



# FORUM

## ZAWODOWE 1(106)2017

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

## W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 4** Kalendarium pracy OIPIP w Krośnie
- 13** Notatka ze spotkania przedstawicieli NRPiP i OPZZPiP z Podsekretarzem Stanu Krzysztofem Łandą w sprawie rozporządzeń koszykowych
- 14** Notatka z udziału w posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia w dniu 14.12.2016r. oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki
- 15** Apel Nr 1 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie obniżenia odpłatności za szkolenia specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne
- 16** Zmiana regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego
- 16** Opinia w sprawie szczepień ochronnych wykonywanych przez położne
- 17** Surowce roślinne stosowane w infekcjach dróg oddechowych
- 20** Pytania i odpowiedzi
- 25** Gratulacje i podziękowania
- 26** Informacja dla osób prowadzących praktykę zawodową oraz rejestrujących po raz pierwszy praktykę w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
- 26** Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych
- 28** Informacje o opłaceniu składek członkowskich

*Ludzie szczęśliwi...  
Wdzięczni za każdy dar,  
wnoszący słońce do domu.  
W ich sercach jest raj,  
do którego wszystkich  
chętnie zapraszają.*

*Ludzie szczęśliwi:  
są wobec siebie życzliwie nastawieni,  
udzielając sobie wzajemnie  
pełni życiowej przestrzeni.  
Każdy z nich  
może pozostać w ten sposób takim, jakim jest,  
ze swoim własnym rytmem życia.*

*Ludzie szczęśliwi:  
nie potrzebują do szczęścia wiele.  
Nie zakochują się w swoich problemach.  
Sami biorą się do dzieła, nie oczekując  
niczego od innych.*

*Ludzie szczęśliwi:  
żyją zadowoleni i promieniają pokojem  
W innych widzą dobro.  
Wnoszą światło tam, gdzie panuje mrok.  
Nigdy nie są niebezpieczni.*

### **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](http://www.oipip.krosno.pl),  
e-mail: [oipip@interia.pl](mailto: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 po-  
dyplomowych** 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 Państwa ręce pierwszy w tym roku Biuletyn. Prezentujemy w nim treści, które naszym zdaniem, są istotne dla środowiska.

W mijającym roku samorząd zawodowy podejmował wiele inicjatyw związanych z funkcjonowaniem pielęgniarstwa, położnictwa oraz organizacją całego systemu opieki zdrowotnej. Niewątpliwie szereg z nich miało istotny wpływ na naszą pozycję i działalność zawodową.

Wiele działań zostało rozpoczętych i nadal będą one w kontynuowane. Dotyczy to między innymi wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, zmian do rozporządzeń koszykowych w zakresie świadczeń gwarantowanych, czy kontraktowania świadczeń przez NFZ.

Także w tym okresie nasz samorząd zawodowy musiał zmierzyć się z niezwykle istotnym problemem, tj. przywróceniem do pracy w jednym z naszych szpitali zawieszonych oddziałów ginekologiczno-położniczego i neonatologicznego. Osobiście zaangażowałam się w szukanie miejsc pracy dla koleżanek, zwłaszcza położnych. Takie działania podejmowała również dyrekcja szpitala. Przeprowadziłam wiele rozmów z decydentami, politykami, osobami, które mogłyby mieć wpływ na funkcjonowanie w/w oddziałów. Miałam nadzieję, że pomimo wielu trudności, „po przezwyciężeniu”, oddziały uda się na nowo uruchomić. Niestety, stało się inaczej. Bardzo

nad tym ubolewam i w dalszym ciągu nie akceptuję. Nie wyobrażam sobie, że tak duże miasto pozostanie bez tych podstawowych oddziałów, a pacjentki będą musiały korzystać z opieki w znacznie oddalonych placówkach. Co więcej, taka sytuacja wiąże się z utratą pracy dla koleżanek położnych, które w zawodzie przepracowały wiele lat. Póki co, rynek pracy nie wykazuje zapotrzebowania na pracę położnych, dlatego zaledwie kilka osób znalazło zatrudnienie. Chcę mocno podkreślić, że Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośno wspierała, wspiera i będzie wspierać wszystkie koleżanki w podejmowanych decyzjach. Są to bardzo trudne chwile, jednak w takich sytuacjach musimy być jednością, wspierać się i pomagać sobie nawzajem.

Wiele emocji, w dalszym ciągu, budzi podstawowa opieka zdrowotna, a szczególnie proponowane zmiany do ustawy o poz. Zwracamy uwagę na obawy pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej wynikające z projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w szczególności w zakresie samodzielności zawodowej. Nie wiemy jak będą wyglądać przepisy wykonawcze, czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia, które doprecyzują organizację całej podstawowej opieki zdrowotnej. Jednocześnie pragniemy przypomnieć o podpisanych przez Ministra Zdrowia Marianna Zembalę Rekomendacjach, w których wpisano wskaźniki zatrudnienia pielęgniar

niarek i położnych w poszczególnych dziedzinach medycyny.

W treści tego Biuletynu znajdziecie Państwo także korespondencję dotyczącą między innymi zatrudniania ratowników medycznych na oddziałach intensywnej opieki medycznej i blokach operacyjnych, odpowiedź Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej dotyczącą sytuacji pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Domach Pomocy Społecznej, a także informacje dotyczące zmiany regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego. Zachęcamy do zaglądania na naszą stronę internetową, na której systematycznie zamieszczamy treści istotne dla naszego środowiska.

Bardzo szybko reagujemy na rosnące potrzeby środowiska zawodowego. Podjęliśmy wiele działań, które mam nadzieję, pomogą nam budować wizerunek współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa. Zaangażowanie i determinacja są tutaj niezwykle potrzebne.

Przed nami wiele pracy. Musimy być czujni, ponieważ rok zapowiada się bardzo dynamicznie.

*Serdecznie pozdrawiam,  
Przewodnicząca ORPiP w Krośno  
Renata Michalska*

# Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 grudnia 2016 r. do 31 stycznia 2017 r.

## 2 GRUDNIA 2016 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w III Podkarpackim Kongresie Położnych zorganizowanym przez Wojewódzkiego Konsultanta w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego Krystynę Krygowską w Podkarpackim Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie.

## 6 GRUDNIA 2016 r.

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

## 7-8 GRUDNIA 2016 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w posiedzeniu NR PiP w Warszawie.

## 12 GRUDNIA 2016 r.

Posiedzenie Zespołu ds. Domów Pomocy Społecznej.

## 13 GRUDNIA 2016 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w Komisji Egzaminacyjnej kursu specjalistycznego w zakresie „Ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych” w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Krośnie.

## 14 GRUDNIA 2016 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej i Skarbnika ORPiP Bożeny Jastrzębskiej w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Otolaryngologicznego, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej z Pododdziałem Urologicznym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

## 15 GRUDNIA 2016 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 17 Uchwał. Były to uchwały w sprawie: przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych

dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru, wykreślenia pielęgniarek z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, wydania duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki w związku z jego utratą, skierowania do odbycia przeszkolenia położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, 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, zmiany uchwały dotyczącej powołania zespołów problemowych, uchwalenia projektu prowizorium budżetowego OIPiP w Krośnie na I kwartał 2017 roku, prenumeraty czasopism na rok 2017, przedłużenia abonamentu Serwis Prawo i Zdrowie na rok 2017, przyznania rekompensaty pieniężnej za pracę w organach Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zatrudnienia na umowę – zlecenie osoby do sprzątania pomieszczeń biurowych OIPiP w Krośnie, zmiany uchwały dotyczącej zatwierdzenia Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Na posiedzeniu podjęto także Apel dotyczący obniżenia odpłatności za szkolenia specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne.

Posiedzenie Komisji finansowo – socjalnej. Przyznano 18 zapomóg dla pielęgniarek i położnych.

Posiedzenie Komisji ds. szkolenia i doskonalenia zawodowego. 56 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

## 19 GRUDNIA 2016 r.

Udział Przewodniczącej Renaty Michalskiej i przedstawicieli ORPiP do Zgromadzenia Wspólników i Rady Nadzorczej Ewy Poniatowskiej, Agaty Włodyka i Małgorzaty Sidor w Wspólnej Wieczery Wigilijnej w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie.

dyka i Małgorzaty Sidor w Wspólnej Wieczery Wigilijnej w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Spółka z o.o. w Rzeszowie.

## 20 GRUDNIA 2016 r.

Przewodnicząca złożyła życzenia świąteczne dla Dyrekcji, Pielęgniarek i Położnych pracujących w Uzdrawisku Iwonicz Zdrój i Uzdrawisku Rymanów Zdrój.

## 21 GRUDNIA 2016 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej, Wiceprzewodniczącej Barbary Błażejowskiej-Kopiczak i Wiceprzewodniczącej Krystyny Krygowskiej w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Pulmonologicznego, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Dziecięcego, Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarów Mózgowych Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej i Wiceprzewodniczącej ORPiP Krystyny Krygowskiej, Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego w audycji radiowej pt. „Jestem za, jestem przeciw”. Rozmowa w Radiu Rzeszów dotyczyła standardów opieki okołoporodowej.

## 10 STYCZNIA 2017 r.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa Samodzielnego Publicznego Gminnego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Rymanowie.

## 12 STYCZNIA 2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Podjęto 12 uchwał. Były to uchwały w sprawie: stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, pielęgniarskiego i położnej,

oraz wpisu do rejestru, wykreślenia z rejestru, przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego i w sprawie przyznania dodatku do wynagrodzenia dla pielęgniarek - pracowników OIPIP w Krośnie.

Posiedzenie Komisji finansowo – socjalnej. Przyznano 10 zapomóg dla pielęgniarek i położnych.

Posiedzenie Komisji ds. szkolenia i doskonalenia zawodowego. 14 osób otrzy-

mało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

#### **17 STYCZNIA 2017 r.**

Spotkanie członków Komisji ds. kontraktowania świadczeń pielęgniarek i położnych w celu wypracowania uwag do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

#### **24 STYCZNIA 2017 r.**

Przewodnicząca ORPiP w Krośnie uczestniczyła w spotkaniu współwłaści-

cieli nieruchomości położonej w Krośnie przy ul. Bieszczadzkiej 5.

#### **30 STYCZNIA 2017 r.**

Przewodnicząca ORPiP w Krośnie po raz kolejny uczestniczyła w spotkaniu współwłaścicieli nieruchomości położonej w Krośnie przy ul. Bieszczadzkiej 5, w związku z koniecznością przygotowania postępowania przetargowego na zarządzanie nieruchomością.



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-OIE.060.308.2016

Warszawa, 3 października 2016 r.

#### **Pani dr n. o zdr. Beata Cholewka**

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor,

W związku z wątpliwościami interpretacyjnymi wynikającymi z pytań pielęgniarek zwracamy się z uprzejmą prośbą o przedstawienie Państwa opinii w kwestii, czy pielęgniarka posiadająca tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa uzyskany w roku 1995 jest uprawniona do kształcenia na kierunku położnictwo na poziomie studiów I stopnia wg. skróconej ścieżki kształcenia trwającej co najmniej 18 miesięcy, określonej w art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. z 2016r. poz. 1251)?

Należy wskazać, iż w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 6 lipca 2007 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 176, poz. 1237) został po raz pierwszy wpro-

wadzony zapis przewidujący kształcenie na studiach wyższych zawodowych (licencjackich) w zakresie położnictwa, dla pielęgniarki posiadającej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji wymienionych w załączniku 5.2.2 do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22, z późn. zm.) przez okres trwający co najmniej 18 miesięcy i obejmujący tę część programu kształcenia położnych, która nie została zrealizowana w ramach równoważnego kształcenia w szkole pielęgniarstwa. W projekcie ww. ustawy (druk sejmowy nr 1776), w ocenie skutków regulacji (OSR), wskazano natomiast, iż powyższa regulacja jest przewidziana wyłącznie dla pielęgniarek, które ukoń-

czą w przyszłości studia pielęgniarstwa z tytułem licencjata (po studiach rozpoczętych po dniu 1 maja 2004 r.)

W związku z powyższym powstała wątpliwość czy tożsama regulacja, która zawarta jest obecnie w art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej przewidująca ww. skróconą ścieżkę kształcenia będzie mogła mieć aktualnie zastosowanie także do pielęgniarek, które ukończyły kształcenie na poziomie studiów wyższych magisterskich przed 1 maja 2004 r.

Będziemy niezmiernie wdzięczni za przedstawienie Państwa opinii w powyższej kwestii.

*Z wyrazami szacunku  
Mariola Łodzińska  
Wiceprezes NRPIP*



Ministerstwo Zdrowia

PP-WPS.0762.16./DZ

#### **Departament Pielęgniarek i Położnych**

Warszawa, 17.11.2016

#### **Pani Zofia Małas**

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W związku z pismem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 października br. w sprawie opinii czy pielęgniarka posiadająca tytuł zawodowy ma-

gistra pielęgniarstwa uzyskany w roku 1995 jest uprawniona do kształcenia na kierunku położnictwo na poziomie studiów pierwszego stopnia wg skróconej ścieżki kształcenia trwającej co najmniej

18 miesięcy określonej w art. 53 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanej dalej „ustawą” - uprzejmie proszę o przyjęcie następującej informacji.

Zgodnie z art. 53 ust. 3 pkt. 2 ww. ustawy kształcenie w szkole położnych trwa co najmniej 18 miesięcy i obejmuje tę część programu kształcenia położnych, która nie została zrealizowana w ramach równoważnego kształcenia w szkole pielęgniarskiej - w przypadku osoby posiadającej jeden z dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji wymienionych w załączniku 5.2.2 do dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 z 30.09.2005, str. 22 z późn. zm.).

W załączniku 5.2.2 do ww. dyrektywy w przypadku Rzeczypospolitej Polskiej dokumentem potwierdzającym posiadanie kwalifikacji pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną jest „dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku

pielęgniarstwo z tytułem magister pielęgniarstwa”, organem wydającym dokument jest „instytucja prowadząca kształcenie na poziomie wyższym uznana przez właściwe władze”, uzyskiwany tytuł zawodowy „pielęgniarka”, natomiast datę odniesienia określono na dzień „1 maja 2004 r.”

W tekście jednolitym dyrektywy wymieniony jest jedynie dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo z tytułem magister pielęgniarstwa, jednakże należy mieć na uwadze komunikat Komisji Europejskiej dotyczący notyfikacji dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe (Dz. Urz. UE C 137 z 04.06.2008), zgodnie z którym w załączniku 5.2.2. w odniesieniu do Polski umieszczono również „dyplom studiów wyższych/zawodowych na kierunku/ specjalności pielęgniarstwo z tytułem licencjat pielęgniarstwa”.

W związku z powyższym kształcenie prowadzone na podstawie art. 53 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczy zarówno osób posiadających dyplom ukończenia studiów wyższych/zawodowych na kierunku/specjalności pielęgniarstwo z tytułem licencjat pielęgniarstwa, jak i osób posiadających dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo z tytułem magister pielęgniarstwa, a regulacja ta, zgodnie z załącznikiem 5.2.2 do ww. dyrektywy jest przewidziana wyłącznie dla osób, które ukończyły studia pielęgniarskie po dniu 1 maja 2004 r.

*Z poważaniem*  
Dyrektor Departamentu  
Pielęgniarek i Położnych  
dr n. o zdr. Beata Cholewka



MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ  
DEPARTAMENT KSZTAŁCENIA  
ZAWODOWEGO I USTAWICZNEGO

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
w odpowiedzi na pismo sygn. OI-PiP.0012.22.2016, przy którym przedłożono Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 października 2016 r. w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian ustawowych w obszarze kształcenia w zawodzie pielęgniarki, Departament Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego MEN uprzejmie wyjaśnia.

Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia wynika, że resort zdrowia prowadzi konsultacje robocze w przedmiotowym zakresie z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych celem zapewnienia zgodności rozważanego sposobu kształcenia pielęgniarek z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzeniem (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej

DKZU-WKZ.4214.45.2016.EM

Warszawa, 25 stycznia 2017 r.

**Sz. P. Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym.

Jednocześnie Departament Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego uprzejmie informuje, że kształcenie zawodowe w ramach systemu oświaty odbywa się w zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego<sup>1</sup>. Zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2016 r. poz. 1943, z późn. zm.), minister właściwy do spraw oświaty i wychowania określa, w drodze rozporządzenia, klasyfikację zawodów szkolnictwa zawodowego na wniosek ministra właściwego w zakresie danego zawodu (wprowadza nowe zawody do klasyfikacji, wykreśla zawody bądź dokonuje ich modyfikacji). W przypadku zawodu pielęgniarka ministrem właściwym jest Minister Zdrowia, który powinien dokonać oceny uzasadnienia wprowadzenia zawodu do klasyfikacji (kształcenia w określonym typie i rodzaju szkoły) z punktu widzenia potrzeb danej branży czy gałęzi gospodarki oraz biorąc pod uwagę wymagania kwali-

fikacyjne określone w przepisach regulujących funkcjonowanie danego obszaru.

Wniosek Ministra Zdrowia dotyczący umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka (wprowadzenie zawodu do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego) powinien zawierać:

1) opis zawodu oraz kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu, wraz ze zbiorem umiejętności zawodowych dla każdej kwalifikacji, sporządzony z uwzględnieniem charakterystyk poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia, oraz propozycję dotyczącą przypisania poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji do kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu;

2) uzasadnienie potrzeby kształcenia w tym zawodzie;

3) nazwę i miejsce zawodu w określonej grupie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy;

4) informację o potrzebach rynku pracy w zakresie danego zawodu.

Do wniosku powinna być dołączona opinia organizacji pracodawców, reprezentatywnych w rozumieniu ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz. U. poz. 1240).

Do Ministra Edukacji Narodowej nie wpłynął wniosek Ministra Zdrowia dotyczący wprowadzenia do klasyfikacji za-

wodów szkolnictwa zawodowego nowego zawodu Pielęgniarka.

*Z poważaniem*  
*Piotr Bartosiak*  
*Naczelnik Wydziału*  
*p.o. Zastępcy Dyrektora*  
*Departament Kształcenia*  
*Zawodowego i Ustawicznego*

<sup>1</sup> Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2016 r. poz. 2094)



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPiP-DM.002.21.2017.TK

Warszawa, 16 stycznia 2017 r.

#### **Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na Pani pismo z dnia 29 listopada 2016 r. dotyczące przyznania pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w jednostkach organizacyjnych Państwowej Inspekcji Pracy na stanowiskach innych, niż starsza pielęgniarka i pielęgniarka środków finansowych przeznaczonych na podwyżki wynagrodzeń uprzejmie informuję, że samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych stale podejmuje wszelkie możliwe działania mające na celu podniesienie poziomu wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych do godnego poziomu.

Powyższe samorząd realizuje w ramach powszechnie obowiązującego prawa i ram wyznaczonych w szczególności przez ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.).

Jednym z efektów starań samorządu w tym zakresie było podjęcie przez stronę rządową (przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia) rozmów w sprawie wprowadzenia mechanizmu gwarantującego wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Z uwagi na wielość podmiotów zatrudniających pielęgniarki i położne, różnicowaną formę organizacyjno-prawną tych podmiotów oraz stosunkowo prostą i szybką możliwość uruchomienia środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia przesądziły o uregulowaniu mechanizmu podwyżek wyłącznie w odniesieniu do pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej

w oparciu o umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawierane z Narodowym Funduszem Zdrowia, a wynagradzane ze środków finansowych przewidzianych w planie finansowym Funduszu. Mechanizm ten został uregulowany w przepisach:

- rozporządzeniu 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) oraz

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

Powyższe regulacje nie objęły tym samym pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w podmiotach finansowanych na przykład z budżetu państwa (stacje sanitarno-epidemiologiczne) czy w podmiotach finansowanych przez pracodawców lub samorządy województw (poradnie medycyny pracy). Kwestie związane z wprowadzeniem mechanizmu podwyżek w odniesieniu do tych i innych jeszcze grup pielęgniarek i położnych (na przykład pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej) miały być, zgodnie z obietnicą Ministra Zdrowia rozstrzygane w dalszej kolejności. Działania te zostały przerwane w wyniku zmiany składu Rady Ministrów, w tym zmiany na stanowisku Ministra Zdrowia.

Niemniej jednak - co zasługuje na podkreślenie - wprowadzenie powyższego

mechanizmu stopniowego zwiększania wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wynagradzanych ze środków finansowych przewidzianych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowało przekazanie przez Ministra Zdrowia wojewodom do dyspozycji określonych środków finansowych na zwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w inspekcji sanitarnej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych nadal podejmuje starania mające na celu uregulowanie kwestii podniesienia wynagrodzeń w odniesieniu do wszystkich pozostałych pielęgniarek i położnych, w tym zatrudnionych w stacjach sanitarno-epidemiologicznych na stanowiskach, innych niż starsza pielęgniarka i pielęgniarka oraz jednostkach organizacyjnych medycyny pracy. Podkreślenia wymaga przy tym fakt, że realną możliwość kształtowania rzeczywistości w tym zakresie, w tym w szczególności przepisów prawnych, mają właściwi ministrowie. Zgodnie bowiem z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2012 r. poz. 392, z późn. zm.) to do obowiązków członków Rady Ministrów należy, w zakresie ich działania, inicjowanie i opracowywanie polityki Rządu, a także przedkładanie inicjatyw, projektów założeń projektów ustaw i projektów aktów normatywnych. Jednocześnie § 20 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. - Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) stanowi, że do opracowania, prowadzenia pro-

cesu uzgodnień, konsultacji publicznych lub opiniowania oraz wnoszenia do rozpatrzenia projektu dokumentu rządowego jest uprawniony: członek Rady Ministrów, stosownie do zakresu swojej właściwości, Szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów oraz inny podmiot, jeżeli został upoważniony przez Prezesa Rady Ministrów albo upoważnienie do opracowania, prowadzenia procesu uzgodnień, konsultacji publicznych lub opiniowania oraz wnoszenia



Szanowna Pani Minister,  
W imieniu pielęgniarek zatrudnionych w Domach Pomocy Społecznej naszego województwa proszę Panią Minister o przyjęcie listu, który panie pielęgniarki przygotowały podczas Zespołu ds. Domów Pomocy Społecznej działające-



My, pielęgniarki pracujące w Domach Pomocy Społecznej zwracamy się z prośbą o zainteresowanie się naszą sytuacją. 23 września 2015 r. zostało zawarte porozumienie między Ministrem Zdrowia a Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, które było podstawą do wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Niestety nasza grupa została w tym porozumieniu pominięta, ponieważ Domy Pomocy Społecznej nie zawierają umów kontraktowych z Narodowym Funduszem Zdrowia, a naszym „pracodawcą” jest właściwie Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a nie Minister Zdrowia. Trzeba jednak pamiętać, że pielęgniarki pracujące w Domach Pomocy Społecznej mają takie same kwalifikacje (systematycznie podnoszone) jak pielęgniarki pracujące w szpitalach i przychodniach, taką samą odpowiedzialność i obowiązki - czyli opiekę nad

do rozpatrzenia projektu dokumentu rządowego wynika z przepisów odrębnych.

Uprawnienia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych są w tym zakresie ograniczone i obejmują praktycznie wyłącznie możliwość wyrażania opinii o rozwiązaniach już funkcjonujących, a także możliwość proponowania nowych rozwiązań.

Niezależnie jednak od ograniczeń prawnych, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych nieustająco podejmuje stara-

L. dz. 978/VIII A/16

### **Pani Elżbieta Rafalska**

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

go w Świętokrzyskiej Izbie Pielęgniarek i Położnych.

List odzwierciedla ogromny poziom frustracji i żalu, czemu trudno się dziwić znając realia pracy pań pielęgniarek. Proszę o przyjęcie listu i podjęcie działań celem poprawy sytuacji.

L. dz. 978/VIII A/16

### **Pani Elżbieta Rafalska**

Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

pacjentem, najczęściej ciężko chorym i niepełnosprawnym. Z chwilą zawarcia porozumienia poczułyśmy się pielęgniarkami, które nic nie znaczą, choć nasza praca jest tak samo ciężka, odpowiedzialna i stawia każdego dnia nowe wyzwania na naszej drodze zawodowej.

Być może nasza trudna sytuacja wynika z faktu, iż ustawodawca tworząc Domy Pomocy Społecznej nie zauważył konieczności zatrudniania w nich pielęgniarek, dając dyrektorom tych domów negatywny argument wobec naszych oczekiwań płacowych. Zawsze, kiedy upominamy się o wzrost naszych naprawdę niskich uposażeń słyszymy: „ale Was tu wcale nie musi być”. Dlaczego więc jesteśmy? Bo to właśnie my nie mając do dyspozycji przez 24 h lekarza sprawujemy nadzór nad życiem i zdrowiem naszych podopiecznych, pielęgnowujemy ich, podajemy im leki różnymi drogami, wykonujemy zabiegi i procedury, które może wykonać tylko pielęgniarka.

nia mające na celu podniesienie wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych, w tym pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w jednostkach organizacyjnych Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

*Z wyrazami szacunku  
Wiceprezes NRPiP  
Mariola Łodzińska*

Kielce, 12 października 2016 r.

*Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Świętokrzyskiej  
Izby Pielęgniarek i Położnych  
mgr Ewa Mikofajczyk*

Kielce, 05 października 2016 r.

Dlatego bardzo prosimy, aby nas wreszcie zauważono i potraktowano jak pielęgniarki, które pracują na rzecz osób chorych i niepełnosprawnych, mając nie tylko obowiązki ale i prawa, w tym prawo do godziwego wynagrodzenia.

Jesteśmy przekonane, iż zapis w ustawie o pomocy społecznej o konieczności zatrudniania w Domach Pomocy Społecznej pielęgniarek znacznie poprawił by naszą sytuację.

Zwracamy się do Pani Minister o przyjęcie naszych argumentów i podjęcie działań koniecznych do kompleksowego rozwiązania patowej sytuacji pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej.

*W imieniu Pielęgniarek pracujących  
w Domach Pomocy Społecznej  
województwa świętokrzyskiego*

*Skrypek polanta  
A. K. Bomba*





Ministerstwo Rodziny,  
Pracy i Polityki Społecznej  
DEPARTAMENT POMOCY  
I INTEGRACJI SPOŁECZNEJ

DPS.Y.076.12.2016.WW

Warszawa, 22 listopada 2016 r.

### **Pani Ewa Mikołajczyk**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Świętokrzyskiej Izby  
Pielęgniarek i Położnych w Kielcach

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Odpowiadając na pismo z dnia 12 października 2016 r., znak 978/VIII A/16, skierowane do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a przekazujące list pielęgniarek pracujących w domach pomocy społecznej w sprawie wzrostu ich wynagrodzeń, Departament Pomocy i Integracji Społecznej przekazuje poniższe wyjaśnienia.

Zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, ze zm.) prowadzenie i zapewnienie miejsc w domach pomocy społecznej o zasięgu gminnym należy do zadań własnych gminy, a prowadzenie i rozwój infrastruktury domów pomocy społecznej o zasięgu ponadgminnym - do zadań własnych powiatu.

W sytuacji gdy dom pomocy społecznej decyduje się na świadczenie usług pielęgniarskich na swoim terenie, a więc także i na zatrudnianie pielęgniarek, stają się one pracownikami samorządowymi i podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1202, ze zm.) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1786). Pracownicy zatrudnieni w domach pomocy społecznej prowadzonych przez samorządy lub na ich zlecenie, w tym pielęgniarki i położne, są zatrudniani i wynagradzani ze środków pochodzących z budżetów tych samorządów zgodnie z regulaminem wynagradzania ustalonym na podstawie regulacji prawnych wskazanych powyżej.

Departament podkreśla, że rozporządzenie Rady Ministrów określa jedynie minimalne miesięczne poziomy wygradzenia zasadniczego dla poszczególnych stanowisk pracowników samorządowych oraz minimalne wymagania kwalifikacyjne niezbędne do wykonywania

pracy na tych stanowiskach. Tzw. widełki zaszeregowania oraz możliwość tworzenia przez pracodawcę funduszu premii i funduszu nagród pozwalają mu na elastyczne tworzenie zakładowej polityki płacowej, uwzględniającej nie tylko specyfikę pracy każdej grupy pracowników oraz zwiększające się zakresy obowiązków, którymi są oni obciążani, ale również możliwości finansowe samorządu. W odpowiedzi na ubiegłoroczny apel Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, skierowany do wszystkich starostów w sprawie podwyższenia wynagrodzeń pracowników domów pomocy społecznej, w tym pielęgniarek i położnych, pozytywnie odpowiedziało kilku starostów. Niektórzy starostowie poinformowali nawet, że od kilku lat monitorują sytuację płacową pracowników DPS-ów i w miarę możliwości budżetowych samorządu podwyższają ich wynagrodzenia.

W związku z powyższymi wyjaśnieniami zasadnym wydaje się, aby w sytuacji niedoboru środków dla domów pomocy społecznej to właśnie samorządy lokalne przeprowadziły wnikliwą analizę swoich budżetów i w większym stopniu uwzględniły konieczność partycypowania w dochodach tych jednostek, zwłaszcza, że w sytuacji starzenia się społeczeństwa ta forma pomocy najprawdopodobniej będzie coraz bardziej potrzebna. Dodatkowo w przypadku występowania problemów finansowych organ prowadzący dom może wystąpić o zwiększoną dotację dla domów pomocy społecznej na podstawie ustawy o pomocy społecznej.

Ponadto należy zauważyć, że obowiązujące przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015, poz. 618) dają możliwość wydzielenia - w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego - jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych na terenie domu pomo-

cy społecznej. Niestety w praktyce takie działania nie są podejmowane przez podmioty lecznicze, mimo że wzrosły środki przeznaczone na świadczenia opieki zdrowotnej dla mieszkańców DPS. Na podstawie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (Zarządzenie Nr 32/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015 r.) stawka kapitacyjna dla podopiecznych domów pomocy społecznej zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wzrosła i obecnie wynosi 2,5, a do pielęgniarki - 3,5. Gdyby podmioty lecznicze/ świadczeniodawcy organizowali usługi medyczne w DPS byłoby to korzystne zarówno dla mieszkańców domów pomocy społecznej, jak i dla pracowników wykonujących działalność leczniczą finansowaną z Narodowego Funduszu Zdrowia, także pielęgniarek i położnych. Ponadto nie stoi na przeszkodzie, aby same pielęgniarki wykorzystywały obowiązujące - w obszarze opieki zdrowotnej - rozwiązania prawne i świadczyły swoje usługi w domach pomocy społecznej mając podpisane odpowiednie umowy z NFZ na świadczenia opieki długoterminowej. Niestety same pielęgniarki, szczególnie te z dłuższym stażem pracy, rzadko są zainteresowane takim rozwiązaniem.

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej zdaje sobie sprawę z dużej odpowiedzialności i wielu trudności do pokonania, jakie wiążą się z pracą pielęgniarek i położnych, wykonujących swój zawód w domach pomocy społecznej. Wybór pracy w DPS oznacza powołanie do zajmowania się częściowo i całkowicie niesamodzielnymi osobami, które wymagają opieki, leczenia, pielęgnacji i wsparcia, pomimo niezadawalających wynagrodzeń.

W wyniku działań Ministerstwa w ostatnich dwóch latach dotacje planowane w budżetach wojewodów pozostają na poziomie budżetu z 2015 r, co w praktyce powinno skutkować wzrostem jednostkowej dotacji na mieszkańca DPS z uwagi na zmniejszanie się lic-

by mieszkańców skierowanych przed dniem 1 stycznia 2004 r.

Ponadto w roku bieżącym ze środków rezerwy celowej budżetu państwa przekazano wojewodom dodatkowe środki w wysokości 30 mln. zł na dofinansowa-

nie działalności bieżącej domów pomocy społecznej.

*Z poważaniem  
Zastępca Dyrektora  
Departamentu Pomocy  
i Integracji Społecznej  
Marzena Bartosiewicz*



Ministerstwo Zdrowia

### Departament Pielęgniarek i Położnych

PPK.0762.18.2016.JS

Warszawa, 28.10.2016

#### **Pani Halina Nowik**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W związku z pismem Pani Przewodniczącej, znak L. dz. XIX/763/2016, z dnia 6 października 2016 r., w sprawie interpretacji zapisów aktów prawnych regulujących pracę pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz w bloku operacyjnym w sytuacji zatrudnienia do pracy w tych oddziałach ratowników medycznych, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje w przedmiotowej sprawie.

Zawód pielęgniarki i zawód ratownika medycznego są odrębnymi zawodami medycznymi, w związku z tym dla każdego z tych zawodów określony został inny zakres uprawnień i kwalifikacji, a przede wszystkim inne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego niezbędne do wykonywania danego zawodu medycznego. Ponadto, zawód pielęgniarki i zawód ratownika medycznego określają odrębne regulacje prawne. Jedynie w ramach tzw. systemu ratownictwa medycznego ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu posiadają równorzędne uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i mogą się nawzajem zastępować. Dotyczy to medycznych czynności ratunkowych realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.).

Zakres świadczeń zdrowotnych możliwych do wykonywania przez ratow-

nika medycznego samodzielnie, pod nadzorem lub na zlecenie został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587). Ratownik medyczny wykonujący zawód w oddziałach szpitalnych jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 3 - samodzielnie i na zlecenie w załączniku nr 4 do rozporządzenia. Powyższe wynika z treści art. 11 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowiącym, iż ratownik medyczny wykonuje zadania zawodowe poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015r. poz. 618, z późn. zm.).

W świetle powyższych regulacji zawód ratownika medycznego i zawód pielęgniarki nie mogą być traktowane zamiennie. Dlatego też ratownik medyczny nie może być zatrudniony do wykonywania czynności będących w kompetencjach pielęgniarek lub położnych. Ratownik medyczny może realizować zadania zgodnie z kompetencjami i kwalifikacjami przewidzianymi dla tego zawodu.

Odnosząc się do kwestii zatrudnienia ratownika medycznego do realizacji świadczeń zdrowotnych na oddziale

anestezjologii i intensywnej terapii, Departament nadmieniam, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.) określa szczegółowe warunki, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, wskazując że warunkiem realizacji świadczeń w zakresie Anestezjologii i intensywnej terapii/ Anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci jest m.in. zapewnienie personelu medycznego:

1) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 2 etatów - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,

2) lekarze - równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii oraz Anestezjologii i intensywnej terapii/ Anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci drugi poziom referencyjny:

1) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 2,22 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii, w tym równoważnik co najmniej 4 etatów - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa an-

estezjologicznego i intensywnej opieki, 2) lekarze - równoważnik co najmniej 4 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15), określa m. in. osoby uprawnione do realizacji świadczeń w tym zakresie. Zatem ww. regulacje nie wskazują ratownika medycznego do realizacji świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Odnosząc się do dokumentacji medycznej, należy wskazać, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069) nie zawiera szczególnych regulacji dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej przez ratownika medycznego w szpitalu, zatem zastosowanie mają odpowiednio zasady ogólne. Obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest prowadzenie dokumentacji medycznej, zawierającej informacje o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Wpisów w dokumentacji medycznej dokonuje osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych, niezwłocz-

nie po udzieleniu świadczenia, czytelnie i w porządku chronologicznym. Każdy wpis powinien być opatrzony oznaczeniem tej osoby, tzn. zawierać jej nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza denty, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera, podpis. Natomiast Księga raportów pielęgniarskich jest dokumentacją medyczną, do wypełniania której uprawniona jest tylko i wyłącznie pielęgniarka lub położna, a nie ratownik medyczny. Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia Księga raportów pielęgniarskich zawiera m.in.: treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań, jak też oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu.

Jednocześnie należy nadmienić, że odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik, który podejmuje decyzję o sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej wymagane przepisami kwalifikacje, co reguluje art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność

leczniczą, nieregulowane w ustawie lub statucie danego podmiotu leczniczego, powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, co wskazuje art. 23 ww. ustawy. Dlatego też w każdym podmiocie leczniczym powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy dla poszczególnych pracowników, z uwzględnieniem kwalifikacji i uprawnień, jakie powinny posiadać osoby zatrudnione na tych stanowiskach, w tym też ratowników medycznych.

Reasumując, wszystkie wątpliwości i problemy związane z wykonywaniem zadań przez ratowników medycznych w jednostkach organizacyjnych danego podmiotu leczniczego powinny zostać rozstrzygnięte w tym podmiocie. Zakresy zadań i obowiązków poszczególnych pracowników powinny uwzględniać uprawnienia i kompetencje uzyskane przez te osoby w trakcie kształcenia zawodowego przed dyplomowego i dyplomowego, ponadto ważnym elementem dobrej organizacji pracy i zapewnienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych jest przejrzyste określenie podległości i nadzoru merytorycznego i służbowego dla danego stanowiska.

*Z poważaniem  
Dyrektor Departamentu  
Pielęgniarek i Położnych  
dr n. o zdr. Beata Cholewka*

Warszawa, dnia 13.12.2016 r.

## **Członkowie NRPiP**

### **Zespół ds. poz**

### **Zespół doradczy ds. opracowania modelu opieki nad uczniem pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania**

Szanowni Państwo

Uprzejmie informuję, że ogłoszone zostało zarządzenie nr 122/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Zarządzenie modyfikuje regulacje wprowadzone na rok 2016 i lata następ-

ne zarządzeniem Nr 50/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r., wprowadzając zmiany w zakresie:

1) wartości współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza POZ dla grupy świadczeniobiorców w wieku powyżej 75 r.ż. oraz podopiecznych DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, z terminem obowiązywania

tej regulacji od dnia 1 września 2016 r., uwzględniając obciążenia kosztowe POZ wynikające ze zwiększonej zgłaszalności pacjentów, związane z regulacjami w zakresie refundacji leków dla osób powyżej 75 r.ż.;

2) wartości rocznej bazowej stawki kapitacyjnej w świadczeniach pielęgniarki szkolnej, z terminem obowiązywania od 1 września 2016 r., w związku ze znaczącym spadkiem liczby uczniów objętych

opieką w porównaniu ze stanem list na dzień 1 czerwca 2016 r. (wzrost stawki z 62,16 złotych do 64,80 złotych);

3) wartości współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza POZ dla grupy świadczeniobiorców w wieku 40-65 r.ż., z terminem obowiązywania regulacji od dnia 1 września 2017 r., celem zapewnienia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”;

4) zasad realizacji i wzrost finansowania świadczeń lekarza poz w profilaktyce chorób układu krążenia, z terminem obowiązywania od 1 stycznia 2016 r. celem zapewnienia wzrostu liczby udzielanych świadczeń, oraz poprawy jakości sprawowanej opieki;

5) możliwości realizacji i rozliczania w POZ, z terminem obowiązywania przepisów od dnia 1 stycznia 2017 r., konsultacji specjalistycznych w ramach wczesnej diagnostyki i leczenia chorób

układu krążenia i cukrzycy, dla osób, u których w wyniku badania w profilaktyce chorób układu krążenia, stwierdzone zostało wysokie ryzyko lub choroba sercowo-naczyniowa;

6) rocznych bazowych stawek kapitacyjnych w świadczeniach pielęgniarki poz, położnej poz oraz świadczeniach pielęgniarki szkolnej, z terminem obowiązywania przepisów od dnia 1 września 2017 r., w związku z koniecznością zabezpieczenia środków na realizację przepisów § 4 ust. 6 pkt 2 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).

Zmiany, o których mowa w pkt 1-5, są wynikiem rozpatrzenia przez Fundusz, uwag zgłoszonych do projektu zarządzenia poddawanego opinii w okresie od 28.10.2016 r. do 15.11.2016 r. oraz uzgodnień z organi-

zacji świadczeniodawców poczynionych w trakcie spotkań w dniach: 15-16.11.2016 r., 23.11.2016 r., 25.11.2016 r. i 29.11.2016 r, w sprawie wniosków zgłoszonych przez te organizacje.

Postulaty odnoszące się do kwestii finansowych, zostały uwzględnione w zakresie nie wykraczającym poza aktualne możliwości finansowe Funduszu.

Wprowadzone przez Fundusz regulacje finansowe skutkują w roku bieżącym wzrostem kosztów finansowania świadczeń POZ na łączną kwotę ok. 30,5 mln zł, zaś w roku przyszłym na kwotę ok. 184 mln zł, uwzględniając w tym skutek wzrostu finansowania świadczeń, o którym mowa powyżej w pkt 6.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.

*Informację przygotował  
prawnik Działu Merytorycznego NIPiP  
Andrzej Rylski*



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DS.015.6.2017.MK

Warszawa, dnia 10 stycznia 2017 r.

#### **Pani/Pan Członkowie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII Kadencji**

Szanowni Państwo,

W załączniku przesyłam do wiadomości odpowiedź Ministerstwa Edukacji Narodowej o sygn. DKZU-WKZ.4214.28.2016.EM z dnia 19 grudnia 2016 r. na Stanowisko Polskiego

Towarzystwa Pielęgniarskiego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 18 października 2016 r. w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wpro-

wadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek.

*Z wyrazami Szacunku,  
Prezes NRPiP  
Zofia Małas*



MINISTER EDUKACJI NARODOWEJ

SEKRETARZ STANU  
Teresa Wargocka

DKZU-WKZ.4214.28.2016.EM

Warszawa, 19 grudnia 2016 r.

#### **Sz. P. Sebastian Irzykowski**

Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowny Panie Prezesie,  
w odpowiedzi na pismo sygn. NIPiP-NRPiP-OIE.060.330.20i6, przy którym przedłożono stanowisko Polskiego To-

warzystwa Pielęgniarskiego, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w sprawie propozycji

Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek uprzejmie informuję.

Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Edukacji Narodowej z prośbą o rozważenie włączenia do Systemu oświaty kształcenia w zawodzie pielęgniarstwa. W zakresie tym Minister Zdrowia zgłosił również, w toku uzgodnień międzyresortowych, propozycje zmian w procedowanych projektach: ustawy Prawo oświatowe oraz ustawy Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo oświatowe.

W związku z tym, że propozycja Ministra Zdrowia dotycząca umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka w ramach systemu oświaty wymaga przeprowadzenia szczegółowej analizy, Minister Edukacji Narodowej w procedowanych projektach ustaw nie uwzględnił propozycji Ministra Zdrowia w tym zakresie.

Z informacji uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia wynika, że resort zdrowia prowadzi konsultacje robocze w przedmiotowym zakresie z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych celem zapewnienia zgodności rozważanego sposobu kształcenia pielęgniarstwa z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzeniem (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że kształcenie zawodowe w ramach systemu oświaty odbywa się w zawodach ujętych w klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego. Zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.) minister właściwy do spraw oświaty i wychowania określa, w drodze rozporządzenia, klasyfikację zawodów szkolnictwa zawodowego na wniosek ministra właściwego w zakresie danego zawodu (wprowadza nowe zawody do klasyfikacji, wykreśla zawody bądź dokonuje ich modyfikacji). W przypadku zawodu pielęgniarstwa ministrem właściwym jest Minister Zdrowia, który powinien dokonać oceny uzasadnienia wprowadzenia zawodu do klasyfikacji (kształcenia w określonym typie i rodzaju szkoły) z punktu widzenia potrzeb danej branży czy gałęzi gospodarki oraz biorąc pod uwagę wymagania kwalifikacyjne określone w przepisach regulujących funkcjonowanie danego obszaru.

Wniosek Ministra Zdrowia dotyczący umożliwienia kształcenia w zawodzie Pielęgniarka (wprowadzenie zawodu do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego) powinien zawierać:

1) opis zawodu oraz kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu, wraz ze zbiorem umiejętności zawodowych dla każdej kwalifikacji, sporządzonej z uwzględnieniem charakterystyk

poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji pierwszego i drugiego stopnia, oraz propozycję dotyczącą przypisania poziomów Polskiej Ramy Kwalifikacji do kwalifikacji wyodrębnionych w ramach tego zawodu;

2) uzasadnienie potrzeby kształcenia w tym zawodzie;

3) nazwę i miejsce zawodu w określonej grupie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy;

4) informację o potrzebach rynku pracy w zakresie danego zawodu.

Do wniosku powinna być dołączona opinia organizacji pracodawców, reprezentatywnych w rozumieniu ustawy z dnia 24 lipca 2015 r. o Radzie Dialogu Społecznego i innych instytucjach dialogu społecznego (Dz. U. poz. 1240).

W świetle powyższego uprzejmie informuję, że na dzień dzisiejszy do Ministra Edukacji Narodowej nie wpłynął wniosek Ministra Zdrowia dotyczący wprowadzenia do klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego nowego zawodu Pielęgniarka.

*Z poważaniem  
Teresa Wargońska  
Sekretarz Stanu*



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Notatka ze spotkania przedstawicieli NRPIp i OPZZPIp z Podsekretarzem Stanu Krzysztofem Łandą w sprawie rozporządzeń koszykowych

W dniu 12 grudnia 2016 r. odbyło się kolejne robocze spotkanie w Ministerstwie Zdrowia z udziałem Pana K. Łandy Wiceministra Zdrowia, przedstawicieli Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawicieli NRPIp którą reprezentowali Prezes Z. Małas, Wiceprezes M. Łodzińska, Sekretarz J. Walewander, Przewodnicząca WOIPiP członek Prezydium E. Madajczyk oraz przedstawiciel-

ki OZZPIp w osobie Przewodniczącej L. Dargiewicz i H. Peplińskiej członka Zarządu. W trakcie spotkania przedstawiciele NRPIp przedstawili propozycje zmian do rozporządzeń koszykowych w zakresie świadczeń gwarantowanych określając minimum kwalifikacji i wskaźnik zatrudnienia pielęgniarstwa i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń:

- leczenia szpitalnego,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- leczenia stomatologicznego,
- rehabilitacji leczniczej,
- lecznictwo uzdrowiskowe,
- opieka długoterminowa,
- opieka paliatywno-hospicyjna,

Zwrócono również uwagę na podane Rekomendacje przez Ministra

Zdrowia M. Zembale, w których wpisano wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych dziedzinach medycyny. Ponadto zwrócono uwagę na wpisane okresy *vacatio legis* w psychiatrii, rehabilitacji leczniczej dostosowujące możliwość zatrudnienia kadry w okresie przejściowym. Ponadto przekazano opracowanie „Planowanie Obsad Pielęgniarskich w Oddziałach Zachowawczych i Zabiegowych o różnym profilu na podstawie których przyjęto ogólną zasadę uzależnienia wskaźników etatowych od rodzaju oddziału: 0,6 – dla

oddziałów niezabiegowych, 0,7 – dla oddziałów zabiegowych i 0,8 – dla oddziałów o profilu pediatrycznym.

Podsekretarz Stanu Krzysztof Łanda przedstawił swoją propozycję sposobu regulacji norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych w Polsce biorąc pod uwagę liczbę wykazanych pielęgniarek i położnych według sprawozdań MZ w wykorzystaniem liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach. Przedstawiciele NRPiP wnosili aby w ustaleniu norm zatrudnienia wpisać docelowo liczbę specjalistów w danej

dzielnicie zatrudnionych w poszczególnych oddziałach.

Na spotkaniu ustalono iż NRPiP, oraz OPZZPiP zapozna się z materiałem, który został zaprezentowany na spotkaniu i następnie zostaną dokonane wyliczenia kadrowe wg zaproponowanych wskaźników i ocena skutków finansowych z tym związana.

Kolejne spotkanie robocze wyznaczono na dzień 18 stycznia 2017 roku.

*Notatkę sporządziła  
J. Walewander, M. Łodzińska*



## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Notatka z udziału w posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia w dniu 14.12.2016r. oraz Parlamentarnego Zespołu ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki

Temat spotkania Zespołów: Podstawowa Opieka Zdrowotna jako element systemu opieki zdrowotnej – współpraca z innymi podmiotami leczniczymi.

Na spotkaniu Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych reprezentowały Pani Mariola Łodzińska – Wiceprezes NRPiP, Teresa Kuziara – Członek Prezydium NRPiP, Małgorzata Tokarska – członek NRPiP, członek Zespołu ds. podstawowej opieki zdrowotnej NRPiP.

Przewodnicząca Parlamentarnego Zespołu ds. Organizacji Ochrony Zdrowia przedstawiła uczestnikom spotkania wnioski z dyskusji prowadzonych w ramach Zespołu na wcześniejszych posiedzeniach, które dotyczyły relacji pomiędzy podstawową opieką zdrowotną a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi oraz nocną i świąteczną opieką poz. Główne wnioski dotyczyły przyjmowania na szpitalnych oddziałach ratunkowych osób, których stan zdrowia nie wskazywał na stan nagłego zagrożenia życia lecz był wynikiem niesprawnie działającej podstawowej opieki zdrowotnej. We wnioskach wskazano również na monopolistyczną pozycję lekarzy poz, którzy wywalczyli sobie pozycję i wynagrodzenie, a pacjenci zamiast do poz

trafiają do SOR-ów. Jako pierwsza głos w dyskusji zabrała pani Poseł Gądek wskazując, że takie wnioski padają bo do pracy Parlamentarnego Zespołu ds. organizacji ochrony zdrowia nie są zapraszani przedstawiciele środowisk podstawowej opieki zdrowotnej. Pani Poseł mówiła, że zespół lekarza poz (lekarz, pielęgniarka, położna) w krajach UE realizuje 80% potrzeb zdrowotnych społeczeństwa a jego finansowanie jest na poziomie 20% budżetu przeznaczanego na świadczenia zdrowotne. W Polsce obecnie finansowanie poz kształtuje się na poziomie 12,5% łącznie z nocną i świąteczną opieką, którą realizują szpitale. Wzrost stawek kapitacyjnych wprowadził do poz tzw. pakiet antykolejkowy, a środowisko lekarzy poz od dawna postulowało o mieszany system finansowania świadczeń tj. kapitacja plus zadania.

Następnie głos zabrał Pan Klichowicz przedstawiciel NFZ, który przedstawił finansowanie poz na przestrzeni lat 2015 – 2016, sprawozdawczość zbiorczą i indywidualną oraz udział w kosztach świadczeń – POZ, świadczeń szpitalnych i opieki specjalistycznej. Stwierdził też, że kolejki oczekujących nie zmniejszyły się mimo wprowadzenia pakietu anty-

kolejkowego. Omawiając wzrost stawek kapitacyjnych w poz wskazała na przepisy rozporządzeń dotyczących ogólnych warunków umów dotyczące wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych (brak identyfikacji pielęgniarek i położnych zatrudnionych w praktykach lekarza poz – dlatego wzrost stawki dla lekarza poz na populację 40-65 lat życia, które winno być przeznaczone na podwyżki dla zatrudnionych tam pielęgniarek) oraz dodatkowo dla pielęgniarek szkolnych od 1.09.2016 r. związku z ubytkiem 240 000 uczniów w szkołach.

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia wskazała, że na kierownictwie został przyjęty projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, która wprowadza regulacje i definicje kompleksowości i ciągłości świadczeń, medycynę rodzinną i budżet powierzony, ma to być system zintegrowany.

Przedstawiciele środowiska lekarskiego, w tym konsultanci omówili swoje doświadczenia dotyczące wzajemnych relacji pomiędzy POZ a SOR oraz problem braku lekarzy do pracy w POZ.

Przedstawicielka Kolegium Pielęgniarek Rodziny zwróciła uwagę na

obawy pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej wynikające z projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej w szczególności w zakresie samodzielności zawodowej.

Wiceprezes NRPiP Mariola Łodzińska w swoim wystąpieniu odniosła się do wcześniejszych mówców i przedstawiła dane liczbowe dotyczące pielęgniarek i położnych w poz. zwróciła uwagę na obawy środowiska wynikające z projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w szczególności dotyczące moż-

liwości samodzielnego kontraktowania świadczeń w tym zakresie. Podkreśliła, że pielęgniarki i położne jako samodzielni świadczeniodawcy wypracowali bardzo dobry system opieki nad pacjentem w środowisku zamieszkania. Ponadto wskazała na nowe uprawnienia pielęgniarek i położnych, które po ukończeniu stosownych kursów uzyskają możliwość ordynowania leków i wystawiania recept. Niestety z 2200 osób, które ukończyły pielęgniarki i położne jedynie 88 zwróciło się do NFZ celem podpisania umowy. Mała liczba zainteresowanych

wynika m.in. z braku wyceny tych świadczeń. Odniosła się też do braku wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek pracujących w praktykach lekarskich mimo, że otrzymali oni na ten cel zwiększenie stawki kapitałowej.

Ponieważ Zespół dysponował ograniczonym czasem i nie wszyscy chętni do zabrania głosu mogli się wypowiedzieć ustalono, że dyskusja ta będzie kontynuowana na kolejnym spotkaniu.

*Notatkę opracowały:  
Teresa Kuziara i Małgorzata Tokarska*



**OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. fax. (0-13) 43 694 60

## Apel Nr 1

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie obniżenia odpłatności za szkolenia specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne

skierowany do:

1. Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych sp. z o.o. w Rzeszowie

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie apeluje do Zarządu Ośrodka Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych sp. z o.o. w Rzeszowie o obniżenie odpłatności za szkolenia specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne organizowane przez Ośrodek

Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych sp. z o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa w Krośnie dla pielęgniarek i położnych z obszaru działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Proponuje się, by odpłatność za:

1. Szkolenia specjalizacyjne - mieściła się w przedziale od 3100,00 zł do 3500,00 zł (kwota do wynegocjowania w zależności od liczebności grupy),

2. Kursy kwalifikacyjne - mieściła się w przedziale od 1350,00 zł do 1500,00 zł (kwota do wynegocjowania w zależności od liczebności grupy).

*Sekretarz  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Ewa Czupaska  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Renata Michalska*

Rzeszów, 03.01.2017 r.



OKPPiP/6/1/2017

**OŚRODEK KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH SP. Z O.O.**

**Szanowna Pani Renata Michalska**

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

W odpowiedzi na Apel Nr 1 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie obniżenia odpłatności za szkolenia specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne realizowane przez Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie na obszarze działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Po-

łożnych w Krośnie, Zarząd Ośrodka przedstawia co następuje:

Po analizie zmian, które weszły w życie dnia 1 stycznia 2017 r., dotyczących wzrostu minimalnej stawki godzinowej za wykonywanie zlecenia i świadczenia usług oraz z uwagi na stale rosnące koszty realizacji praktyk w placówkach stażowych, Zarząd Spółki po kalkulacji ceny

każdego szkolenia, postara się uwzględnić Państwa oczekiwania.

*Z poważaniem  
Prezes Zarządu  
dr n. hum. Joanna Przybek  
Wiceprezes Zarządu  
mgr Renata Kilar  
Wiceprezes Zarządu  
mgr Dorota Kokoszka*

## UWAGA!

### Zmiana regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

Zgodnie z uchwałą Nr 133A/II/2016 z dnia 15 grudnia 2016 r. decyzją Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zmienia ulega „Regulamin dofinansowania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków OIPiP w Krośnie”.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie od dnia 1 stycznia 2017 r. podniosła wysokość dofinanso-

wania kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego w następujących formach szkoleń:

1. szkolenie specjalizacyjne zw. specjalizacją - z kwoty 1500,00 zł do kwoty 1800,00 zł kosztów dydaktycznych szkolenia,

2. kurs kwalifikacyjny - z 70% do 80% kosztów dydaktycznych szkolenia, czyli z kwoty 850,00 zł do kwoty 1100,00 zł,

3. kurs specjalistyczny - do 80% kosztów dydaktycznych szkolenia,

4. kurs dokształcający - do 80% kosztów dydaktycznych szkolenia.

Zmiany wynikające z podjętej uchwały mają zastosowanie do wniosków o dofinansowanie form szkolenia ukończonych po 1 stycznia 2017 r. Regulamin dofinansowania dostępny jest w zakładce „dofinansowanie szkoleń”.

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego

## Opinia w sprawie szczepień ochronnych wykonywanych przez położne

Kwestię uprawnień położnych do wykonywania szczepień ochronnych, należy rozpatrywać z uwzględnieniem aktualnie obowiązujących uregulowań prawnych, w tym:

1. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz.1039 ze zm.),

2. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 243, poz.1570 ze zm.),

3. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz.1086 ze zm.),

4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540).

Ad. 1. Zasady wykonywania zawodu położnej i zakres uprawnień uregulowane zostały w przepisach ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniar-

ki i położnej zm.) i są zgodne z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2005/36/WE z dnia 7 września 2005r., w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy, wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w tym:

1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;

2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;

3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;

4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;

5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia

lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,



b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Wskazane wyżej świadczenia odnoszą się do określonej grupy świadczeniobiorców usług położnej w tym: do kobiety w okresie przedkoncepcyjnym, ciąży, rodzącej, położnicy, noworodka, kobiety w każdym okresie życia (w zakresie prokreacji, ginekologii, onkoginekologii). Pośród nich nie ma wymienionych świadczeń kierowanych do niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym, szkolnym.

Ad. 2. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wskazuje w art. 17. ust. 6 osoby, które upoważnione są do przeprowadzenia obowiązkowych szczepień ochronnych, są nimi lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, posiadający kwalifikacje określone na podstawie ust. 10 pkt 3 i zobowiązuje Ministra Zdrowia do ustalenia kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne. Osoby, o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu

lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Niezależnie od powyższego osoby wymienione w rozporządzeniu - lekarz lub felczer, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji, ale posiadający 2,5 letnią praktykę w zakresie szczepień ochronnych, zgodnie z art.67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r, mogą je wykonywać do 31 grudnia 2015r. ale zdaniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego w ramach kompetencji zawodowych.

Ad. 3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, poz. 1086 ze zm.), uwzględnia położną jako jedną z osób mogących przeprowadzać szczepienia ochronne, jeżeli ukończyła kurs lub szkolenie w zakresie szczepień, lub uzyskała specjalizację w dziedzinie, której program obejmował szczepienia, jednak nie uściśla zakresu szczepień wykonywanych przez położną.

Ad. 4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i re-

habilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego wskazuje w § 6 ust. 1 pkt 1 lit. j uprawnienia położnej do samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, obejmujących m.in. wykonywanie szczepień ochronnych w ramach programu szczepień ochronnych u noworodków, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Pomimo niesprecyzowania ww. przepisach (pkt 2 i 3 niniejszej opinii), rodzaju szczepień realizowanych przez położną, to jednak z ustawy o zawodach wynika, że nie posiada ona kompetencji do realizacji tych świadczeń wobec niemowląt, dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych.

Mając na uwadze powyższe, należy zwrócić dodatkowo uwagę na to, iż nawet ukończenie kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne, program dla pielęgniarek (położna nie miała prawa być zakwalifikowana do tego kursu i jego ukończyć!), nie daje położnej upoważnień do wykonywania tych świadczeń w świetle zapisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

*Konsultant Krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa  
ginekologicznego i położniczego  
Leokadia Jędrzejewska*

*Wrocław, dnia 29 czerwca 2013 r.*

## UWAGA POŁOŻNE POZ!!!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie informuje, że w związku z wejściem w życie Zarządzenia Nr 125/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem oraz zmiany niektórych zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (rozdział 4 Zarządzenia) istnieje możliwość rozszerzenia umów w zakresie świadczeń położnej POZ o prowadzenie ciąży fizjologicznej.

## Surowce roślinne stosowane w infekcjach dróg oddechowych

### Streszczenie

W wielu krajach na całym świecie medycyna tradycyjna odgrywa ważną rolę w leczeniu. Obecnie konsumenci produktów roślinnych stosują je w samo-

leczeniu oraz zapobieganiu chorobom. Leki roślinne i suplementy diety zawierające surowce roślinne są stosowane w leczeniu infekcji dróg oddechowych (głównie przeziębień przebiegających

z kaszlem, gorączką, bólami w klatce piersiowej, nieżytym nosa i produkcją flegmy). Większość tych zakażeń jest pochodzenia wirusowego lub bakteryjnego. Dostępne i dobrze znane rośliny stoso-

wane w chorobach układu oddechowego wykazują właściwości przeciwkaszlowe, osłaniające, odkażające, przeciwgorączkowe i napotne. W pracy dokonano przeglądu piśmiennictwa naukowego na temat skuteczności oraz bezpieczeństwa stosowania wybranych surowców roślinnych w leczeniu oraz zapobieganiu infekcji układu oddechowego.

### Słowa kluczowe

infekcja kaszel stan zapalny układ oddechowy surowce roślinne

Nieżyt nosa, ból gardła i krtani, uporczywy suchy kaszel lub kaszel przebiegający z nadmierną produkcją gęstej wydzieliny, a także ból głowy oraz podwyższona temperatura ciała to najczęstsze objawy infekcji. Zwykle jest ona wywołana przez różne wirusy i bakterie atakujące organizm w okresach zwiększonej zapadalności na infekcje grypopodobne, także przez patogenne grzyby lub pierwotniaki. Z uwagi na zmienną aurę na zakażenie górnych dróg oddechowych najbardziej jesteśmy narażeni jesienią oraz wczesną wiosną. Latem zaś infekcje może wywołać zanieczyszczone powietrze, długotrwałe przebywanie w klimatyzowanych pomieszczeniach, często niedokładnie czyszczonych i niewystarczająco dezynfekowanych. Zazwyczaj przebieg takich chorób jest łagodny i nie wymaga interwencji lekarskiej.

Wystarczy wtedy sięgnąć po łagodne środki ziołowe, naturalne herbatki czy roślinne produkty lecznicze. W przypadku jednak nasilenia się objawów chorobowych lub braku poprawy należy zwrócić się po pomoc do lekarza w celu wykluczenia poważniejszych schorzeń, na przykład zapalenia oskrzeli czy płuc. W Polsce bardzo dużą popularnością cieszy się fitoterapia. Wiele osób ma zaufanie do tradycyjnych roślinnych produktów leczniczych dostępnych bez recepty (OTC) (traditional use) oraz leku roślinnego o ugruntowanym zastosowaniu medycznym (well-established use). Dla tych leków istnieją wystarczające dane zawarte w piśmiennictwie naukowym potwierdzające ich bezpieczeństwo i zastosowanie terapeutyczne. Z uwagi także na długą historię stosowania takich produktów leczniczych w praktyce medycznej (nawet ponad pięćdziesiąt lat)

można uznać, że są one bezpieczne. W terapii infekcji dróg oddechowych szczególne znaczenie mają surowce roślinne ułatwiające odkrztuszanie wydzieliny w przypadku „mokrego” kaszlu oraz surowce działające osłaniająco i powlekająco, czyli łagodzące podrażnienia dróg oddechowych, a także przeciwgorączkowe substancje/przetwory roślinne.

### KWIATY DZIEWANNY STOSUJE SIĘ W NIEŻYTACH DRÓG ODDECHOWYCH, MAJĄ BOWIEM DZIAŁANIE ŁAGODZĄCE PODRAŻNIENIA ORAZ WYKRZTUŚNE.

#### Surowce pomocne w odkrztuszaniu

Do surowców wykrztuśnych pomocnych w zwalczaniu objawów infekcji górnych dróg oddechowych, przebiegających z kaszlem lub trudnościami z odkrztuszaniem wydzieliny powstającej w nadmiarze, należy zaliczyć liść bluszczu, owoc anyżu, liść podbiału, kwiat słażu, ziele miodunki oraz korzeń mydlnicy lekarskiej.

Bluszcz pospolity jest rośliną, która była często stosowana w lecznictwie. Surowcem zielarskim *Hedera helix* L. jest liść bluszczu (*folium Hederae*). Obecne są w nim saponiny triterpenowe [1], flawonoidy, sterole, kwasy fenolowe, olejek eteryczny [2] oraz kumaryny, witaminy, aminokwasy, kwasy tłuszczowe, P-lektyny, poliacetyleny [3]. Za aktywność biologiczną surowca odpowiadają głównie saponiny triterpenowe, w tym hederakozidy (B, C, D) oraz hederyny [3]. Z surowca przygotowuje się głównie wyciągi, które działają wykrztuśnie (saponiny), rozkurczająco oraz przeciwgrzybiczo (saponiny). Według monografii Komisji E (Komisja Ekspertów niemieckiego Ministra Zdrowia) liść bluszczu stosuje się w nieżytach dróg oddechowych oraz objawowym leczeniu przewlekłe zapalnych chorób oskrzeli. Wykazuje on działanie wykrztuśne, spazmolytyczne jak również drażniące skórę i błony śluzowe [1]. Zgodnie z dawnymi naukowymi zawartymi w monografii ESGOP (organizacja łącząca stowarzyszenia fitoterapeutyczne państw europejskich) liść bluszczu jest pomocny w przypadku kaszlu, zwłaszcza związanego z od-

krztuszaniem wydzieliny. Stosuje się go też wspomagająco w zapaleniu oskrzeli [2]. W monografii EMA (European Medicines Agency) liść bluszczu jest opisany jako środek wykrztuśny w kaszlu powstałym na skutek przeziębienia organizmu [4]. Na rynku polskim są dostępne syropy roślinne, które zawierają wyciąg z liści bluszczu, na przykład Hederasal lub Hedelix.

W jednym z badań naukowych oceniano tolerancję oraz bezpieczeństwo stosowania tabletek zawierających wyciąg z bluszczu (*Prospan*®). Badania prowadzono u pacjentów w wieku 11-85 lat, cierpiących z powodu przeziębień przebiegających z kaszlem. Badanie trwało siedem dni. Tabletki zawierające ekstrakt z bluszczu były dobrze tolerowane przez 98,8% pacjentów [5]. W innej pracy stwierdzono, że syrop oraz tabletki na kaszel, zawierające w składzie wyciąg z liści bluszczu, były skuteczne w leczeniu kaszlu u dzieci oraz bezpieczne w stosowaniu [6].

Rośliną o działaniu wykrztuśnym jest również dziewanna wielkokwiatowa (*Yerbasum densiflorum* Bertol = *V. thapsiforme* Schrad). Inny dobrze znany gatunek to dziewanna kutnerowa (*Yerbasum phlomoides* L.). Liście i kwiaty rośliny stosowano w medycynie ludowej w leczeniu gruźlicy, krztuśca, zapalenia oskrzeli i płuc. W kwiatach dziewanny znajdują się związki śluzowe, saponiny (na przykład werbaskosaponina) odpowiedzialne za działanie wykrztuśne oraz irydoidy, flawonoidy, barwniki karotenowe, cukry i śladowe ilości olejku eterycznego [7, 8]. Kwiaty dziewanny stosuje się w nieżytach dróg oddechowych, mają bowiem działanie łagodzące podrażnienia oraz wykrztuśne [1]. Wyciąg z kwiatów dziewanny oraz liść babki lancetowatej to roślinne substancje czynne syropu *Flegatussin*.

Mydłoka (kwilaja właściwa; *Quillaja saponarid*) to roślina zawierająca około 10% saponin trójterpenowych, głównie pochodnych kwasu kwilajowego, oraz garbniki. Wyciągi z niej drażnią błony śluzowe jamy ustnej, gardła i przewodu pokarmowego oraz pobudzają czynności wydzielnicze, zwłaszcza błon gardła i oskrzeli. Saponiny zwiększają wydzielanie śluzu przez oskrzela, drażniąc bowiem błonę śluzową żołądka, działają

wykrztuśnie (m.in. saponiny trójterpenowe występujące w *Quillaja saponarid*). Podobne działanie ma korzeń mydlnicy lekarskiej (*Saponaria officinalis* L.). Saponiny trójterpenowe zawarte w surowcu drażnią błony śluzowe dróg oddechowych, pobudzają wydzielanie śluzu w oskrzelach oraz ruch rzęskowy, tym samym ułatwiają odkrztuszanie. Wyciągi alkoholowe z surowca to znany lek wykrztuśny. Według Komisji E zakres stosowania korzenia mydlnicy obejmuje nieżyty górnych dróg oddechowych [1].

Ciekawą rośliną jest także miodunka plamista, zwana często płucnicą (*Pulmonaria officinalis* L.), należąca do rodziny ogórecznikowatych (*Boraginaceae*). Ziele miodunki jest bogate w garbniki, saponiny, flawonoidy, związki śluzowe oraz sole mineralne. Ze względu na obecność saponin oraz śluzów ziele miodunki było szeroko stosowane w lecznictwie ludowym jako środek wykrztuśny oraz osłaniający i wchodziło w skład różnych mieszanek ziołowych. Z uwagi na to, że surowiec zawiera także alkaloidy pirolizydynamowe, które mają działanie hepatotoksyczne i rakotwórcze, obecnie nie zaleca się jego stosowania w preparatach przeznaczonych do użytku wewnętrznego. Według monografii przygotowanej przez ekspertów Komisji E przetwory z ziele miodunki stosuje się między innymi w dolegliwościach dróg oddechowych. W tym jednak zakresie jej skuteczność nie jest wystarczająco udokumentowana w piśmiennictwie naukowym [1]. Wspomniane wyżej alkaloidy pirolizydynamowe (głównie jest to tussilagina) zawiera też podbiał pospolity (*Tussilago farfara* L., pochodzi z rodziny astrowate - *Asteraceae*). W surowcu występują ponadto substancje śluzowe i garbniki. Liść podbiału był stosowany w medycynie ludowej głównie w leczeniu chorób układu oddechowego, zwłaszcza kaszlu i nieżytu oskrzeli. Jest znanym surowcem wykrztuśnym. Z uwagi na zawartość alkaloidów pirolizydynamowych roślina powinna być stosowana z ograniczeniami co do ilości oraz czasu spożywania. Zgodnie z monografią Komisji E surowiec może być stosowany nie dłużej niż 4-6 tygodni w ciągu roku [1]. Ekstrakt z liścia podbiału oraz z ziele tymianku to składniki bardzo popularnych pastylek do ssania TYMIANEK i PODBIAŁ.

Do roślin o działaniu wykrztuśnym można zaliczyć także biedrzyńce anyż (*Pimpinella anisum* L.), roślinę pochodzącą z rodziny selerowatych (*Apiaceae*). Surowcem zielarskim stosowanym w lecznictwie jest owoc anyżu (*Fructus anisi*) oraz olejek anyżowy (*Oleum anisi*). W owocach tej rośliny występują składniki mineralne, cukier, flawonoidy, kumaryny, olejek lotny i inne substancje. Według Komisji E owoc anyżu działa wykrztuśnie, przeciwbakteryjnie oraz w niewielkim stopniu rozkurczowo. Stosuje się go w nieżytach dróg oddechowych, a także w przypadku dolegliwości trawiennych [1]. Zgodnie z zaleceniami zawartymi w monografii EMA stosowanie owocu anyżu nie jest zalecane u dzieci poniżej 12 roku życia. Olejek anyżowy jest używany do inhalacji w chorobach górnych dróg oddechowych, w kaszlu oraz z powodu trudności w odkrztuszaniu wydzieliny powstającej w dużych ilościach [7]. *Pimpinella anisum* jest rośliną powszechnie stosowaną w chorobach układu oddechowego. Istnieje doniesienie o częstym stosowaniu tej rośliny w postaci odwarów lub naparów w związku z występowaniem infekcji górnych dróg oddechowych. Dane te dotyczą mieszkańców regionu Beni-Sueif w Egipcie [9].

Olejki eteryczne występujące w wielu roślinach również często są stosowane w dolegliwościach ze strony układu oddechowego. Przykładem może być olejek tymiankowy - olejek eteryczny otrzymywany z ziele tymianku właściwego (*Thymus vulgaris*). Ziele tymianku, pozytywnie ocenione w monografii Komisji E, jest przeznaczone do stosowania z powodu objawów nieżytu oskrzeli i krztuśca oraz w nieżytach górnych dróg oddechowych ze względu na działanie rozkurczające oskrzela, wykrztuśne i przeciwbakteryjne [1, 2]. Głównym składnikiem olejku jest tymol, zawiera on również glikozydy, flawonoidy, saponiny i aldehydy [2]. Po jego zastosowaniu zwiększa się wydzielanie śluzu w górnych drogach oddechowych, zalegająca w nich wydzielina ulega rozrzedzeniu, a nabłonek rzęskowy zostaje pobudzony do pracy, wzmacnia się więc odruch wykrztuśny. Oprócz działania wspomagającego w odkrztuszaniu olejek tymiankowy wykazuje słabą aktywność spazmolityczną [10]. W związku

z takim działaniem znalazł on zastosowanie w tradycyjnym leczeniu przewlekłych nieżytów dróg oddechowych i kaszlu różnego pochodzenia. Olejki roślinne są także świetnymi substancjami antyseptycznymi. W przypadkach zakażeń górnych dróg oddechowych są stosowane głównie do inhalacji. Zazwyczaj kilka kropel olejku dodaje się do gorącej wody i wdycha opary. Przykładem może być olejek świerkowy, który jest stosowany w nieżytowych chorobach górnych i dolnych dróg oddechowych [1].

Surowiec uzyskuje się ze świeżych igieł, szczytów pędów lub gałęzi *Picea abies* (L.) H. Karst, *Picea excelsa* var. *obovata* Blytt. lub *Abies sibirica* LEDERBOUR [1]. Działanie łagodnie odkażające mają też młode pędy sosny, można je stosować w postaci rozdrobnionej do naparów. Świeże lub wysuszone pędy *Pinus sylvestris* L. znajdują zastosowanie w nieżytach układu oddechowego [1], a wyciągi z pąków i młodych pędów są stosowane w produkcji preparatów o działaniu wykrztuśnym. Ważnym surowcem jest także olejek sosnowy (*Pinus sylvestris oleum*), który otrzymuje się przez destylację igieł i drobnych gałązek sosnowych. Znajduje on zastosowanie w leczeniu chorób górnych dróg oddechowych, do inhalacji oraz nacierania. Wykazuje działanie przeciwbakteryjne. Omawiając surowce działające odkażające, należy wspomnieć także o kwiecie arniki (*flos Arnicae*), stosowanym między innymi w stanach zapalnych błony śluzowej jamy ustnej i gardła. Kwiat arniki stanowią kwiatostany arniki górskiej (*Arnica montana* L.) lub arniki łąkowej (*Arnica chamissonis* LESS, subsp. *foliosa* (NUTT.) MAGUIERE). Surowiec zawiera flawonoidy, irydoity, seskwiterpiny, kwasy tłuszczowe, olejek. Ma działanie odkażające oraz przeciwzapalne [1].

#### **Surowce powlekające drogi oddechowe**

Ślaz dziki, *Maha sylvestris* L. z rodziny ślazowatych (*Malvaceae*), należy do roślin o właściwościach wykrztuśnych. Surowcem zielarskim jest kwiat oraz liść ślazu. W obu surowcach znajdują się m.in.: śluz, garbniki, glikozydy antocyjanowe, związki mineralne, zwłaszcza potas i cynk [11], Kwiaty oraz liście tej rośliny wchodziły w skład produktów wykrztuśnych stosowanych w stanach

zapalnych dróg oddechowych. Istnieje szereg doniesień o aktywności przeciwzapalnej tej rośliny, zwłaszcza ekstraktów alkoholowych z liści [12,13]. Według monografii niemieckiej Komisji E kwiat oraz liść ślazu stosuje się leczniczo w podrażnieniach błony śluzowej jamy ustnej i gardła oraz w suchym kaszlu odruchowym [1]. Do rodziny ślazowatych należy także inna roślina - prawoślaz lekarski zwany ślazem prawdziwym (*Althaea officinalis* L.). Zawiera ona dużo związków śluzowych (polisacharydy) oraz inne substancje biologicznie aktywne, takie jak: flawonoidy, taniny i pektyny [14]. Związki śluzowe działają osłaniająco i powlekająco oraz łagodzą podrażnienia [14]. Jest to dobrze znana roślina lecznicza. Ze względu na jej korzystne właściwości ekstrakty z liści oraz korzeni znajdują zastosowanie między innymi w lekach przeciwkaszlowych. Według Komisji E zakres stosowania surowca obejmuje podrażnienia błony śluzowej w jamie ustnej i gardzieli oraz związany z tym suchy kaszel odruchowy [1]. Macerat z korzenia prawoślazu zawiera na przykład syrop prawoślazowy. Wyciąg z korzenia prawoślazu zawiera również Gardlox, syrop ziołowy z miodem.

Opublikowano doniesienie o przeciwkaszlowych właściwościach ramnoga-lakturonianu, polisacharydu izolowanego z *Althaea officinalis* L. W badaniach wykazano zależne od dawki hamowanie odruchu kaszlu w modelu zapalenia wywołanego u świnek morskich, u których kaszel indukowano 0,3 Mkwasem cytrynowym podawanym w aerozolu. Aktywność przeciwkaszlowa ramno-galakturonianu w wysokich dawkach była podobna do aktywności kodeiny podawanej per os w dawce 10 mg/kg masy ciała [15]. Badano także efekt bronchodylatacyjny metanolowych oraz wodnych ekstraktów z korzeni *Althaea officinalis* (w stężeniach 0,2; 0,6; 2,6; 6,6; 14,6 ug/ml) na izolowane szczurze mięśnie gładkie tchawicy i oskrzeli. Wykazano, że metanolowe ekstrakty w zakresie stężeń 0,6-14,6 ug/ml znacznie zmniejszają siłę skurczu mięśni gładkich tchawicy, indukowanego przez 60 uM chlorek potasu. Podobne działanie wykazywał wodny ekstrakt z korzeni prawoślazu (0,6-14,6 ug/ml) [14].

*Cetraria islandica* (L.) Ach. należy do rodziny misecznikowatych (*Parmelia*

*ceae*). Roślina ta jest zaliczana do porostów, ponieważ żyje w symbiozie z glonami. Plecha płucnicy islandzkiej to źródło polisacharydów, głównie licheniny oraz izolicheniny, a także celulozy, hemicelulozy i śluzów [16, 17]. Oprócz polisacharydów na uwagę zasługują także kwasy porostowe (do 4%). Ponadto w pieście porostu zidentyfikowano także karotenoidy, fosfolipidy i sterole [17], barwniki oraz sole mineralne (zwłaszcza związki jodu, boru/ miedzi, krzemu), witaminy z grupy B (B1 i B12) [16]. Porost islandzki stosuje się w przypadku podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej i gardła, powodującego suchy kaszel odruchowy [1]. Według monografii ESCOP odwar z tarczownicy islandzkiej jest stosowany w niezycie gardła, oskrzeli, jamy ustnej oraz żołądka [2] z uwagi na polisacharydy działające osłaniająco na błony śluzowe górnych dróg oddechowych, przełyku i żołądka. W monografii przygotowanej przez EMA zaznaczono, że surowiec łagodzi podrażnienia górnych dróg oddechowych, jest stosowany w suchym kaszlu lub w okresowym braku apetytu. Za jego działanie bakteriobójcze są odpowiedzialne kwasy porostowe, natomiast polisacharydy osłaniają błony śluzowe górnych dróg oddechowych [17]. W związku z przypadkami wystąpienia działań niepożądanych u dzieci oraz z uwagi na obecność metali ciężkich w gatunku *C. islandica* stwierdzono, że jego stosowanie nie jest wskazane u dzieci poniżej 12 roku życia [18]. W preparatach zawierających plechę porostu powinno się określać poziom zanieczyszczenia metalami ciężkimi. Nie powinien on przekraczać dopuszczalnych norm dla nich ustalonych. Plechę porostu islandzkiego stosuje się jako składnik produktów leczniczych oraz suplementów diety. Bardzo często produkty te występują w postaci pastylek do ssania, syropów, w postaci sproszkowanej do przyrządzenia naparów oraz w formie gumy do żucia. Porost islandzki wykorzystuje się również w przemyśle spożywczym (cukiernictwo, także do wypieku chleba) i włókienniczym. Porost islandzki zawierają na przykład pastylki do ssania Chrypex oraz suplement diety FIORDA.

Babka lancetowata, *Plantago lanceolata* L., z rodziny babkowatych (*Plantaginaceae*) to roślina znana ze swego

korzystnego działania w przypadku niezycia dróg oddechowych. Surowcem zielarskim jest liść oraz ziele babki lancetowatej (*Plantaginis lanceolatae*). Według opisu podanego w publikacjach naukowych oraz monografiach roślina zawiera glikozydy irydoidowe, liczne polisacharydy, fenyloetanoidy, flawonoidy oraz fenolokwasy i garbniki [2]. Jest też bogatym źródłem związków mineralnych, takich jak cynk, potas, kwas krzemowy oraz wapń, mangan, miedź, kobalt [19]. Polisacharydy, fenyloetanoidy oraz glikozydy irydoidowe odpowiadają za dużą aktywność biologiczną tego surowca. Polega ona zwłaszcza na działaniu przeciwzapalnym (związanym z obecnością glikozydów irydoidowych), przeciwbakteryjnym, osłaniającym (ważną rolę odgrywają związki śluzowe, które powlekają nabłonek dróg oddechowych) oraz rozkurczowym [2]. Według niemieckiej Komisji E ziele babki lancetowatej stosuje się w niezyciach dróg oddechowych oraz zmianach zapalnych w obrębie błony śluzowej jamy ustnej i gardła z uwagi na jego działanie ściągające, przeciwbakteryjne oraz łagodzące podrażnienia [1]. W monografii przygotowanej przez ekspertów EMA surowiec opisano jako środek łagodzący podrażnienia jamy ustnej i gardła oraz związany z nimi suchy kaszel [20]. Bardzo często jest kupowany w aptekach syrop z babki lancetowatej, zawierający ekstrakt z liści babki lancetowatej.

**Porost islandzki stosuje się w przypadku podrażnienia błony śluzowej jamy ustnej i gardła, powodującego suchy kaszel odruchowy.**

**Surowce przeciwgorączkowe i napotne do stosowania w przypadku infekcji dróg oddechowych.**

Przeziębienia, grypa i inne choroby infekcyjne bardzo często przebiegają z gorączką o różnym nasileniu. W wielu przypadkach wystarczy stosowanie naturalnych surowców ziołowych o działaniu przeciwgorączkowym i napotnym, takich jak: kwiatostan lipy, kora wierzby, owoc maliny, kwiat wiałówki oraz kwiat bzu czarnego.

Owoc maliny (*Rubi idaei fructus*) na przykład jest stosowany zwłaszcza w mieszankach o działaniu napotnym, zalecanych w przypadku przeziębie-

nia. Nie ustalono dla niego dawkowania leczniczego. Owoce maliny są także powszechnie wykorzystywane w przemyśle spożywczym. Wytwarza się z nich dżemy, konfitury, soki, a syrop malinowy jest dodatkiem smakowym do różnych leków. Bardzo popularna w wielu krajach świata jest herbatka malinowa [21]. Owoc maliny właściwej jest więc stosowany zarówno jako żywność, jak i lek. Owoce są bogate w kwasy (na przykład kwas cytrynowy, jabłkowy, salicylowy), pochodne kwasu elagowego, a także witaminy [22], pektyny, antocyjany, cukry, sole mineralne oraz związki zapachowe. Europejska Agencja Leków opublikowała jedynie monografię dotyczącą liścia *Rubus idaeus* L. W tym opracowaniu jednym ze wskazań do stosowania liścia maliny są stany zapalne jamy ustnej i gardła [23]. Istnieją doniesienia o silnej aktywności przeciwdrobnoustrojowej ekstraktu z liści *Rubus idaeus* [24]. Warto zauważyć, że młode pędy rośliny tradycyjnie są stosowane także jako środek na przeziębienie, gorączkę i infekcje grypopodobne [25], jednak w piśmiennictwie naukowym niewiele jest informacji na ten temat.

Podobnie owoce bzu czarnego były i są stosowane w wielu krajach europejskich jako żywność oraz lek. W medycynie ludowej od lat jest znane ich dobroczynne działanie moczopędne, napotne, słabo przeciwbólowe i przeczyszczające. Popularna w wielu krajach świata jest herbatka z owoców bzu [21]. Naukowe monografie na temat owocu bzu czarnego opisują jego działanie jako łagodnie przeczyszczające, moczopędne, przeciwbólowe, odtruwające, napotne oraz ściągające [1, 26]. W owocach bzu występują glikozydy antocyjanowe, garbniki, kwasy, pektyny, cukry oraz witaminy. Kwiaty bzu natomiast zawierają dużo flawonoidów, kwasy fenolowe, trójterpeny, kwasy organiczne oraz garbniki, związki śluzowe i sterole [1]. Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania kwiatu bzu w przeziębieniu są poparte wieloletnim doświadczeniem [27]. Wiadomo też, że ekstrakt z kwiatów bzu ma właściwości przeciwdrobnoustrojowe [28], a także wzmacnia wydzielanie oskrzelowe [1, 29]. Z kwiatów i owoców rośliny wytwarzano konfitury, syrop oraz soki lub nalewki jako panaceum na przeziębienia. U pacjentów

z alergią, cierpiących szczególnie latem na alergiczne zapalenie spojówek i duszności, objawy te mogą się nasilać po spożyciu produktów z bzu czarnego (w ekstrakcie z owoców zidentyfikowano białko za to odpowiedzialne) [30].

Surowcem zielarskim znanym jako środek napotny [1], stosowanym często przy przeziębieniach jest kwiat lipy drobnolistnej (*Tilia cordata* Mili.). Lipa jest znana także jako roślina o właściwościach przeciwzapalnych, uspokajających oraz moczopędnych (drewno lipy). Kwiatostan lipy jest używany w wielu krajach jako herbata [21], wchodzi w skład różnych mieszanek ziołowych, sporządza się z niego napary. W surowcu występują flawonoidy, związki olejkowe, związki śluzowe (przede wszystkim arabinogalaktan), garbniki, kwasy organiczne (głównie kwas kawowy), trójterpeny, wolne aminokwasy i wiele soli mineralnych [1,31]. Kwiat lipy jest zapobiegany do stosowania w następujących wskazaniach: jako środek przynosi ulgę w dolegliwościach związanych z przeziębieniem oraz w umiarkowanych objawach stresu [32]. Surowiec wykazuje słabe działanie antybakteryjne [31]. Działanie surowców roślinnych zawierających salicylany jest podobne do działania niesteroidowych leków przeciwzapalnych. Kwiaty wiązówki błotnej (*Filipendula ulmaria* (L.) Maxim) na przykład to bogate źródło glikozydów fenolowych, izosalicyny, salicyny, olejku eterycznego, flawonoidów i garbników [33]. Ich właściwości lecznicze były znane już w średniowieczu. Kwiat wiązówki błotnej jako ważny surowiec roślinny opisano w XVII wieku w „Dykcyonariuszu roślinnym” [33]. Surowiec z uwagi na obecność w nim salicylanów hamuje powstawanie prostoglandyn — mediatorów stanu zapalnego - w wyniku niekompetycyjnej inhibicji cyklooksygenazy. Wykazuje przez to działanie przeciwzapalne. Kwiat wiązówki jest stosowany jako środek przeciwzapalny, przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy [33]. Istnieją doniesienia o istotnych właściwościach przeciwdrobnoustrojowych ekstraktu z nadziemnych części *Filipendula ulmaria* [24]. Według monografii EMA jest to surowiec tradycyjnie stosowany w leczeniu przeziębienia jako środek wspomagający. Z uwagi jed-

nak na brak odpowiednich badań naukowych nie zaleca się stosowania kwiatu wiązówki u dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia [34]. Innym ważnym surowcem zawierającym salicylany jest kora wierzby (*Salicis cortex*). Według monografii Komisji E stanowią go młode, silne gałązki oraz wysuszona kora *Salix alba* L., *Salix purpurea* L., *Salix fragilis* L. i innych równowartościowych gatunków rodzaju *Salix*. W korze wierzby oprócz salicylanów znajdują się także flawonoidy, polifenole [35], garbniki, wiele kwasów organicznych oraz żywice [36]. Salicyna z kory wierzby ulega przemianie w saligeninę, następnie w kwas salicylowy, który ma działanie przeciwgorączkowe, przeciwbólowe oraz przeciwzapalne [1]. Kora wierzby od wieków była uznawana za środek przeciwzapalny, przeciwgorączkowy i przeciwbólowy [35,36]. Według monografii Komisji E surowiec ten może być stosowany w schorzeniach gorączkowych, bólach głowy oraz dolegliwościach reumatycznych [1]. W monografii EMA opisuje się korę wierzby jako tradycyjny produkt leczniczy stosowany w przypadku bólu głowy, bólów stawowych oraz gorączki związanej z przeziębieniem. Skuteczność i bezpieczeństwo stosowania potwierdza wieloletnie doświadczenie. Kora wierzby znajduje także zastosowanie w leczeniu bólu w okolicy krzyżowej [37, 38]. Jeśli chodzi o krótkotrwałe leczenie bólu występującego w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, to surowiec jest zaliczany do roślinnych produktów leczniczych o ugruntowanym zastosowaniu medycznym. Stosowanie kory wierzby w I i II trymestrze ciąży nie jest zalecane, natomiast w III trymestrze jest zabronione. Dotyczy to także dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia, głównie ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a [39].

Znanym roślinnym produktem leczniczym o działaniu przeciwgorączkowym, napotnym i przeciwzapalnym jest syrop Pyrosal, firmy Herbapol Wrocław S.A. Zawiera on wyciąg płynny z kwiatostanu lipy, kwiatu bzu, kory wierzby oraz liścia podbiału. Inny popularny produkt leczniczy o działaniu napotnym to syrop Termasil firmy HASCO-LEK S.A. W jego skład wchodzi wyciąg płynny z kwiatu dziewanny, kwiatu lipy, kory wierzby oraz kwiatu bzu czarnego.

**Preparaty przeznaczone do stosowania w chorobach dróg oddechowych, przebiegających z trudnościami w odkrztuszaniu, czy do obniżenia temperatury ciała są coraz szerzej stosowane, głównie w samoleczeniu.**

### Podsumowanie

W pracy przedstawiono i opisano wybrane rośliny lecznicze ważne z uwagi na ich właściwości wykrztusne, osłaniające i powlekające drogi oddechowe, a także odkażające, przeciwgorączkowe i napotne. Obecnie w Polsce obserwuje się powrót do leczenia fitoterapeutykami. Preparaty przeznaczone do stosowania w chorobach dróg oddechowych, przebiegających z trudnościami w odkrztuszaniu, czy do obniżenia temperatury ciała są coraz szerzej stosowane, głównie w samoleczeniu. Należy jednak mieć na uwadze, że przyjmowanie surowców roślinnych zawartych w produktach leczniczych przeznaczonych do stosowania w powyżej wymienionych wskazaniach może skutkować wystąpieniem różnych działań niepożądanych. Obecność w preparacie saponin wiąże się z możliwością wystąpienia podrażnień błony śluzowej żołądka w postaci mdłości, wymiotów, bólu. W wielu surowcach roślinnych stwierdza się obecność metali ciężkich szkodliwych dla zdrowia. Do działań ubocznych salicylanów zalicza się na przykład nasilenie choroby wrzodowej, zwiększenie

krwawienia miesięczkowego lub z przewodu pokarmowego, alergię skórne, zaburzenia krzepnięcia krwi oraz przykre dolegliwości ze strony układu pokarmowego. Dlatego też preparaty należące do grupy leków OTC, które zawierają surowce roślinne, powinno się stosować wyłącznie zgodnie z zaleceniami zawartymi w ulotce dla pacjenta oraz określonym dawkowaniem, a także zachowywać specjalne środki ostrożności. Tylko w takim przypadku preparaty te można uznać za bezpieczne. Suplementy diety zawierające przetwory roślinne, w ostatnich latach powszechnie występujące na polskim rynku, powinny być traktowane z wyjątkową ostrożnością.

### Piśmiennictwo:

1. Komisja E: Monografie, [w:] Rośliny lecznicze w fitoterapii. Kompendium roślin leczniczych uszeregowanych według zakresów stosowania na podstawie monografii opracowanych przez Komisję E Federalnego Urzędu Zdrowia RFN, IRIpZ, Poznań 2000.
2. ESCOP monographs, second edition; 2003.
3. Lutsenko Y. i wsp.: Hedera helix as a medicinal plant, *Herba Polonica* 2010, 56 (1), 83-96.
4. Community herbal monograph on Hedera helix (L.), folium, European Medicines Agency (EMA) 2011, EMA/HMPC/289430/2009.
5. Stauss-Grabo M. i wsp.: Observational study on the tolerability and safety of film-coated tablets containing ivy extract (Prospan® Cough Tablets) in the treatment of

colds accompanied by coughing, *Phytomedicine* 2011, 18 (6), 433-6.

6. Schmidt M., Thomsen M., Schmidt U.: Suitability of ivy extract for the treatment of paediatric cough, *Phytother Res* 2012, 26 (12), 1942-7.

7. Strzelecka FŁ, Kowalski J.: Encyklopedia zielarstwa i ziołolecznictwa, PWN, Warszawa 2000, 548.

8. Turker A. U., Gurel E. \* Common mullein (*Yerbasicum thapsus* L.): Recent advances in Research, *Phytother Res* 2005, 19, 733-9.

9. AbouZid S. F., Mohamed A. A.: Survey on medicinal plants and spices used in Beni-Sueif, Upper Egypt, *J Ethnobiol Ethnomed* 2011, 7, 18.

*dr Justyna Baraniak*  
*Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich w Poznaniu Centrum Badawczo-Rozwojowe Farmakoanaliz Roślin Leczniczych, Zakład Farmakologii i Fitochemii w Plewiskach*  
*dyrektor instytutu:*  
*prof. dr hab. GRZEGORZ SPYCHALSKI*  
*Adres do korespondencji:*  
*Justyna Baraniak*  
*Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich w Poznaniu*  
*Centrum Badawczo-Rozwojowe Farmakoanaliz Roślin Leczniczych, Zakład Farmakologii i Fitochemii*  
*ul. Kolejowa 2, 62-064 Plewiska*  
*e-mail: justyna.baraniak@iwnirz.pl*  
*tel. (61) 665-95-50*

*Przedruk:*  
*dwumiesięcznik Zakażenia 5/2015*

## Pytania i odpowiedzi

**CZY PIEŁĘGNIARKA PRACUJĄCA W IZBIE PRZYJĘĆ JEST ODPOWIEDZIALNA ZA DOKUMENTACJĘ PACJENTA (DRUKOWANIE HISTORII CHOROBY, WPISY W KSIĘDZE PRZYJĘĆ, SPRAWDZENIE UPRAWNIENI CHOROGE DO ŚWIADCZEŃ)?**

**Opublikowano:** QA 728545

**Status:** aktualne

**Autor odpowiedzi:** Choromańska Iwona

**Odpowiedzi udzielono:** 28 czerwca 2016 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

### PYTANIE

Czy pielęgniarka pracująca w izbie przyjęć jest odpowiedzialna za dokumentację pacjenta (drukowanie historii choroby, wpisy w księdze przyjęć, sprawdzenie uprawnień chorego do świadczeń)?

### ODPOWIEŹ

Odpowiedź jest zawarta w uzasadnieniu.

### Uzasadnienie

Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumenta-

cji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - dalej r.d.m, nie wskazują wprost, kto prowadzi dokumentację medyczną w izbie przyjęć. Paragraf 4 ust. 1 r.d.m. nakazuje, aby wpisy w dokumentacji medycznej dokonywane były niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym. Zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 r.d.m. każdy wpis w dokumentacji indywidualnej powinien zawierać oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:

- a) nazwisko i imię,
- b) tytuł zawodowy,
- c) uzyskane specjalizacje,
- d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,
- e) podpis.

Natomiast § 13 ust. 1 r.d.m. stanowi, że historię choroby zakłada się niezwłocznie po przyjęciu pacjenta do szpitala.

Szczegółowe uregulowania dotyczące zasad prowadzenia dokumentacji medycznej w podmiocie leczniczym powinny być zawarte w regulaminie organizacyjnym oraz w aktach wewnętrznych podmiotu (regulaminy, zarządzenia, instrukcje itp.).

Artykuł 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.d.z.l., stanowi, że w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności:

- 1) firmę albo nazwę podmiotu;
- 2) cele i zadania podmiotu;
- 3) strukturę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu;
- 4) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 5) miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych - w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, miejscem udzielania świadczeń jest miejsce przebywania osób wykonujących zawód medyczny udzielających tych świadczeń;
- 6) przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu;
- 7) organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- 8) warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność

leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;

9) wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;

10) organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;

11) wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym;

12) wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;

13) sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi zakładu leczniczego podmiotu.

Tak więc, art. 24 ust. 1 pkt 7 u.d.z.l. daje podstawę do określenia w danym podmiocie jaki jest zakres obowiązków realizowanych przez personel medyczny w izbie przyjęć. Dalsze szczegóły dotyczące obowiązków pracowników izby przyjęć powinny określać inne dokumenty wewnętrzne (regulaminy, zarządzenia, instrukcje, zakresy czynności poszczególnych pracowników).

Doświadczenie wskazuje, że wpisy w księdze przyjęć dokonywane są przez pielęgniarkę lub lekarza, w zależności od treści dokonywanego wpisu, uprawnienia do świadczeń sprawdzają rejestrator/sekretarki medyczne. Podkreślić należy jednak, że każdy podmiot leczniczy reguluje organizację pracy w sposób indywidualny, na podstawie i w zgodzie z powołanymi powyżej przepisami prawa.

#### **CZY PRACODAWCA MA OBOWIĄZEK ZAPEWNIĆ PIELĘGNIARCE ZATRUDNIONEJ W PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ FARTUCH?**

**Opublikowano: QA 728444**

**Status:** aktualne

**Autor odpowiedzi:** Kwiatkowska Monika

**Odpowiedzi udzielono:** 1 lipca 2016 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

#### **PYTANIE**

Czy pracodawca ma obowiązek zapewnić pielęgniarcę zatrudnionej w przychodni specjalistycznej fartuch?

Jeśli tak, to co jaki czas oraz czy zamiast fartucha można przekazać ekwiwalent pieniężny na jego zakup?

#### **ODPOWIEDŹ**

Pracodawca ma obowiązek zapewnić pielęgniarcę zatrudnionej w przychodni specjalistycznej fartuch jeśli, pracuje ona na stanowisku, na którym stosowanie odzieży i obuwia roboczego jest niezbędne zgodnie z ustaleniami pracodawcy w regulaminie pracy lub w innej formie.

Również pracodawca określa przewidywane okresy użytkowania odzieży i obuwia roboczego. Używanie przez pracownika własnej odzieży i obuwia roboczego na ustalonych przez pracodawcę stanowiskach pracy jest możliwe tylko w przypadku łącznego zaistnienia dwóch warunków:

- jeżeli pracownik wyraził na to zgodę,
- własna odzież i obuwie pracownika spełniają wymagania bhp.

W takim przypadku pracodawca wypłaca pracownikowi ekwiwalent pieniężny za używanie własnej odzieży i obuwia roboczego.

#### **Uzasadnienie**

Zgodnie z art. 1041 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy - dalej k.p., regulamin pracy, określając prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników związane z porządkiem w zakładzie pracy, powinien ustalać m.in. wyposażenie pracowników w narzędzia i materiały, a także w odzież i obuwie robocze oraz w środki ochrony indywidualnej i higieny osobistej. Stosownie do treści art. 237 § 1 k.p. pracodawca jest obowiązany dostarczyć pracownikowi nieodpłatnie odzież i obuwie robocze, spełniające wymagania określone w Polskich Normach: 1) jeżeli odzież własna pracownika może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu; 2) ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bezpieczeństwa i higieny pracy. Pracodawca może ustalić stanowiska, na których dopuszcza się

używanie przez pracowników, za ich zgodą, własnej odzieży i obuwia roboczego, spełniających wymagania bezpieczeństwa i higieny pracy jednakże nie dotyczy to stanowisk, na których są wykonywane prace związane z bezpośrednią obsługą maszyn i innych urządzeń technicznych albo prace powodujące intensywne brudzenie lub skażenie odzieży i obuwia roboczego środkami chemicznymi lub promieniotwórczymi albo materiałami biologicznie zakaźnymi (art. 2377 § 2 i 3 k.p.). Zatem obowiązek dostarczenia odzieży i obuwia roboczego powstaje: - jeżeli odzież własna oraz obuwie może ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu, - ze względu na wymagania technologiczne, sanitarne lub bhp (niezależnie od tego, czy odzież i obuwie własne mogłyby ulec zniszczeniu lub znacznemu zabrudzeniu). Używanie przez pracownika własnej odzieży i obuwia roboczego na ustalonych przez pracodawcę stanowiskach pracy jest możliwe tylko w przypadku łącznego zaistnienia dwóch warunków: - jeżeli pracownik wyraził na to zgodę i własna odzież i obuwie pracownika spełniają wymagania bhp (co oznacza, że nie muszą spełniać wymagań określonych w Polskich Normach). W takim jednak wypadku pracodawca jest zobowiązany do wypłacenia pracownikowi ekwiwalentu pieniężnego za używanie własnej odzieży i obuwia roboczego, z uwzględnieniem ich aktualnej ceny (art. 2377 § 4 k.p.), (por. T. Wyka Kodeks pracy. Komentarz do art. 2375 k.p., WK, 2016). Zatem nie każdy rodzaj pracy czy stanowisko pracy będzie wymagało zapewnienia pracownikowi odzieży i obuwia roboczego. O tym, jakie stanowiska pracy będą tego wymagały, decyduje pracodawca. Zgodnie bowiem z art. 237 k.p. pracodawca ustala rodzaje środków ochrony indywidualnej oraz odzieży i obuwia roboczego, których stosowanie na określonych stanowiskach jest niezbędne w związku z art. 2376 § 1 i art. 2377 § 1 k.p., oraz przewidywane okresy użytkowania odzieży i obuwia roboczego. Środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze, o których mowa w art. 2376 § 1 i art. 2377 § 1 k.p., stanowią własność pracodawcy. W świetle § 1 art. 2378 k.p. jest to wyłącznie kompetencja pracodawcy. Ostateczną decyzję w tych sprawach podejmie on po konsul-

tacji z pracownikami lub ich przedstawicielami, zgodnie z art. 237 § 1 pkt 4 k.p. Nie ulega wątpliwości, że obowiązek pracodawcy zapewnienia pracownikom odzieży i obuwia roboczego ma charakter roszczeniowy w takim zakresie, w jakim ustalił to ustawodawca, wskazując przesłanki ich zapewnienia, oraz w takim zakresie, jak to ustali pracodawca, czy to w regulaminie pracy (art. 1041 § 1 pkt 1 k.p.), czy też w innej formie. Rodzi się natomiast pytanie, czy pracownik będzie miał roszczenie o zapewnienie mu środków ochrony indywidualnej lub odzieży i obuwia roboczego w każdym innym przypadku, jeżeli to on uzna to za konieczne. Rozpatrywane przez sądy sprawy dotyczące odpowiedzialności odszkodowawczej pracodawcy za wypadki przy pracy prowadzą do wniosku, że niedostarczenie pracownikowi odpowiednich środków jest traktowane w takich sytuacjach jako niedołożenie przez pracodawcę należytej staranności w zapewnieniu pracownikowi ochrony zdrowia i życia skutkujące odpowiedzialnością cywilnoprawną. (T. Wyka Kodeks pracy, Komentarz do art. 2376 k.p., WK, 2016).

Reasumując, pracodawca ma obowiązek zapewnić pielęgniarce zatrudnionej w przychodni specjalistycznej fartuch jeśli, pracuje ona na stanowisku, na którym stosowanie odzieży i obuwia roboczego jest niezbędne zgodnie z ustaleniami pracodawcy w regulaminie pracy lub w innej formie.

Również pracodawca określa przewidywane okresy użytkowania odzieży i obuwia roboczego.

Używanie przez pracownika własnej odzieży i obuwia roboczego na ustalonych przez pracodawcę stanowiskach pracy jest możliwe tylko w przypadku łącznego zaistnienia dwóch warunków: - jeżeli pracownik wyraził na to zgodę i własna odzież i obuwie pracownika spełniają wymagania bhp. W takim przypadku pracodawca wypłaca pracownikowi ekwiwalent pieniężny za używanie własnej odzieży i obuwia roboczego.

**DO KIEDY PLACÓWKA POSIADAJĄCA KONTRAKT Z NFZ NA ŚWIADCZENIA W RAMACH POZ JEST ZOBOWIĄZANA PRZEKAZAĆ DO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA INFORMACJĘ O LICZBIE ZA-**

### TRUDNIONYCH PIELĘGNIAREK W POZ?

**Opublikowano:** QA 733641

**Status:** aktualne

**Autor odpowiedzi:** Pietraszewska-Macheta Agnieszka

**Odpowiedzi udzielono:** 11 lipca 2016 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

#### PYTANIE

Do kiedy placówka posiadająca kontrakt z NFZ na świadczenia w ramach POZ (w związku z wzrostem wynagrodzeń) jest zobowiązana przekazać do Narodowego Funduszu Zdrowia informację o liczbie zatrudnionych pielęgniarek w POZ?

#### ODPOWIEDŹ

Świadczeniodawca realizujący umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w której świadczenia są finansowane kapitacyjną stawką roczną nie jest obowiązany do corocznego przekazywania informacji o liczbie zatrudnionych pielęgniarek na podstawie §4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

#### Uzasadnienie

Postanowienia §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zobowiązujące świadczeniodawców do corocznego przekazywania informacji o liczbie pielęgniarek zatrudnionych u świadczeniodawcy nie dotyczą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjną stawką roczną. Wynika to z faktu, że wzrostem wynagrodzenia, o którym mowa w wyż. cyt. rozporządzeniu są objęte wyłącznie pielęgniarki i położne POZ, a więc takie, które mają prawo do zbierania deklaracji. Liczba pielęgniarek i położnych POZ, które mają prawo do zbierania deklaracji jest więc znana Narodowemu Funduszowi Zdrowia w związku z weryfikacją list POZ. W konsekwencji przekazywanie informacji dotyczących stanu zatrudnienia tych pielęgniarek/położnych nie jest konieczne.



„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

### **URSZULI NAWROCKIEJ**

pielęgniarki oddziałowej Oddziału Wewnętrzznego SP ZOZ w Lesku w którym była związana przez cały okres pracy zawodowej.  
Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat, w 2000 r. uzyskała tytuł specjalisty pielęgniarki pielęgniarstwa zachowawczego,  
cieszyła się zaufaniem pacjentów i personelu, swoją obecnością wносиła spokój i życzliwość.  
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

---

„Upięłaś czepek za młodu,  
Choć wiedziałaś że trud czeka.  
Bo tajemnicą Twego zawodu  
Jest - troska o ciało i godność człowieka.”

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

### **STANISŁAWY PUTYRA**

pielęgniarki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego SP ZOZ w Lesku.  
Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat, w 2000 r. uzyskała tytuł specjalisty pielęgniarki pielęgniarstwa zachowawczego,  
osoba skromna, serdeczna i pomocna.  
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

---

„Zatrzymaj upływający czas we wspomnieniach  
A przede wszystkim pamiętaj o pięknych chwilach,  
By nigdy nie poszły w zapomnienie...”

### **Koleżance TERESIE STASIK**

Położnej Przechodzącej na emeryturę po 40 latach pracy  
Serdeczne podziękowania za wieloletnią współpracę, zaangażowanie i życzliwość  
wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności

Składają  
Dyrekcja, Naczelna Pielęgniarka, koleżanki i koledzy  
z Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie

---

## **GRATULACJE**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie składa serdeczne gratulacje z okazji zdania egzaminu państwowego w dziedzinie Pielęgniarstwa Operacyjnego i Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki następującym pielęgniarkom:

**ALICJI BOBER**  
**BEACIE FUTYMIE**  
**MARZENIE GACKOWSKIEJ**  
**BEACIE KNAP**  
**EWELINIE KULIDZE**

Sukces ten niech będzie dla Pań inspiracją do dalszego doskonalenia i stawiania sobie nowych celów i zadań,  
a praca z ludźmi chorymi i cierpiącymi niech wzbudzi dumę i zadowolenie.  
Życzymy koleżankom zasłużonej satysfakcji z pracy zawodowej oraz pomyślności w życiu osobistym.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

# Informacja dla osób prowadzących praktykę zawodową oraz rejestrujących po raz pierwszy praktykę w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Przypominamy, że w dniu 15 lipca 2016 r. weszły w życie zapisy ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016r., poz. 960). Ww. nowelizacja wprowadziła m.in. zmiany art. 5 ust. 2 pkt 2a, art. 19, art. 100 oraz 102 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw - **pielęgniarki/położne mające zarejestrowaną praktykę zawodową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą są zwolnione z obowiązku aktualizacji w rejestrze, co roku wykupowanej nowej polisy OC.**

**Ustawodawca zwolnił również z obowiązku dołączania w załącznikach dokumentów potwierdzających spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym wykupionej polisy OC oraz opinii Inspekcji Sanitarnej na gabinet, w sytuacji rejestrowania praktyki zawodowej po raz pierwszy w RPWDL.**

## Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych

Na podstawie art. 29 ust. 2 oraz ust. 3 Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016r., poz. 1251) oraz art. 11 ust. 2 pkt 5 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych prosi o aktualizację danych według zamieszczonego poniżej wniosku o aktualizację danych.

W CELU AKTUALIZACJI DANYCH NALEŻY PRZEDŁOŻYĆ:

1. w przypadku zmiany nazwiska - oryginał prawa wykonywania zawodu

oraz oryginał i kserokopię aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska, oryginał i kserokopię dowodu osobistego,

2. w przypadku uzyskania tytułu specjalisty - oryginał prawa wykonywania zawodu oraz oryginał i kserokopię dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji,

3. w przypadku ukończenia szkoły wyższej (studia pomostowe) - odpis dyplomu szkoły wyższej - część A i B (suplement)

4. w przypadku uzyskania kwalifikacji (kursy) - oryginał i kserokopię doku-

mentu potwierdzającego uzyskanie kwalifikacje,

5. w przypadku zmiany zatrudnienia - pisemna informacja zawierająca nazwę i adres pracodawcy, stanowisko oraz okres zatrudnienia,

6. w przypadku zmiany danych adresowych - pisemne oświadczenie lub kserokopię dowodu osobistego (oryginał do wglądu).

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: RS Druk, Rzeszów. Korekta redakcji.

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 2 II 2017 roku.

miejsowość, data.....

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

Telefon .....

Pesel .....

Nr zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

## AKTUALIZACJA DANYCH

Przebieg pracy zawodowej (poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu)

nazwa zakładu pracy	adres zakładu pracy	stanowisko i forma zatrudnienia*	okres zatrudnienia od ..... do .....

.....  
podpis pielęgniarki / położnej

\* rodzaje form zatrudnienia: umowa o pracę, stosunek służbowy, umowa cywilnoprawna, wolontariat, praktyki zawodowe



**Z GŁĘBOKIM ŻALEM ZAWIADAMIAMY,  
ŻE W DNIU 24 STYCZNIA 2017 R. ODESZŁA OD NAS  
W WIEKU 55 LAT**

**Położna**

**ŚP. LUCYNA ŚLATYŃSKA**

Osoba niezwykle przyjacielska, ciepła i wrażliwa.  
Mimo różnych przeciwności losu potrafiąca cieszyć się życiem  
i przekazywać tę radość innym.

Tak trudno uwierzyć w to, że już się nie zobaczymy,  
jednak pozostaną wspomnienia lat spędzonych razem.

Wspomnienia pozostaną na zawsze.

W roku 2016 została wyróżniona przez Ministra Zdrowia Odznaką Honorową  
„ZA ZASŁUGI DLA OCHRONY ZDROWIA”.

*Córce Annie i bliskim wyrazy głębokiego współczucia składają  
pielęgniarki, pielęgniarze i położne  
Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych*

# Informacje o opłaceniu składek członkowskich

Podstawa prawna obowiązku opłacania składek:

- ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 ze zmianami.)
- tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

## SKŁADKI NALEŻY WPLACAĆ NA KONTO:

PKO BP o/ Krosno Nr 70 1020 2964 0000 6302 0003 5998

- do piętnastego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

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

## OKREŚLENIE WYSOKOŚCI MIESIĘCZNEJ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ:

1. 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;

2. przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

3. 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsię-

biorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłoszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza te-

rytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych;

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

## WAŻNY KOMUNIKAT

Informujemy, że od dnia 1 stycznia 2017 roku uległa zmianie wysokość składki członkowskiej dla osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej

w ramach działalności gospodarczej oraz dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie zło-

żyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych - wysokość miesięcznej składki - **33,03 zł.**

## INFORMACJA O OPŁATACH ZA WPISY DO REJESTRU NA 2017 ROK

1. Wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych/ grupowych praktyk pielęgniarek i położnych **86,00 zł**

2. Zmiana wpisu w rejestrze indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych/ grupowych praktyk pielęgniarek i położnych **43,00 zł**

3. Wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych **257,00 zł**

Bożena Jastrzębska  
Skarbnik ORPiP w Krośnie