowego – do końca 2021 r. Najniższe miesięczne wynagrodzenie określone w ustawie dotyczy zasadniczego wynagrodzenia brutto, nie obejmuje więc dodatków za pracę zmianową oraz wysługę. Do nowych przepisów będą musiały dostosować się wszystkie placówki medyczne – zarówno publiczne, jak i niepubliczne. Zwrócono uwagę na fakt, iż dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków finansowych, które przeznaczone zostałyby na wykonanie zadań nakładanych na podmioty lecznicze omawianą ustawą. Samorząd obawia się, iż środki zostaną na ten cel przekazane w ryczałcie, który bę-

dzie nowym sposobem finansowania zostaną przeznaczone na sfinansowanie podwyżek dla innych pracowników medycznych. W stosunku do pielęgniarek i położnych pracodawcy wykorzystają środki płynące z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż ustawa wprost nie reguluje tego zagadnienia i wskazała na rolę zakładowych organizacji związków zawodowych oraz porozumień jakie mogą i powinny zawierać z pracodawcą.

Zwrócono się z pytaniem o realizację kolejnej transzy dodatku dla pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż dotacja zostanie niebawem przekazana wojewodom, co spowoduje wypłatę środków z wyrównaniem od stycznia 2017 r.

W sprawie dotacji dla samorządu na rok 2017 Pani Wiceminister poinformowała, że dotacje są w trakcie realizacji.

W dniu 8 sierpnia 2017 r. odbyło się robocze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia w sprawie projektu ustawy o POZ

W dniu 8 sierpnia 2017 r. odbyło się robocze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia w sprawie projektu ustawy o POZ, w którym uczestniczyli przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia z Wiceministrem Zdrowia Z. Królem, przedstawiciele NFZ z Prezesem A. Jacyną, natomiast Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowały Wiceprezes M. Łodzińska, Sekretarz J. Walewander, członek NRPiP T. Kuziara i A. Stanikowska – przewodnicząca zespołu ds POZ. Podczas spotkania poruszone zostały kwestie obaw środowiska przed utratą samodzielności podmiotów pielęgniarskich i położniczych po roku 2025, ponadto dyskutowano w jaki sposób należałoby wypracować metody wymiany informacji o wspólnych listach pacjentów tak aby objąć koordynowaną opieką pacjentów zdeklarowanych





zarówno do lekarza jak i pielęgniarki bądź położnej POZ. NFZ przygotował wykaz podmiotów w Polsce, które wykonują świadczenia z podziałem na różne formy organizacyjno – prawne, oraz informacje o strukturze umów realizo-

wanych w 2017 w zakresach świadczenia lekarza POZ, pielęgniarki i położnej POZ. Ponadto przedmiotem rozmów była możliwość uczestniczenia podmiotów pielęgniarskich i położniczych w pilotażach opieki koordynowanej. Ponad-

to Wiceminister Z. Król zaproponował udział pielęgniarek i położnych w konferencji jaką planuje zorganizować Senat RP w temacie nowoczesnego POZ.

Osoba głucha w środowisku szpitalnym. Co zrobić, aby uniknąć uprzedzeń?

Współcześnie, ze względu na natężenie hałasu pochodzenia cywilizacyjnego, głuchota staje się coraz częstszą chorobą. Pracownicy ochrony zdrowia, mimo iż znający podstawy zaburzeń słuchu, najczęściej wyrażają wiele obaw wobec kontaktu z osobami odmiennymi - ludźmi z niepełnosprawnością, ludźmi głuchymi. Preferują oni postawę unikania, a niejednokrotnie wręcz obojętności, niż okazanie należnego jakiegokolwiek zrozumienia oraz ponadstandardowej opieki. Personel pielęgniarsko-lekarski często tłumaczy unikanie kontaktu z osobą głuchą brakiem czasu spowodowanym zbyt dużym zakresem obowiązków. Dlatego też, nie poświęca im zwiększonej uwagi, a standardy praktyki obowiązujące w większości jednostek opieki zdrowot-

nej nie uwzględniają swoistych potrzeb tej kategorii pacjentów.

CHARAKTERYSTYKA PODSTAWOWYCH WYZNACZNIKÓW SYTUACJI OSÓB GŁUCHYCH

Osoba głucha jest to osoba, która ma ubytek słuchu w stopniu umiarkowanym lub znacznym. Według M. Białasa głuchota to „naturalna przypadłość ludzkiej kondycji” [Białas M. 2007, s. 102]. Pomocą dla tych osób może być aparat słuchowy, jednak w niektórych przypadkach będzie on tylko źródłem problemów. Dobranie odpowiedniego aparatu może skompensować jedynie ubytek, niestety nie wyleczy on całkowicie głuchoty. Czasem zdarzają się sytuacje, kiedy osoba posiadająca aparat słuchowy nie słyszy poprawnie [Panas A. 2003, s. 152], pojawiają się za to szu-

my. Osoby niesłyszące mają wiele barier znajdujących się wokół nich. Podstawową jest komunikacja z innymi ludźmi. Głusi posługują się językiem migowym, niestety bardzo mała część społeczeństwa posiada tę umiejętność. Brak akceptacji ze strony sąsiadów, innych osób również wpływa niekorzystnie na funkcjonowanie niesłyszących [Kaczmarek G. i wsp, s.33].

ODRĘBNOŚCI W KOMUNIKOWANIU SIĘ Z OSOBĄ GŁUCHĄ

Komunikowanie się z osobą z wadą słuchu nie powinno być stresującym momentem. Aby porozumiewanie się postępowało w prawidłowy sposób, należy przede wszystkim „patrzeć rozmówcy prosto w oczy” [Szczepankowski B. 2009, s. 19]. Osoba głucha często ob-

serwuje usta swojego rozmówcy, dlatego ważne jest, by się niepotrzebnie nie kręcić, nie odwracać, zakłóca to bowiem komunikację. Mimika twarzy stanowi również ważny element decydujący o emocjach towarzyszących rozmowie. W trakcie porozumiewania się z osobą głuchą nie należy zajmować się innymi sprawami. Jak przedstawia Hornakova: „do not eat and drink, smoke or necessary open the mouth”czyli “Nie jeść i nie pić, nie palić, ani nie otwierać ust”[Hornakova A. 2013, s. 160]. Chcąc, aby rozmowa przebiegła poprawnie, należy używać prostych słów, mało wyszukanych, gdyż nie każde słowo ma swój odpowiednik dla osoby głuchej. Czasem staje się on pojęciem abstrakcyjnym, którego nie potrafi zrozumieć osoba niesłysząca. Istotnym elementem wykorzystywanym w komunikowaniu się z osobą głuchą, jeśli jest to możliwe, jest słowo pisane.

DAKTYLOGRAFIA

Daktylografia jest jednym z elementów języka migowego. Pod tym pojęciem „rozumiemy kilka różnych grup

znaków migowych” [Szczepankowski B. 2009, s. 18]. W skład daktylografii wchodzi alfabet palcowy, liczebniki porządkowe, główne, ułamki, a także interpunkcja. Osoby uczące się języka migowego, w tym daktylografii, bardzo często wymawiają migane słowa w celu lepszego zrozumienia. Jednak ta czynność zamiast im pomóc, utrudnia naukę. W posługiwaniu się tym językiem bardzo ważne jest precyzyjne pokazywanie znaków. Dzięki temu osoba niesłysząca lub też całkowicie głucha, będzie mogła nas lepiej zrozumieć. Ciężko jest odróżnić osobę głuchą od słyszącej dopóki nie zacznie ona migać. Ich własny język pozwala stworzyć wspólnotę oraz własną kulturę, do której niestety wiele osób nie chce wejść. Wykorzystując w rozmowie język migowy, należy pamiętać o czytelności znaków. W przypadku, gdy osoba niesłysząca nie rozumie tego, co migamy, należy zamienić słowa i użyć mniej skomplikowanych. Alfabet palcowy w daktylografii przedstawia rysunek poniżej.



Ryc. 1. Alfabet palcowy.

Źródło: <http://www.braille.bydgoszcz.pl/index.php/publikacje/66-daktylografia-do-reki>

DIAGNOZOWANIE SYTUACJI ZDROWOTNEJ PACJENTA Z ZABURZENIAMI SŁUCHU

Pacjent przybywający na oddział zostaje poddany ocenie stanu zdrowia przez pielęgniarkę. Dzięki obserwacji chorego, jak również analizie jego stanu zdrowia, pielęgniarka tworzy diagnozy. Główne objawy i dolegliwości chorego ocenia się w sposób pogłębiony wg schematu nomotetycznego OLD CART (O-onset, L-location, D-duration, C-characteristics, A-aggravating, R-relievingfactors, T-treatment, tzn.: początek objawu, dolegliwości, lokalizacja, czas trwania, charakter, czynniki pogarszające, czynniki łagodzące, zastosowane leczenie), który pozwala dokładniej przyjrzeć się danej sytuacji zdrowotnej. Personel medyczny dzięki takiemu postępowaniu, może w sposób uzasadniony klinicznie realizować działania oraz dbać o to, by zapewnić choremu jak najlepsze warunki do wyzdrowienia. Dodatkowym atutem schematu OLD CART jest również rozpoznanie i szybka eliminacja czynników, które pogarszają dany problem występujący u chorego. Ważne jest także, aby zwracać uwagę na objawy subiektywne pacjenta, bez względu na to czy jest to małe dziecko, osoba głucha, słysząca czy niepełnosprawna. Szybka reakcja oraz wszystkie wymienione elementy ułatwiają postawienie trafnej i rzetelnej diagnozy, a następnie zaplanowanie skutecznego postępowania pielęgniarskiego.

Osoba, która stała się podmiotem moich badań, jest pacjentka XY, głucha. Trafiła do szpitala w trybie nagłym z powodu niedokrwistości wywołanej niedoborem żelaza. Dla chorej objawy ze strony anemii nie są aż tak poważne, jak moment hospitalizacji, stwarzający bardzo negatywne odczucia. Osoba głucha czuje się wówczas obco, zdaje sobie sprawę ze swojej sytuacji, towarzyszy jej niepokój, lęk oraz trudności w komunikacji z personelem medycznym. Na ogół pacjentka jest osobą pogodną, zadowoloną z życia, jednak obecna sytuacja powoduje u niej strach, zdenerwowanie jak również obniżenie nastroju. Chora jest świadoma osamotnienia,

Diagnoza pielęgniarska <i>Niepokój (6 pkt. wg skali VAS) spowodowany nieoczekiwaną hospitalizacją</i>	
Definicja: Niepokój jest to „niewyraźne, nieprzyjemne uczucie dyskomfortu lub zagrożenia wyzwalane w sposób automatyczny” (McCaffrey R. 2011, s. 326). Dla niektórych osób staje się on sygnałem ostrzegającym o niebezpieczeństwie.	
Objawy subiektywne	Objawy obiektywne
- brak apetytu - nudności - trudności z zasypianiem	- przyspieszenie tętna - zwiększona liczba oddechów - okresowe pocenie się - drżenie rąk
Cel opieki: Wyeliminowanie niepokoju u pacjenta w ciągu 2 dni.	
Działania/ interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne
Zachęcenie pacjenta do rozmowy dotyczącej czynników, które powodują nasilenie niepokoju.	Wiedza, którą posiada chora dotycząca występujących zdarzeń pomaga w obniżeniu nasilenia lęku (Antoni, 2006).
Znalezienie odpowiedniego momentu, aby usunąć źródło stresu (osamotnienie).	Utrzymanie lęku przez dłuższy okres może mieć negatywny wpływ na poziom życia. (Sareen et al., 2006).
Wyjaśnienie choremu działań oraz procedur dotyczących jego osoby poprzez używanie prostych komunikatów, rysunków, słowa pisanego.	Skuteczna rozmowa personelu z pacjentem jest ważna, by osiągnąć zamierzoną opiekę (Finke, Light i Kitko, 2008).
Zapewnienie pacjentowi przebywanie w cichym i spokojnym miejscu, zapewniającym odwrócenie uwagi od problemu.	Zbyt duży hałas powoduje zwiększenie lęku; zaangażowanie się w działania, które wymagają ciszy mogą mieć uspokajający wpływ na osoby starsze (Chaudhury, 2006).
Nauczenie pacjenta sposobu samodzielnego radzenia sobie z stresem, np. posiadanie kartoników z alfabetem palcowym, co ułatwi możliwość nawiązania kontaktu z otoczeniem.	Nauczenie chorych metod, które zmniejszają niepokój, może pomóc im w zmniejszeniu efektów ubocznych połączonych z wykorzystaniem samoopieki (Lu i Wykle, 2007).
Wynik opieki (ocena po dwóch dniach pracy z pacjentką): Niepokój został zmniejszony do 3 pkt. wg skali VAS.	

Diagnoza pielęgniarska <i>Trudności w porozumieniu się z personelem medycznym</i>	
Definicja: Trudność jest to „obniżenie lub brak zdolności do odbierania, przetwarzania, komunikowania” (Stacey M. Carroll 2011, s. 259).	
Objawy subiektywne	Objawy obiektywne
- zdenerwowanie - obniżenie nastroju - zbyt szybkie gestykulowanie - niechęć wobec innych	- unikanie kontaktu wzrokowego - brak możliwości porozumiewania się werbalnie - trudności z zachowaniem płynności mowy ciała - brak możliwości używania tego samego języka co personel medyczny
Cel opieki: Wypracowanie wspólnych gestów, by móc porozumieć się ze sobą w ciągu pobytu w szpitalu w czasie 2 dni.	
Działania/ interwencje pielęgniarskie	Uzasadnienie empiryczne
Rozpoznanie języka, którym posługuje się pacjent, jeśli jest to możliwe, zapewnienie osoby znającej język migowy.	Tłumacze języka migowego potrafią przekazać terminy medyczne, zmniejszając ryzyko naruszenia prywatności pacjenta oraz zasad poufności (Greenbaum i Flores, 2004).
Słuchanie w sposób uważny tego, co chory próbuje nam przekazać.	Pielęgniarka słuchająca pacjenta jest symbolem zaangażowania się w opiekę nad nim (Gregg, 2004).
Staranie się rozszyfrować mowę pacjenta, oraz zrozumienie jego gestów.	Rozumiani pacjenci czują się dobrze w nowym otoczeniu oraz są zadowoleni z opieki sprawowanej przez pielęgniarkę (Shattell i Hogan, 2005).
Zapewnienie pacjentowi tego samego zespołu terapeutycznego, by każda nowa osoba nie musiała na nowo wypracowywać systemu komunikowania się.	Współpraca ze stałym zespołem powoduje poprawę w komunikacji pomiędzy pacjentem a pielęgniarką oraz zmniejsza odczucie bezsilności ze strony chorego (Carroll, 2007).
Zwracanie się bezpośrednio do pacjenta oraz znajdowanie się w bliskiej odległości od niego.	Dostosowywanie odległości powoduje zwiększenie skuteczności rozpoznawania komunikatów chorego, jak również ulepsza cały proces opieki (Alexander Graham, 2007).
Wynik opieki (ocena po dwóch dniach pracy z pacjentką): Kontakt z pacjentką jest możliwy na poziomie akceptowalnym przez nią.	

które nastąpi w momencie, kiedy rodzina odjedzie do domu.

OSOBA GŁUCHA W SZPITALU

Osoba niesłysząca w szpitalu jest bardzo zestresowana. Od momentu pojawienia się w nowym otoczeniu, odczuwa niepokój, lęk i strach. Aby zminimalizować te negatywne emocje, pielęgniarki powinny ze szczególną starannością i powoli zapoznać chorego z topografią, prawami pacjenta, czy też z harmonogramem dnia w szpitalu. Wpłyń to korzystnie na proces jego adaptacji, a pacjent głuchy nie będzie czuł się wyizolowany z grupy. Przydzielenie pacjenta do danej sali również powinno być przemyślane. Nie należy łączyć osoby głuchej z osobami, które mogłyby wprowadzać negatywną atmosferę. Zaleca się jednak umieszczenie pacjenta w dwuosobowym pokoju, o ile to jest możliwe. Jeśli chory przybył do szpitala w towarzystwie bliskiej dla siebie osoby, zaleca się, aby ten członek rodziny towarzyszył pacjentowi do momentu zaadaptowania się. Takie działanie zminimalizuje lęk i niepokój u chorego. Głusi są zawsze pozytywnie nastawieni do osób, które choć w minimalnym stopniu próbują komunikować się z nimi i pomagać. Zawsze w miarę swoich możliwości wspierają pielęgniarkę w zrozumieniu tego, co chcą przekazać na tyle, na ile będą mogły. Osoby niesłyszące są tak samo pacjentami jak słyszący, dlatego przed wykonaniem czynności pielęgniarstwa czy zlecenia lekarskiego, powinno się poinformować ich o tym, poprzez np. pokazanie im sprzętu lub lekarstwa.

Reasumując rozważania, można stwierdzić, że osoba głucha ma większe trudności z adaptacją w nowym miejscu, jakim jest szpital, czy inna jednostka ochrony zdrowia. Jednym z czynników utrudniających zaadaptowanie się jest brak możliwości porozumienia się z personelem medycznym. Pielęgniarki, mając świadomość swoich kompetencji komunikacyjnych unikają osób głuchych i obawiają się nawiązania relacji w zakresie komunikowania. Jednak czasem wystarczy prosty gest, uśmiech, aby zminimalizować lęk głuchych. Nie-

słyszający pacjenci są świadomi swojej „inności”, bardzo często izolują się od reszty otoczenia, co jest negatywnym zjawiskiem, pogarszającym niejednokrotnie szansę na optymalne zdrowie i jakość ich życia. Pielęgniarki z większym poziomem empatii łatwiej nawiązują relację z osobą głuchą. Jednym z działań jakie może znacznie poprawić sytuację osób z zaburzeniami słuchu jest zaangażowanie w opiekę najbliższej rodziny, czy innych osób bliskich. Zastosowanie powyższych działań przyczyni się do szybszego powrotu do zdrowia oraz zmniejszeniu okresu pobytu pacjenta w szpitalu.

Katarzyna Zbylut

Tekst artykułu opracowano na podstawie pracy licencjackiej pt.: „Trudności adaptacyjne osoby głuchej w środowisku szpitalnym”, powstałej w Zakładzie Pielęgniarstwa, PWSZ w Krośnie. Promotor pracy: dr hab. D. Zarzycka, prof. ndzw.

BIBLIOGRAFIA:

1. Albańska P.: Problemy życia społecznego i zawodowego osób niedosłyszących i głuchych. w : Woźnicka E. (red.) : Tożsamość społeczno- kulturowa Głuchych, PZG Łódź, Łódź 2007.
2. Alexander Graham Bell Association for the Deaf and Hard of Hearing: Communicating with people who have a hearing loss. Available at www.agbell.org/docs/CWPWHHL.pdf. Accessed on March 9, 2007.
3. Antoni M.: Reduction of cancer – specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer, *Am J Psychiatr* 163 (10): 1791 – 1797, 2006.
4. Białas M.: Specyfika egzystencji osoby niesłyszącej w kontekście kulturowym. w: Głusi, język, metafora. Rozumienie metaforycznego znaczenia wrażeń językowych przez niesłyszących. Naukowe Wydawnictwo Piotrkowski, Piotrków Trybunalski 2007. s. 99-126.
5. Carroll SM.: Silent, slow lifeworld: the communication experiences of non-vocal ventilated patients, *Qual Health Res* 17(9): 1165- 1177, 2007.
6. Chaudhury H.: Nurses' perception of single – occupancy versus multi- occupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment, *Appl Nurs Res* 19(3): 118-125. 2006.

Komunikat

dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w sprawie prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych za pośrednictwem SMK

W związku z wejściem w życie z dniem 1 maja 2017 r. Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia uprzejmie informuje, co następuje:

Kształcenie rozpoczęte do dnia 30 czerwca 2017 r. będzie kontynuowane do chwili jego zakończenia na dotychczasowych zasadach.

Oznacza to, że jeśli Organizator prowadzi kształcenie na podstawie planów kształcenia oraz harmonogramów, w których wskazał rozpoczęcie kształcenia do dnia 30 czerwca 2017 r., kontynuuje to kształcenie poza systemem SMK.

Kształcenie rozpoczynające się od dnia 1 lipca 2017 r. będzie prowa-

dzone wyłącznie za pośrednictwem SMK.

Oznacza to, że plany kształcenia na II półroczu, tj. na okres od dnia 1 lipca 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. będą przesyłane przez organizatorów za pośrednictwem SMK.

Plany te należy przesłać do dnia 30 czerwca 2017 r.

Zamieszczenie planów w SMK, umożliwi zainteresowanym pielęgniarkom i położnym składanie wniosków, o zakwalifikowanie do wybranego rodzaju kształcenia, które to wnioski od dnia 1 lipca 2017 r., także będą składane za pośrednictwem SMK.

Kolejną czynnością będzie przesłanie harmonogramu kształcenia za pośredni-

ctwem SMK, na co najmniej 7 dni przed rozpoczęciem kształcenia, po uprzednim dokonaniu kwalifikacji uczestników za pośrednictwem SMK.

Poniżej prezentujemy instrukcję krok po kroku rejestracji w celu uzyskania profilu zaufanego ePUAP.

1. Wejdź na stronę <https://epuap.gov.pl>
2. Wybierz na górze strony:
3. Wypełnij wymagane pola – wzór poniżej.
4. Na koniec, kiedy wszystkie pola formularza wypełnione i dane są prawdziwe możesz wciśnij przycisk pod formularzem
5. Na następnym formularzu wpisz kod autoryzacji, który otrzymasz na numer telefonu podany przy zakładaniu profilu
6. W kolejnym kroku otrzymasz maila z informacją: Wniosek o potwierdzenie profilu zaufanego ePUAP dla użytkownika Imię Nazwisko (login) został złożony w dniu XXXX-XX-XX

W celu zweryfikowania wniosku o potwierdzenie profilu zaufanego użytkownika prosimy udać się do wybranego przez siebie punktu potwierdzającego (urząd miasta, urząd gminy, urząd skarbowy) z dowodem osobistym lub paszportem w ciągu 14 dni od daty wysłania wniosku. Po upływie 14 dni od daty wysłania, wniosek zostanie automatycznie odrzucony przez system.

Kiedy posiadasz już profil zaufany ePUAP możesz przystąpić do rejestracji w SMK

1. Wejdź na stronę: <https://smk.uzdrowie.gov.pl/login.jsp>
2. Wybierz [Załącz konto]
3. Wypełnij okno [Dane osobowe] (imię i nazwisko w dopełniaczu Jan Kowalski (kogo?) Jana Kowalskiego)
4. Wypełnij okno [Adres]
5. Wypełnij okno [Adres korespondencyjny] (jeśli jest inny niż adres powyżej,

3

Wypełnij wymagane pola – wzór poniżej

* pola wymagane

Pierwsze imię *	<input type="text" value="Jan"/>
Drugie imię	<input type="text" value="Janek"/>
Nazwisko *	<input type="text" value="Kowalski"/>
Login *	<input type="text" value="JanKowalski99"/>
Hasło *	<input type="password" value="....."/>
E-mail *	<input type="text" value="adresemail@wp.pl"/>
Powtórz e-mail *	<input type="text" value="adresemail@wp.pl"/>
Numer PESEL *	<input type="text" value="89100402206"/>
	<input type="checkbox"/> Nie posiadam numeru PESEL.
Nr telefonu *	+ <input type="text" value="48"/> <input type="text" value="123456789"/>

Zapoznałem się z zakresem i warunkami kor.

Login - musi być unikatową nazwą, nieużywaną w systemie przez inną osobę
Hasło - musi składać się z minimum 8 znaków (dużych liter, małych liter, cyfr i znaków specjalnych np. !@#%&*)
Adres e-mail - na niego przyjdzie informacja o utworzeniu konta na platformie ePUAP.
Numer Telefonu - numer telefonu komórkowego, za pomocą sms otrzymasz na ten numer kod autoryzacyjny przy każdym podpisywaniu dokumentów.

jeśli taki sam zaznacz [V] jak miejsce zamieszkania)

6. Wypełnij okno [Kontakt] (użyj adresu mailowego prywatnego - nie służbowego, ponieważ w przypadku zmiany miejsca pracy nie będziesz mogła / mógł odebrać informacji w sprawie SMK; uważaj, abyś nie popełniła/ nie popełnił błędu w adresie, ponieważ na niego otrzymasz za chwilę hasło dostępowe)

7. [Opcjonalny identyfikator P2] - pozostaw puste

8. Przeczytaj i zaznacz 2 x [V] w [Oświadczenia]

9. Naciśnij [Złóż wniosek o założenie konta]

Na adres mailowy wskazany przy rejestracji otrzymasz tymczasowe hasło, którym należy się załogować na **https://smk.ezdrowie.gov.pl/login.jsp**

1. Wybierz [Załoguj w P2]

SYSTEM MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA

2. Na następnym ekranie wybierz sposób, w jaki chcesz się uwierzytelnić

Login to adres mailowy wskazany przy rejestracji

Hasło — otrzymane w mailu

Przy pierwszym logowaniu konieczna jest zmiana hasła

3. Po poprawnym załogowaniu otwórz się taki formularz:

4. Jeśli będziesz się posługiwała / posługiwał profilem zaufanym ePUAP musisz teraz podać Identyfikator konta i identyfikator profilu zaufanego ePUAP (operacja jednorazowa).

W tym celu wejdź na stronę <https://www.p2sa.csioz.gov.pl/>

5. Wybierz [Logowanie do Systemu Administracji P2]

6. Na następnym ekranie wybierz sposób, w jaki chcesz się uwierzytelnić

Login to adres mailowy wskazany przy rejestracji

Hasło - to, na które zmieniłaś / zmieniłeś hasło tymczasowe.

Po prawidłowym załogowaniu pojawi się taki ekran:

6. Wybierz [Moje dane]

7. Login użyty do rejestracji profilu ePUAP wpisz w pole:

- Identyfikator konta ePUAP

- Identyfikator profilu zaufanego ePUAP

8. Po wpisaniu identyfikatorów naciśnij [Zapisz zmiany]

9. Następnie [Wyloguj się]

Pora wrócić do SMK.

1. Otwórz stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl>

2. Wybierz [Załoguj w P2]

3. Wybierz [Wnioski o modyfikacje uprawnień]

4. Wybierz po lewej stronie [Nowy wniosek o modyfikację uprawnień]

5. Sprawdź poprawność, wyświetlonych danych i zjedź do okna [Dodatkowe informacje]

6. W polu [Grupa biznesowa] wybierz [Pielęgniarka] lub [Położna]

7. W polu [Grupa funkcjonalna] wybierz [Użytkownik]

8. W polu [Jednostka akceptująca] wybierz [OIPIP]

9. W polu [Nazwa] wybierz z listy Krosno, wybierz przycisk [Akcje], a następnie przycisk [Wybierz]

Pełna nazwa podmiotu	Skrócona nazwa podmiotu	Pełna nazwa jednostki	Skrócona nazwa jednostki	Województwo	Miasto	Nip	Akcje
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu	OIPiP w Toruniu	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu	OIPiP w Toruniu	Kujawsko-Pomorskie	Toruń	9561921506	

Wybierz

10. Następnie wciśnij przycisk [Dalej]

11. Na kolejnym ekranie:

- wpisz nr PWZ (numer prawa wykonywania zawodu)
- pozostałe dwa pola pozostają puste
- lista specjalizacji (jeśli posiadasz naciśnij [Wybierz] i uzupełnij wymagane pola)
- tytuł naukowy (pozostaw puste)
- stopień wojskowy — jeśli posiadasz
- uczelnia — pozostaw puste

12. Następnie [Zapisz]

13. Na kolejnym ekranie zjedź do dołu i...

naciśnij [Podpisz podpisem ePUAP i wyślij] lub [Złóż wniosek papierowy].

Jeśli zdecydujesz się na złożenie wniosku papierowego musisz następnie wybrać [Akcja], następnie [Szczegóły] zjechać do dołu strony i wybrać [Dalej], jeszcze raz zjechać do dołu strony i wybrać [Drukuj]. Po zaakceptowaniu wniosku przez OIPIP - czy to po podpisaniu ePUAP czy złożony w wersji papierowej po zalogowaniu się będziesz miał do wyboru dwie role - zerowa i pielęgniarka.

Światowy Dzień Zdrowia 2017

Depresja - porozmawiajmy o niej

BIURO ŚWIATOWEJ ORGANIZACJI ZDROWIA W POLSCE

Tematem przewodnim kampanii z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia 2017 jest depresja.

Depresja dotyka ludzi w różnym wieku, z różnych środowisk i mieszkających we wszystkich krajach. Jest przyczyną cierpienia psychicznego i negatywnie wpływa na zdolność cierpiących na depresję osób do wykonywania nawet najprostszych codziennych czynności, a niekiedy prowadzi do zniszczenia relacji z rodziną i przyjaciółmi i niezdolności do pracy zarobkowej. W najgorszym

przypadku depresja może być przyczyną samobójstwa i jest drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w grupie osób w wieku 15-29 lat.

Ale depresji można zapobiegać i można ją leczyć. Lepsze zrozumienie tego, czym jest depresja i w jaki sposób można jej zapobiegać lub leczyć, pomoże zmniejszyć stygmatyzację związaną z tą chorobą i może zachęcić więcej osób do szukania pomocy.

Ogólnym celem jednorocznej kampanii, która rozpoczyna się 10 października 2016 czyli w Światowym Dniu Zdrowia Psychicznego jest doprowadzenie do

tego, aby we wszystkich krajach więcej osób cierpiących na depresję szukało pomocy i ją otrzymało.

Mówiąc konkretnie staramy się uzyskać następujące efekty:

- Społeczeństwo będzie więcej wiedziało o depresji, jej przyczynach i możliwych konsekwencjach, włącznie z samobójstwem oraz o tym, jaka jest lub może być dostępna pomoc w celu zapobiegania depresji lub leczenia chorujących na nią osób;
- Osoby cierpiące na depresję będą szukały pomocy;

ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA
2017

Depresja Porozmawiajmy o niej

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA KAMPANII



LetsTalk

www.who.int/depression/en

- Rodziny, przyjaciele i znajomi osób zmagających się z depresją będą w stanie zapewnić im wsparcie.

CZYM JEST DEPRESJA?

Depresja to choroba charakteryzująca się uporczywie utrzymującym się uczuciem smutku, utratą zainteresowania czynnościami, które na ogół sprawiają chorej osobie przyjemność. Często towarzyszy jej niezdolność do wykonywania codziennych czynności i stan ten utrzymuje się co najmniej przez okres dwóch tygodni. Ponadto u osób cierpiących na depresję występują następujące objawy: brak energii, zmiana apetytu, dłuższy lub krótszy sen, stany lękowe, trudności z koncentracją, niezdycydowanie, niepokój, poczucie bycia bezwartościowym

Czym jest depresja?

Depresja to choroba charakteryzująca się uporczywie utrzymującym się uczuciem smutku, utratą zainteresowania czynnościami, które na ogół sprawiają chorej osobie przyjemność. Często towarzyszy jej niezdolność do wykonywania codziennych czynności i stan ten utrzymuje się co najmniej przez okres dwóch tygodni.

Ponadto u osób cierpiących na depresję występują następujące objawy:

- brak energii
- zmiana apetytu;
- dłuższy lub krótszy sen;
- stany lękowe;
- trudności z koncentracją;
- niezdycydowanie;
- niepokój;
- poczucie bycia bezwartościowym
- poczucie winy lub beznadziei; oraz
- myśli o samookaleczeniu lub samobójcze



Główny aspekt kampanii

Głównym aspektem kampanii jest pokazanie tego, jak ważne jest mówienie o depresji, ponieważ sama rozmowa o depresji stanowi istotny element procesu dochodzenia do zdrowia. Stigmatyzacja chorób psychicznych, w tym depresji, nadal dla wielu osób na całym świecie stanowi barierę uniemożliwiającą szukanie pomocy.

Poruszenie tematu depresji i rozmowa z członkiem rodziny, przyjacielem lub pracownikiem opieki zdrowotnej, czy też w większej grupie, na przykład w szkole, miejscu pracy czy w miejscach spotkań towarzyskich albo w przestrzeni publicznej, np. w mediach informacyjnych, w blogach czy w mediach społecznościowych, pomoże przełamać stigmatyzację i w efekcie zachęci większą liczbę osób do szukania pomocy.

LetsTalk

www.who.int/depression/en

Hasło

Hasło kampanii brzmi: **Depresja – porozmawiajmy o niej.**

Do kogo chcemy dotrzeć?

Każdy może zachorować na depresję. Dlatego ta kampania adresowana jest do wszystkich, bez względu na wiek, płeć czy status społeczny. Światowa Organizacja Zdrowia postanowiła zwrócić szczególną uwagę na trzy grupy, w których depresja występuje nieproporcjonalnie częściej: młodzież nastoletnią i młodych dorosłych, kobiety w wieku rozrodczym (zwłaszcza po urodzeniu dziecka) i osoby starsze (po 60 roku życia). Materiały przygotowane z myślą o tych grupach dostępne są w zestawie materiałów kampanii.

Główne przesłanie

Depresja to powszechnie występujące zaburzenie psychiczne, które dotyka osoby w każdym wieku, we wszystkich środowiskach i we wszystkich krajach.

Ryzyko depresji wzrasta w sytuacji ubóstwa, bezrobocia, zdarzeń życiowych, takich jak śmierć bliskiej osoby czy rozpad związku, a także w przypadku choroby fizycznej i problemów spowodowanych nadużywaniem alkoholu i przyjmowaniem narkotyków. Depresja jest przyczyną cierpienia psychicznego i może wpływać na zdolność do wykonywania nawet najprostszych, codziennych czynności, takich jak: nawiązanie relacji z rodziną i przyjaciółmi.



- Nieleczona, może uniemożliwić chorym osobom pracę lub uczestniczenie w życiu rodzinnym i społecznym.
- W najgorszym przypadku depresja może doprowadzić do samobójstwa.
- Depresji można skutecznie zapobiegać i można ją leczyć. Leczenie na ogół obejmuje terapię wymagającą prowadzenie rozmowy lub przyjmowania leków przeciwdepresyjnych lub połączenie obu metod.
- Pracownicy często spotykanej stigmatyzacji depresji spowoduje, że więcej osób będzie szukało pomocy.
- Rozmowa z zaufanymi osobami może być pierwszym krokiem do wyjścia z depresji.

Ten przewodnik jest dla Ciebie Co staramy się osiągnąć?

Jeżeli czytałeś ten przewodnik po kampanii, to prawdopodobnie jesteś zainteresowany zaangażowaniem się w jej realizację. To wspaniała wiadomość, bo cele kampanii uda nam się osiągnąć tylko wtedy, jeżeli będziemy wszyscy współpracować.

Bez względu na to, czy pracujesz w administracji rządowej, organizacji pozarządowej czy w mediach, czy jesteś lekarzem, nauczycielem, dziennikarzem, blogerem, rodzicem, czy po prostu osobą, która uściszała o kampanii i chciałaby się do niej przyłączyć, ten przewodnik jest właśnie dla Ciebie!



Ogólnym celem jednorocznej kampanii, która rozpoczyna się 10 października 2016 czyli w Światowym Dniu Zdrowia Psychicznego jest nie do tego, aby we wszystkich krajach więcej osób lepiej szukało pomocy i ją otrzymało.

nie staramy się uzyskać następujące efekty: lepiej wiedzieli o depresji, jej przyczynach i możliwościach, włącznie z samobójstwem oraz o tym, jaka jest lub pnia pomoc w celu zapobiegania depresji lub leczenia nią osób; że na depresję będą szukały pomocy; aże i znajomi osób zmagających się z depresją będą nic im wsparcie

W jaki sposób możesz się zaangażować?

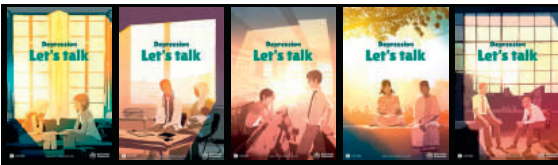
Wykorzystaj materiały przygotowane na potrzeby kampanii lub dokonaj ich adaptacji.

Przygotowaliśmy serię plakatów i ulotek (w języku angielskim), które mają rozpocząć kampanię.

Plakaty

Każdy plakat opisuje rozmowę o depresji toczącą się między dwiema osobami: matką i córką, matką z najmłodszym dzieckiem i pracownikiem opieki zdrowotnej, uczniem i nauczycielem, dwoma młodymi w miejscu pracy, oraz starszą i młodszą kobietą. W każdym scenariuszu można rozwinąć aspekt różnic kulturowych, a plakaty dostępne są w językach angielskim, arabskim, chińskim, francuskim, hiszpańskim i rosyjskim.

Plakaty do pobrania dostępne są tutaj.



Ulotki

Ulotki przygotowane na potrzeby kampanii przedstawiają ważne informacje na temat depresji i mają na celu zwiększenie świadomości i wiedzy o tym, czym jest depresja i w jaki sposób można jej zapobiegać i leczyć.

Podczas działań prowadzonych w ramach kampanii można wykorzystać następujące ulotki:

- Depresja – co powiniem o niej wiedzieć?
- Ktoś z Twoich bliskich, przyjaciół lub znajomych cierpi na depresję?
- Obawiasz się, że Twoje dziecko może mieć depresję?
- Martwisz się o przyszłość? Zapobieganie depresji u nastolatków i młodych, dwudziestokilkuletnich osób.
- Zastanawiasz się, dlaczego po narodzinach dziecka nie czujesz się szczęśliwym?
- Zachowanie pozytywnego usposobienia i zapobieganie depresji w starszym wieku.
- Czy znasz kogoś, kto może myśleć o samobójstwie?
- Czy ogarnia Cię poczucie, że nie warto żyć?
- Proszę zauważyć, że materiały opatrzone logo WHO powinny być wykorzystywane w takiej postaci, w jakiej zostały przygotowane. W przypadku pytań dotyczących wykorzystania materiałów, prosimy o kontakt mailowy na adres whd17@who.int, lub z biurem WHO w Polsce: eurowhopol@who.int



Każda ulotka dostępna jest w językach: [angielskim](#), [arabskim](#), [chińskim](#), [francuskim](#), [hiszpańskim](#) i [rosyjskim](#)

Zastanów się, gdzie można udostępnić materiały kampanii, aby dotarły do osób, dla których są przeznaczone. Kilka możliwych miejsc to: ośrodki zdrowia, gabinety lekarskie, poradnie, szpitale, szkoły, uczelnie, supermarkety, domy kultury i kluby, stowarzyszenia, miejsca pracy, miejsca modlitwy oraz środki transportu publicznego.

Założenia kampanii

Światowy Dzień Zdrowia obchodzony co roku 7 kwietnia, w rocznicę powstania Światowej Organizacji Zdrowia daje nam unikalną możliwość mobilizacji działań poświęconych konkretnym zagadnieniom i problemom zdrowotnym, ważnym dla ludzi na całym świecie.

Tematem przewodnim kampanii z okazji obchodów Światowego Dnia Zdrowia 2017 jest depresja.

Depresja dotyka ludzi w różnym wieku, z różnych środowisk, we wszystkich krajach. Jest przyczyną cierpienia psychicznego i negatywnie wpływa na zdolność cierpiących na depresję osób do wykonywania nawet najprostszych codziennych czynności, a niekiedy prowadzi do zniszczenia relacji z rodziną i przyjaciółmi i niezdolności do pracy zarobkowej.

W najgorszym przypadku depresja może być przyczyną samobójstwa i jest drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w grupie osób w wieku 15-29 lat.

Ale depresji można zapobiegać i można ją leczyć. Lepsze zrozumienie tego, czym jest depresja i w jaki sposób można jej zapobiegać lub leczyć, pomoże zmniejszyć stigmatyzację związaną z tą chorobą i może zachęcić więcej osób do szukania pomocy.



Pytania?

Jeśli masz pytania dotyczące kampanii, prosimy o kontakt mailowy na adres whd17@who.int. Odpowiemy możliwie najszybciej.

wym, poczucie winy i beznadziei, myśli o samookaleczeniu lub samobójcze.

GŁÓWNE ZAŁOŻENIE KAMPANII

Głównym założeniem kampanii jest wskazanie, jak ważne jest mówienie o depresji, ponieważ sama rozmowa o depresji stanowi istotny element procesu dochodzenia do zdrowia. Stigmatyzacja chorób psychicznych, w tym depresji, nadal dla wielu osób na całym świecie stanowi barierę uniemożliwiającą szukanie pomocy. Poruszenie tematu depresji i rozmowa z członkiem rodziny, przyjacielem lub pracownikiem opieki zdrowotnej czy też w większej grupie, na przykład w szkole, miejscu pracy czy miejscach spotkań towarzyskich albo w przestrzeni publicznej, np. w mediach informacyjnych, w blogach czy w mediach społecznościowych, pomoże prze-

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA KAMPANII

Depresja Porozmawiajmy o niej

ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA 2017

Zorganizuj działania lub wydarzenia

Zorganizowanie działania lub wydarzenia to znakomity sposób podnoszenia świadomości i zwiększania wiedzy o depresji przy jednoczesnym stymulowaniu działań zarówno wśród indywidualnych osób, jak i na większą skalę. Jeżeli zdecydujesz się na organizację wydarzenia, pamiętaj proszę o następujących kwestiach:

- Co starasz się osiągnąć?
- Do kogo chcesz dotrzeć?
- Co zachęciłoby Twoją grupę docelową do uczestnictwa?
- Kiedy i gdzie odbędzie się wydarzenie?
- Czy będziecie organizować wspólnie z innymi organizacjami?
- Kto będzie zaproszony? Czy jakies znane osoby mogłyby pomóc w osiągnięciu tych celów?
- Czy posiadacie odpowiednie zasoby do realizacji tych celów? A jeśli nie, to czy możecie je pozyskać?
- Jak będziecie promować organizowane wydarzenia?
- Czy media mogą pomóc w osiągnięciu Waszych celów? Jeżeli tak, to do których mediów należy się zwrócić?



- W jaki sposób zamierzacie udostępnić informacje o prowadzonych przez Was działaniach po wydarzeniu?
- W jaki sposób będziecie mierzyć wyniki i sukcesy? Działania, które można przeprowadzić: fora dyskusyjne, imprezy z warsztatami dla dziennikarzy, konkursy plastyczne, poranne spotkania przy kawie, koncerty, wydarzenia sponsorowane – wszystko, z czym się do czegoś chce, zyski się do czegoś może wykorzystać. W tym, w jaki sposób można jej zapobiegać i leczyć. W jaki sposób zaangażowaniem znanych osób z własnej organizacji, które mogą mieć wpływ na osoby, do których chcecie dotrzeć.

Pamiętaj, że jest to niełatwa kampania, działania i wydarzenia mogą być organizowane przez cały rok. Zachęcamy do organizowania różnych działań i wydarzeń w dniu Światowego Dnia Zdrowia czyli 7 kwietnia 2017 r. W tym dniu, jeśli to możliwe, zgromadź się na zagadnieniach zdrowia, co pozwoli w większym stopniu zwiększyć świadomość depresji.

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA KAMPANII

Depresja Porozmawiajmy o niej

ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA 2017

Informacje o depresji

Jeżeli organizujesz wydarzenie lub opracowujesz własne materiały dla potrzeb kampanii, poniżej przedstawiamy kilka faktów i danych, które może zdecydować wykorzystać:

- Na całym świecie zwiększa się występowanie powszechnych zaburzeń psychicznych. W latach 1990 - 2013, liczba osób cierpiących na depresję i/lub zaburzenia lękowe wzrosła bez mała o 50%.
- Niemal 10% ludności świata cierpi na jedno lub oba z tych zaburzeń.
- W skali globalnej udział depresji w latach życia z niepełnosprawnością wynosi 10%.
- W rejonach katastrof humanitarnych i trwających konfliktów depresja lub zaburzenia lękowe występują u 1 na 5 osób.
- Depresja zwiększa ryzyko innych chorób niezakaźnych, takich jak cukrzyca i choroby układu krążenia. Ponadto, takie choroby jak cukrzyca oraz choroby układu krążenia zwiększają ryzyko depresji.



- Depresja poporodowa u kobiet może mieć niekorzystny wpływ na rozwój niemowlę.
- W wielu krajach na świecie, nie ma żadnego lub dostępnego jest bardzo niewiele wsparcie dla osób cierpiących na zaburzenia psychiczne.
- Nawet w krajach o wysokim poziomie dochodów, 20% osób cierpiących na depresję nie jest leczonych.
- Brak leczenia powszechnie występujących zaburzeń zdrowia psychicznego podlega za sobą wysokie koszty ekonomiczne – wyniki nowego badania przeprowadzonego pod auspicjami WHO wskazują, że w skali całego świata roczne koszty depresji i zaburzeń lękowych sięgają ponad 1 bilion USD.
- Koszty zapobiegania i leczenia najpowszechniejszych zaburzeń zdrowia psychicznego są stosunkowo niewielkie.

LetsTalk

www.who.int/depresja/en

LetsTalk

www.who.int/depresja/en

łamać stygmatyzację i w efekcie zachęcić większą liczbę osób do szukania pomocy.

HASŁO

Hasło kampanii brzmi: **Depresja - porozmawiajmy o niej.**

Każdy może zachorować na depresję. Dlatego ta kampania adresowana jest do wszystkich, bez względu na wiek, płeć czy status społeczny. Światowa Organizacja Zdrowia postanowiła zwrócić szczególną uwagę na trzy grupy, których depresja dotyka nieproporcjonalnie częściej: młodzież nastoletnią i młodych dorosłych, kobiety w wieku rozrodczym (zwłaszcza po urodzeniu dziecka) i osoby starsze (po 60 roku życia). Materiały przygotowane z myślą o tych grupach

dostępne są w zestawie materiałów kampanii.

GŁÓWNE PRZESŁANIE

- Depresja to powszechnie występujące zaburzenie psychiczne, które dotyka osoby w każdym wieku, ze wszystkich środowisk i we wszystkich krajach.
- Ryzyko depresji wzrasta w sytuacji ubóstwa, bezrobocia, zdarzeń życiowych, takich jak śmierć bliskiej osoby czy rozpad związku, a także w przebiegu choroby fizycznej i problemów spowodowanych nadużywaniem alkoholu i przyjmowaniem narkotyków.
- Depresja jest przyczyną cierpienia psychicznego i może wpływać na zdolność do wykonywania nawet najprostszyc, codziennych czynności,

niszcząc niekiedy relacje z rodziną i przyjaciółmi.

- Nieleczona, może uniemożliwiać chorym osobom pracę lub uczestniczenie w życiu rodzinnym i społecznym.
- W najgorszym przypadku depresja może doprowadzić do samobójstwa.
- Depresji można skutecznie zapobiegać i można ją leczyć. Leczenie na ogół obejmuje terapię wymagającą prowadzenie rozmowy lub przyjmowania leków przeciwdepresyjnych lub połączenie obu metod.
- Przewyciężenie często spotykanej stygmatyzacji depresji spowoduje, że więcej osób będzie szukało pomocy.
- Rozmowa z osobami, którym się ufa może być pierwszym krokiem do wyjścia z depresji.

„Gratulować, dziękować to mało
Najpiękniejsze kwiaty nic nie znaczą
Trzeba pojąć całą głębię tej służby
Pielęgniarską codzienną pracę.”

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

Zuzanny Mazur

pielęgniarki oddziałowej Oddziału Dziecięcego SP ZOZ w Lesku, z którym była związana przez cały okres pracy zawodowej. Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.

*Pielęgniarka Naczelna
oraz Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne
SP ZOZ w Lesku*

Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki



Małgorzaty Garstki

Pielęgniarki Oddziału Dziennego Psychiatrycznego
Szpitala Specjalistycznego w Jaśle

Zmarła po sześcioletnim zmaganiu się z chorobą
w wieku 49 lat.

Była osobą ciepłą pełną wrażliwości na cierpienie innych.
Zawsze gotowa do pracy, życzliwa, oddana ludziom,
człowiek o wielkim sercu.

Mimo ciężkiej choroby potrafiła cieszyć się każdą chwilą
spędzoną z przyjaciółmi i rodziną.

„ Nie umiera ten kto w pamięci żywych”

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60
www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa
DRUK: Chroma. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 24 VIII 2017 roku.

MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

MPIP

Miesięcznik Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Zawodowy punkt
widzenia!



Magazyn Pielęgniarki i Położnej to:

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

Co miesiąc cenne nagrody dla prenumeratorów!

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

www.nipip.pl