



FORUM

ZAWODOWE 2(107)2017

Wesołych Świąt

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

W numerze

- 3** Słowo Przewodniczącej
- 4** Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie
- 5** XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
- 6** Sprawozdania z działalności
- 13** STANOWISKO Nr 1 XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 14** STANOWISKO Nr 2 XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 15** APEL Nr 1 XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 16** Premier Rządu spotkała się z pielęgniarkami
- 17** Pielęgniarka w randze Wiceministra Zdrowia
- 18** Notatka ze spotkania strony społecznej z przedstawicielami ministerstwa zdrowia
- 19** Opieka długoterminowa a zmiany systemowe w Polsce
- 21** Wyciąg z rozporządzenia Ministra Zdrowia
- 22** O podwyżkach w podstawowej opiece zdrowotnej
- 27** Konferencja dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej
- 32** Nagroda pielęgniarska królowej Sylwii
- 33** Rozporządzenie ministra zdrowia
- 40** Chleba naszego powszedniego...
- 42** Jak chronić się przed pokąsaniem przez kleszcze i chorobami przez nie przenoszonymi
- 43** Komu przeszkadza ten standard?

NASZ ADRES

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

Biuro Izby czynne

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

Radca Prawny

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

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

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

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

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

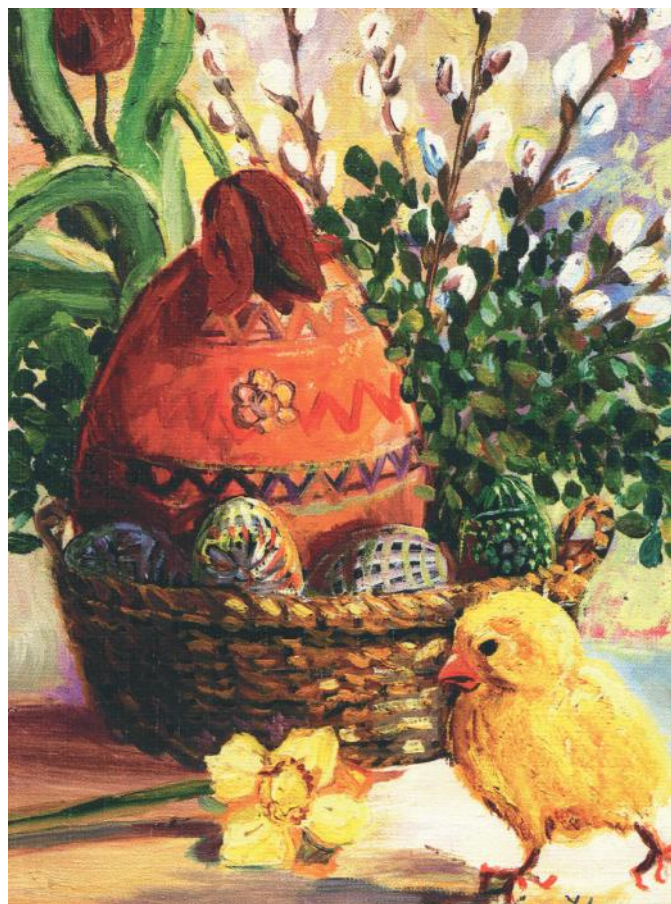
ŚWIĘCENIE

*Koszyczek z wikliny, w nim serweta biała,
I dar do święcenia, Tobie Jezu chwała.
Dajesz nam możliwość, zasiąść
do Twego stołu,
I spożywać z Tobą wieczerzę pospołu.
Koszyczek z wikliny w nim kurczątka z waty,
Symbol nowego życia, tak jak i przed laty.
I to jajko święte, pięknie malowane,
To są święta Wielkanocne, przez nas tak lubiane.
W koszyczku z wikliny, chleb, malowanki,
Przybrane borówkami, przepiękne kraszanki.
To symbol Twojego przyjścia do nas Panie,
I jakże przepiękne Ciebie powitanie.
Powitanie, choć przecież zawsze jesteś z nami,
Od morza po góry i między górami.
I ten koszyczek, a w nim strawa cała,
Tobie Jezu, za to wszystko chwała.*

Henryk Longin Rogowski

Wiersz pochodzi z tomiku

„W hołdzie Ojcu Świętemu Janowi Pawłowi II”



**Niech radosne Alleluja będzie dla Was
ostoją zwycięskiej miłości i niezłomnej wiary.
Niech pogoda ducha towarzyszy Wam
w trudzie każdego dnia,
a radość serca w czasie zasłużonego odpoczynku.**

Zespół Redakcyjny

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Oddajemy w Państwa ręce kolejny w tym roku numer naszego biuletynu. Prezentujemy w nim najnowsze treści, które odnoszą się do spraw i wydarzeń lokalnych, jak i krajowych.

W dniu 23 marca 2017 r. odbył się XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Zjazd jest najwyższym Organem naszego samorządu i przebiegał zgodnie z przyjętym porządkiem obrad. W pierwszej części spotkania Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przedstawili sprawozdania z działalności poszczególnych Organów za rok 2016. Skarbnik przedstawił również sprawozdanie z wykonania budżetu za rok 2016 i plan budżetowy na rok 2017. Wszystkie znajdują Państwo w bieżącym numerze biuletynu.

W czasie obrad Zjazdu podjęto także apel w sprawie wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w gabinetach zabiegowych, punktach szczepień i rejestracjach jako tzw. pielęgniarki praktyki i dwa stanowiska.

Pierwsze z powyższych dotyczyło uregulowania statusu prawnego pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej, natomiast drugie wyrażało stanowczy sprzeciw wobec zmian w systemie kształcenia zawodowego pielęgniarek. Apel i stanowiska zostały skierowane do następujących adresatów: Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej i Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Kolejną informacją, którą chcemy się z Państwem podzielić jest wybór pielęgniarki Pani Józefy Szczurek-Żelazko na stanowisko Wiceministra Zdrowia. Mamy nadzieję, że Pani Minister będzie nam przychylna i wspólnie bę-

dziemy dbać o interesy naszego środowiska zawodowego. Wierzymy, że taki wybór zaowocuje podniesieniem prestiżu zawodowego pielęgniarki i położnej i zwiększy zainteresowanie naszymi problemami. W biuletynie znajdują również Państwo informacje dotyczące debaty eksperckiej nt. „Opieki długoterminowej i zmian systemowych w Polsce”, czy relację z konferencji pt. „Rola pielęgniarki i położnej POZ w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”.

Uczestnicy debaty, w związku z brakiem jasno określonych priorytetów co do dalszych reguł funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce, wypracowali Księgę Rekomendacji zawierającą propozycje wspólnych działań oraz propozycje interpretacji kryteriów oceny ofert na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej. Najważniejsze zapisy Księgi Rekomendacji zawierają apel do Ministra Zdrowia o pilne powołanie rządowego zespołu, którego zadaniem będzie opracowanie Modelu Rozwoju Opieki Długoterminowej w Polsce. Niestety mimo licznych pytań, nie udało się nam uzyskać informacji dotyczących roli pielęgniarki i położnej w „nowej” POZ oraz tego, jaki los czeka pacjentów i nas pielęgniarki i położne po wejściu w życie ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej.

W biuletynie znajdziecie Państwo także tekst nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Rozporządzenie zostało opublikowane stosunkowo niedawno a już wzbudza wiele kontrowersji. Gorąco zachęcamy koleżanki i kolegów do zapoznania się z jego treścią, bowiem nieznaną prawo szkodzi – w tym wypadku nie zwalnia z odpowiedzialności.

Polecamy Państwu także zapoznanie się z artykułem dotyczącym podwyżek dla pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej, które do dzisiaj dla wielu są niesprawiedliwe, wręcz



krzywdzące. Znajdują się w nim ponadto informacje o sposobie opiniowania podwyżek przez „naszą” Izbę i wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów w POZ obowiązujące od 1 stycznia 2016 roku i od 1 stycznia 2017 roku.

Wykorzystując także nasze możliwości finansowe i lokalowe staramy się wyjść naprzeciw oczekiwaniom środowiska zawodowego w zakresie potrzeb edukacyjnych. Już teraz zapraszamy Państwa na kolejny cykl szkoleń dotyczących „bezpiecznej terapii infuzyjnej w pielęgniarskiej praktyce klinicznej”. Szkolenia planowane są na 26, 27 czerwca i 3, 4 lipca 2017 r.

Drogie Koleżanki i Koledzy,

W imieniu własnym oraz wszystkich Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pragnę złożyć serdeczne życzenia z okazji zbliżających się Świąt Wielkiej Nocy. Życzę Wam oraz Waszym najbliższym zdrowych, wypełnionych miłością i spokojem Świąt Wielkanocnych, spędzonych w gronie najbliższych, oraz prawdziwie wiosennej radości i pogody ducha.

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*



Kalendarium pracy OIPiP w Krośnie

od 1 lutego 2017 r. do 31 marca 2017 r.

3 LUTEGO 2017 R.

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

9 LUTEGO 2017 R.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 26 Uchwał. Były to uchwały w sprawie:

przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek, zmiany uchwały Nr 403/VI/2014 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 11 lutego 2014 r. w sprawie przyjęcia programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, skierowania do odbycia przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, zmiany uchwały Nr 5/VII/2015 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 18 grudnia 2015 r. w sprawie powołania komisji problemowych, zatwierdzenia „Planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie na rok 2017”, przyjęcia planów pracy na rok 2017 Komisji i Zespołów problemowych, zwołania XXXII Okręgowego Zjaz-

du Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, pokrycia kosztów konferencji organizowanej z okazji obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnej, pokrycia kosztów opracowania instrukcji bezpieczeństwa przeciw pożarowego dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, pokrycia kosztów opracowania wspólnej instrukcji bezpieczeństwa przeciw pożarowego dla budynku biurowo - usługowego w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, pokrycia kosztów wymiany akumulatorów do zasilania awaryjnego na drodze ewakuacyjnej w budynku biurowo - usługowym w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, wyrażenia zgody na całkowite pokrycie kosztów związanych z uczestnictwem w debacie eksperckiej pt. „Opieka Długoterminowa, a zmiany systemowe w Polsce”, wyrażenia zgody na całkowite pokrycie kosztów związanych z uczestnictwem w konferencji pt. „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”.

Na posiedzeniu podjęto także Stanowisko w sprawie poparcia wniosku Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska”- Powiatowy Szpital Pomocy Maltańskiej pw. bł. Gerarda Oddział w Barczewie o podjęcie pilnych działań w zakresie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wysokości miesięcznej opłaty za wyżywienie i zakwaterowanie pacjenta przebywającego w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz podjęcie pilnych działań w zakresie dokonania wyceny i taryfikacji świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych realizowanych dla pacjentów przebywających w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej. Przyznano 20 zapomóg dla pielęg-

niarek i położnych z terenu działania naszej izby oraz 3 zapomogi dla członków innych okręgowych izb.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego – 7 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

9 LUTEGO 2017 R.

Udział pielęgniarek: Anny Krasnopolskiej, Kazimierzy Nogaj-Ćwiąkały, Teresy Witusik w debacie eksperckiej „Opieka długoterminowa, a zmiany systemowe w Polsce” w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

14 LUTEGO 2017 R.

Posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

16 LUTEGO 2017 R.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w Zespole ds. Domów Pomocy Społecznej działającym przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

28 LUTEGO 2017 R.

Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

28 LUTEGO 2017 R.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej, położnej Małgorzaty Buby, pielęgniarek: Kazimierzy Nogaj-Ćwiąkały i Lucyny Wojtowicz w konferencji pt. „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia” w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

29 LUTEGO 2017 R.

Posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

6 MARCA 2017 R.

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

7 MARCA 2017 R.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Na posiedzeniu podjęto 21 Uchwał. Były to uchwały w sprawie:

przyznania bezzwrotnych zapomóg finansowych dla pielęgniarek i położnych, refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego dla pielęgniarek i położnych, wpisu pielęgniarki i położnej do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Krośnie, wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Krośnie, wydania zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat i pozytywnie złożonym egzaminie, wygaśnięcia ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i pielęgniarsza, prenumeraty dwumiesięcznika „Analiza

Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie”, pokrycia kosztów szkolenia dla Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej, Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz pracowników obsługi biura rzecznika odpowiedzialności zawodowej, zakupu ekranu projekcyjnego.

Posiedzenie Komisji finansowo-socjalnej. Przyznano 15 zapomóg dla pielęgniarek i położnych z terenu działania naszej izby oraz 1 zapomogę dla członka innej okręgowej izby.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego – 27 osób otrzymało dofinansowanie do różnych form kształcenia i doskonalenia zawodowego.

9 MARCA 2017 R.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w egzaminie dyplomowym dla studentów IV roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Krośnie.

10 MARCA 2017 R.

Udział Sekretarza ORPiP Ewy Czupskiej w egzaminie dyplomowym dla studentów IV roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w PWSZ w Krośnie.

10 MARCA 2017 R.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Zastępcy Dy-

rektora ds. lecznictwa Samodzielnego Publicznego Gminnego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Rymanowie.

14 MARCA 2017 R.

Spotkanie Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej z Panią Joanną Janowską w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie.

15-16 MARCA 2017 R.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w posiedzeniu NRPiP w Warszawie.

20 MARCA 2017 R.

Przewodnicząca ORPiP Renata Michalska i Sekretarz ORPiP Ewa Czupka uczestniczyły w spotkaniu współwłaścicieli nieruchomości położonej w Krośnie przy ul. Bieszczadzkiej 5.

23 MARCA 2017 R.

XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie połączony ze szkoleniem nt. „Realizacja zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne”.

27 MARCA 2017 R.

Udział Przewodniczącej ORPiP Renaty Michalskiej w Debacie poświęconej problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Debata odbyła się w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego a zorganizowało ją Ministerstwo Zdrowia.

XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

W dniu 23 marca 2017 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5, odbył się XXXII - Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Poniżej przedstawiamy Państwu sprawozdania Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie oraz podjęte przez Delegatów Zjazdu Stanowiska i Apel.

Sekretarz Zjazdu
Ewa Czupka



Prezydium Zjazdu

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r.

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie działająca w 25 osobowym składzie kontynuowała realizację zadań wynikających z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych.

Pracami Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych kierowała Przewodnicząca. W roku 2016 odbyły się 4 posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Na posiedzeniach podjęto 103 uchwały. Zgodnie z Regulaminem w każdym posiedzeniu uczestniczyła wymagana liczba członków, wobec powyższego wszystkie uchwały były prawomocne. Jedną uchwałą dotyczącą wyrażenia zgody na wynajem sali konferencyjnej na przeprowadzenie przez Wyższą Szkołę Biznesu i Przedsiębiorczości z Ostrowca Świętokrzyskiego Studiów II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo nie została zrealizowana z uwagi na rozpoczęcie naboru i uruchomienie w/w studiów w Brzozowie. Ponadto Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 15 grudnia 2016 r. podjęła Apel Nr 1 w sprawie obniżenia odpłatności za szkolenia specjalizacyjne i kursy kwalifikacyjne.

W roku 2016 odbyło się 8 posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W trakcie posiedzeń podjęto 176 uchwał. W każdym posiedzeniu uczestniczyła wymagana liczba członków, wobec powyższego wszystkie uchwały były prawomocne. Wszystkie uchwały zrealizowano. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęło także:

1. Stanowisko w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczących wprowadzenia zmian w obszarze kształcenia w zawodzie pielęgniarki zmierzających do przywrócenia nauczania na poziomie Liceów Medycznych. Skierowano go do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ministerstwa Zdrowia.

2. Stanowisko w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian ustawowych w obszarze kształcenia w zawodzie pielęgniarki. Skierowano go również do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji Narodowej.

3. Stanowisko w sprawie powołania na stanowisko Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku. Stanowisko zostało skierowane do Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego i OI-PiP w Słupsku.

Zaplanowane i zrealizowane zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wynikające z ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych i planu pracy na rok 2016 to:

1. Prowadzenie ewidencji pielęgniarek i położnych w ramach Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych

Realizując zadania przejęte od administracji państwowej w ramach Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych, samorząd wykonuje swoje zadania w szczególności przez:

- 1) stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu;
- 2) uznawanie kwalifikacji pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej, zamierzających wykonywać zawód pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

W związku z powyższym na dzień 31 grudnia 2016 r. zarejestrowanych było:

1. 4693 pielęgniarek (o 53 więcej niż w 2015 r.)
2. 161 pielęgniarczy (o 8 więcej niż w 2015 r.)
3. 542 położnych (o 4 więcej niż w 2015 r.)



Renata Michalska

W roku 2016:

- stwierdzono 90 praw wykonywania zawodu, w tym 80 pielęgniarkom, 8 pielęgniarzom i 2 położnym,
- skreślono z rejestru – 34 osoby, w tym 31 pielęgniarek i 3 położne,
- wpisano do rejestru - 15 osób, w tym 13 pielęgniarek i 2 położne,
- 21 osób zaprzestało wykonywać zawód, w tym 18 pielęgniarek, 3 położne,
- na podstawie raportów z Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji dotyczących osób zmarłych wykonano 7 wygaszeń PWZ z powodu śmierci pielęgniarki.

Na podstawie przyjętych wniosków aktualizacyjnych złożonych przez pielęgniarki i położne dokonano:

- 18 wpisów specjalizacji,
- 29 zmiany nazwisk.

W okresie sprawozdawczym, w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych na podstawie wpływających dokumentów, na bieżąco dokonywano aktualizacji danych osobowych, wykonywano czynności archiwizacyjne i porządkowe.

2. Potwierdzanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

W okresie sprawozdawczym wydano 13 zaświadczeń potwierdzających kwa-

lifikacje do pracy w Unii Europejskiej. Były to zaświadczenia dla pielęgniarek, które zamierzały podjąć pracę na terenie Niemiec, Anglii, Szwecji, Norwegii, Austrii i Belgii. Potwierdzono także 3 dokumenty rejestracyjne do Wielkiej Brytanii.

W ramach realizacji zadań Ośrodka Informacyjno – Edukacyjnego udzielano informacji dla pielęgniarek i położnych dotyczących warunków jakie należy spełniać aby podjąć pracę zarówno na terenie Polski jak i za granicą.

3. Prowadzenie rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

Na dzień 31 grudnia 2016 r. w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej zarejestrowanych było:

- indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej – 44 (pielęgniarki – 36, położne – 8)
- indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania – 24 (pielęgniarki – 23, położne – 1)
- indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym – 119 (pielęgniarki – 107, położne – 12)
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki - 3
- indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania – 1

W roku 2016 wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą 18 pielęgniarek, które zarejestrowały praktykę jako indywidualną praktykę wykonywaną wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym i 1 położną, która prowadzi indywidualną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania.

Z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wykreślono 3 indywidualne praktyki pielęgniarek. Dwie pielęgniarki odeszły na emeryturę, w związku z czym zlikwidowały działalność gospodarczą, natomiast jedna osoba wykreśliła się z rejestru indywidualnych praktyk wykonywanych wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu lechni-

czego, ponieważ nie pracuje już w tej placówce.

4. Kierowanie pielęgniarek i położnych, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat, w okresie ostatnich 6 lat na przeszkolenie

Na podstawie art. 26 ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251) Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych zobowiązana jest także do kierowania pielęgniarek i położnych, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat, w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie na przeszkolenie do odpowiedniego podmiotu leczniczego. Przeszkolenia odbywają się zgodnie z przyjętym programem przeszkolenia. Na takie przeszkolenie skierowano 7 pielęgniarek i 2 położne. 6 pielęgniarkom i 1 położnej wydano zaświadczenie o ukończeniu przeszkolenia, natomiast 1 pielęgniarka i 1 położna jest w trakcie przeszkolenia.

5. Prowadzenie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

W okresie sprawozdawczym w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych dokonano 10 wpisów, w tym było 8 wpisów i 2 zmiany we wpisie. Organizatorami kształcenia byli:

1. Interrette Sp. z o.o. we Wrocławiu. Do rejestru wpisano:

- kurs specjalistyczny w zakresie „Szczepienia ochronne” dla pielęgniarek,
- kurs specjalistyczny w zakresie „Szczepienia ochronne” dla położnych,
- kurs specjalistyczny w zakresie „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” dla pielęgniarek i położnych,
- kurs specjalistyczny w zakresie „Resuscytacja oddechowo - krążeniowa noworodka” dla pielęgniarek i położnych,
- kurs specjalistyczny w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” dla pielęgniarek i położnych (wpis i zmiana wpisu).

2. Stowarzyszenie Centrum Szkolenia Zawodowego w Gorlicach. Do rejestru wpisano:

- kurs specjalistyczny w zakresie „Leczenie ran” dla położnych,
- kurs specjalistyczny w zakresie „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG” dla pielęgniarek i położnych,
- kurs specjalistyczny w zakresie „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” dla pielęgniarek i położnych.

3. Fundacja Twórczych Kobiet w Warszawie. W rejestrze dokonano zmiany wpisu:

- kursu dokształcającego w zakresie „Karmienie piersią – Standard w opiece okołoporodowej”. Zmiana wpisu dotyczyła miejsca prowadzenia zajęć teoretycznych.

6. Działania dotyczące regulaminów obowiązujących w OIPiP w Krośnie

1. W dniu 16 czerwca 2016 r. do regulaminu przyznawania bezzwrotnych zapomóg losowych dla pielęgniarek i położnych wprowadzono zmiany dotyczące rencistów i emerytów oraz osób pobierających świadczenie przedemerytalne, którzy są uprawnieni do korzystania z zapomóg, gdyż po podjęciu uchwały przez VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zostały zwolnione z opłacania składek.

2. W dniu 15 grudnia 2016 r. wprowadzono także zmiany do Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego ponoszonych przez członków OIPiP w Krośnie dotyczące m. in. szkoleń specjalizacyjnych, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających. Kwoty refundacji za poszczególne formy szkoleń wzrosły:

- w przypadku specjalizacji – z kwoty 1500,00 zł do kwoty 1800,00 zł kosztów dydaktycznych szkolenia,
- w przypadku kursów kwalifikacyjnych – z 70% do 80% kosztów dydaktycznych szkolenia, czyli z kwoty 850,00 zł do kwoty 1100,00 zł
- w przypadku kursów specjalistycznych i dokształcających – do 80% kosztów dydaktycznych szkolenia. W tym przypadku zlikwidowano górną granicę przyznania refundacji.

Zmiany wynikające z podjętej uchwały mają zastosowanie do wniosków

o dofinansowanie form szkolenia ukończonych po 1 stycznia 2017 r.

3. W dniu 16 czerwca 2016 r. wprowadzono także zmiany w programie przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. W programie wprowadzono zmiany, które doprecyzowują okres niewykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną. Wszystkie osoby kierowane są na przeszkolenia zgodnie z przyjętym programem przeszkolenia.

7. Prowadzenie instytucji pomocowej dla pielęgniarek i położnych

W okresie sprawozdawczym przyznano 192 bezzwrotne zapomogi finansowe dla pielęgniarek i położnych na łączną kwotę 123100,00 zł (słownie: sto dwadzieścia trzy tysiące sto złotych), z czego 4800,00 zł (słownie: cztery tysiące osiemset złotych) przekazano na pomoc dla pielęgniarek z 17 innych okręgowych izb. W stosunku do roku 2015 była to kwota wyższa o 38200,00 zł (słownie: trzydzieści osiem tysięcy dwieście złotych).

8. Refundacja kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

Dofinansowano także różne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego w tym:

1) szkolenia specjalizacyjne dla 9 osób na kwotę 13500,00 zł (słownie: trzynastę tysięcy pięćset złotych),

2) kursy kwalifikacyjne dla 24 osób na kwotę 17080,00 zł (słownie: siedemnaście tysięcy osiemdziesiąt złotych),

3) kursy specjalistyczne dla 171 osób na kwotę 69572,00 zł (słownie: sześćdziesiąt dziewięć tysięcy pięćset siedemdziesiąt dwa złote),

4) ponadto 99 osób otrzymało refundację za ukończenie kursu dokształcającego, za udział w Zjeździe, za ukończenie studiów doktoranckich, magisterskich i podyplomowych na kwotę 61400,00 zł (słownie: sześćdziesiąt jeden tysięcy czterysta złotych).

Łącznie kwota refundacji wyniosła 161552,00 zł (słownie: sto sześćdziesiąt jeden tysięcy pięćset pięćdzie-

siąt dwa złote), a przyznano ją dla 303 osób. Kwota refundacji w roku 2016 była wyższa w stosunku do roku 2015 o 30166,00 zł (słownie: trzydzieści sto sześćdziesiąt sześć złotych), natomiast w stosunku do roku 2015, z refundacji w roku 2016 skorzystało 150 osób więcej. 17 osobom nie przyznano refundacji ze względu na nie spełnienie wymogów regulaminowych.

9. Działalność związana z organizacją konferencji i szkoleń

W okresie sprawozdawczym zorganizowano następujące konferencje:

1. W dniu 2 września 2016 r. odbyła się IV Konferencja Epidemiologiczna nt. „Współczesne wyzwania dla epidemiologii szpitalnej i środowiskowej”. W Konferencji udział wzięło 284 osoby.

2. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 7 października 2016 r. zorganizowała Konferencję z okazji XXV-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych nt. „Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Od historii do przyszłości”. Uczestniczyło w niej 388 osób.

Ponadto zorganizowano następujące szkolenia:

1. Szkolenie dla pielęgniarek i położnych pt. „Wczesne uruchamianie pacjenta”. Szkolenie przeprowadzono w OIPiP w Krośnie w dniu 1 marca 2016 r. Uczestniczyło w nim 46 osób.

2. Szkolenie dla pielęgniarek i położnych z zakresu odpowiedzialności pracowniczej i cywilnoprawnej. Szkolenie przeprowadzono w OIPiP w Krośnie w dniu 16 marca 2016 r. Uczestniczyło w nim 57 osób.

3. Szkolenie dla pielęgniarek i położnych z zakresu „Bezpieczna terapia infuzyjna w pielęgniarskiej praktyce klinicznej” (Sanok - 19.07.2016 r., Brzozów - 20.07.2016 r., Ustrzyki Dolne - 29.08.2016 r., Jasło - 30.08.2016 r.). Łącznie przeszkolono 266 osób.

4. Szkolenie dla pielęgniarek i położnych nt. „Podstawy leczenia ran przewlekłych – teoretyczne i praktyczne zastosowanie specjalistycznych opatrunków Firmy ConvaTec”. Szkolenie odbyło się w Szpitalu Powiatowym Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lesku w dniu 24 listopada 2016 r. Uczestniczyło w nim 41 osób.

5. Szkolenie warsztatowe dla pielęgniarek nt. „Skutecznej komunikacji z rodzicami z zakresu szczepień ochronnych”. Szkolenie odbyło się w siedzibie OIPiP w Krośnie w dniu 29 listopada 2016 r. Uczestniczyły w nim 44 osoby.

Łącznie w okresie sprawozdawczym w konferencjach i szkoleniach udział wzięło 1126 osób.

10. Prowadzenie działalności wydawniczej

W ramach realizacji zadań ustawowych związanych z prowadzeniem działalności informacyjnej, w okresie sprawozdawczym wydano 6 numerów czasopisma OIPiP w Krośnie „Forum Zawodowe”. Uaktualniono także stronę internetową. Obecnie stanowi ona najszybsze źródło ważnych informacji dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej oraz działalności samorządu zawodowego.

Ponadto dla potrzeb środowiska zawodowego na rok 2016 Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zaprenumerowała następujące czasopisma:

1. Miesięcznik „Wspólne Tematy” - 1 egzemplarz z każdego wydania,
2. Dwumiesięcznik „Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia” - 5 egzemplarzy z każdego wydania,
3. Miesięcznik „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” - 200 egzemplarzy z każdego wydania,
4. „Pielęgniarstwo XXI wieku” - 10 egzemplarzy z każdego wydania,
5. Kwartalnik „Położna – Nauka i Praktyka” - 8 egzemplarzy z każdego wydania,
6. Miesięcznik „Służba Zdrowia” - 1 egzemplarz z każdego wydania,
7. Dwumiesięcznik „Zakażenia” - 9 egzemplarzy z każdego wydania,
8. Czasopismo specjalistyczne Medi Forum Opieki Długoterminowej - 1 egzemplarz z każdego wydania.

Czasopisma przekazywane są do szpitali, uzdrowisk i innych placówek funkcjonujących na terenie działania OIPiP w Krośnie, natomiast 1 egzemplarz z każdego wydania znajduje się w bibliotece.

11. Przewodniczenie i uczestnictwo przedstawicieli ORPiP w Kroś-

nie w komisjach konkursowych na kierownicze stanowiska pielęgniarskie oraz inne stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych

W 2016 roku, przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie uczestniczyli w następujących postępowaniach konkursowych:

1) na stanowisko pielęgniarki oddziałowej OIOM, Bloku Operacyjnego i Oddziału Ginekologiczno – Położniczego SP ZOZ w Lesku,

2) na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Oddziału Dziecięcego, Oddziału Wewnętrznego, Oddziału Kardiologii i Oddziału Chirurgii i Otolaryngologii SP ZOZ w Sanoku,

3) na stanowisko zastępcy Dyrektora ds. opieki zdrowotnej SPG ZOZ w Rymanowie,

4) na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego, Oddziału Pulmonologii, Dziecięcego i Neurologii WSzP w Krośnie.

W celu sprawnego przebiegu poszczególnych postępowań konkursowych współpracowaliśmy z placówkami ogłaszającymi konkurs.

12. Opiniowanie projektów aktów normatywnych w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej

W okresie sprawozdawczym opiniowano 130 projektów aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej. Wiele uwagi poświęcono podstawowej opiece zdrowotnej i założeniom do ustawy poz, opiece paliatywnej i hospicyjnej, opiece długoterminowej, koordynowanej opiece nad kobietą w ciąży. Istotne uwagi dotyczyły również ratownictwa medycznego, medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego, kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, zakresu zadań pielęgniarki POZ i położnej POZ, nowelizacji aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, sposobu przeprowadzania konkursów, sposobu ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach

leczniczych, a także wynagradzania pracowników samorządowych.

W roku 2016 w imieniu ORPiP wydano 336 pozytywnych opinii dotyczących sposobu miesięcznego podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów. Każda z wydanych opinii zawierała wpis, że wskazana kwota ma zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu.

Przeprowadzono wiele rozmów zarówno telefonicznych jak i osobistych z pielęgniarkami i położnymi, pracodawcami, osobami wytypowanymi przez pracodawcę na temat sposobu rozliczania środków przekazywanych na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych przez NFZ. Pomocą prawną służył Pan Piotr Świątek odpowiadając na szereg pytań i wątpliwości i opracowując opinie prawne w sprawach problematycznych pielęgniarek i położnych.

W okresie sprawozdawczym wydano także 3 pozytywne opinie dotyczące minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. O opinię zwróciło się: Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie, Podkarpackie Centrum Interwencji Sercowo - Naczyniowych w Sanoku i Szpital Specjalistyczny w Jasiołce, Oddział Geriatryczny,

pozytywne opinie zostały wydane po zasięgnięciu opinii Zespołu ds. minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych i podjęciu uchwały przez Prezydium ORPiP i Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych. W każdym przedstawionym sprawozdaniu, pracodawca mając świadomość mogących nastąpić zagrożeń, określił rzeczywistą liczbę pielęgniarek umożliwiającą prawidłowe według jego oceny wykonywanie zadań realizowanych na oddziale.

Jako Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w Naczelnej Radzie Pielęgniarek

i Położnych w roku 2016 uczestniczyłam w następujących spotkaniach:

1) posiedzenie Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych – 2 razy,

2) posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – 5 razy,

3) posiedzenie Zespołu ds. domów pomocy społecznej – 2 razy,

Ponadto brałam udział w następujących spotkaniach:

1) konferencje w Sejmie – 1 raz,

2) spotkania w Ministerstwie Zdrowia - 1,

3) konferencje i spotkania w Urzędzie Wojewódzkim – 7,

4) posiedzenia Rady Społecznej Podkarpackiego Narodowego Funduszu Zdrowia – 3,

5) konferencje związane z XXV-leciem Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych – 6,

6) uroczystości w PWSZ w Krośnie i Sanoku – 3,

7) spotkania z posłami – 5,

8) inne spotkania wyjazdowe – 19.

Podsumowując uważam, że zgodnie z ustawą o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w okresie od 1 stycznia 2016r. do 31 grudnia 2016r. starała się należycie wywiązywać ze wszystkich obowiązków wobec środowiska zawodowego.

Pragnę wszystkim Państwu serdecznie podziękować za wspólną pracę w realizacji zadań na rzecz samorządu zawodowego. Z całego serca dziękuję członkom Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, wszystkim Organom, a więc Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępcom, Okręgowemu Sądowi Pielęgniarek i Położnych, Okręgowej Komisji Rewizyjnej na czele z Przewodniczącymi. Bardzo dziękuję także Przewodniczącym poszczególnych Komisji i Zespołom problemowych działających przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Życzę wszystkim członkom samorządu dalszej, dobrej współpracy na rzecz środowiska zawodowego.

*Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Renata Michalska*

Sprawozdanie Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za rok 2016

Gospodarka finansowa Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie była realizowana w oparciu o plan finansowy na rok 2016.

Bilans otwarcia budżetu (środki pieniężne) na rok 2016 wynosił 328 738,55 zł. Natomiast bilans otwarcia + przychody - wydatki za rok 2016 wynosił 388 725,14 zł. Stąd wynik finansowy za rok 2016 - 59 986,59 zł.

Przychody w roku 2016 stanowiły: przychód ze składek członkowskich, dotacja państwowa, dywidenda, wynajem pomieszczeń dla Ośrodka Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, odsetki bankowe, zezwolenia na prowadzenie Indywidualnej praktyki pielęgniarskiej i stanowiły łącznie 1 129 052,10 zł.

Składki członkowskie stanowiły 878 013,17 zł co stanowiło 109% planu finansowego (planowano 805 000,00 zł). Znaczną kwotę w przychodach stanowiła dywidenda, która wyniosła 150 000,00 zł.

Wydatki na działalność statutową OIPIP w Krośnie stanowiły 878 056,05 zł. Największą kwotę w wydatkach — 285

497,15 zł - stanowiło dofinansowanie szkoleń, konferencji i prenumerata czasopism medycznych i wyniosło 95% zaplanowanego budżetu na ten cel (w planie finansowym na 2016 r. - 300 000,00 zł).

Wydatki na fundusz zapomogowy wynosiły 122 400 00 zł i stanowiły 149% zaplanowanego budżetu na ten cel (w planie finansowym 82 000,00 zł).

Łącznie do środowiska Pielęgniarek i położnych wróciło 407 897,15 zł w postaci dofinansowania szkoleń i funduszu zapomogowego co stanowi 46,45% składek członkowskich.

Szczegółowe wykonanie planu finansowego za rok 2016 stanowi załączone zestawienie w tabeli opracowanej przez Księgową OIPIP w Krośnie.

Ponadto Skarbnik ORPiP w Krośnie prowadził systematyczną kontrolę odprowadzania składek członkowskich na rzecz OIPIP w Krośnie. Po każdej kontroli wysyłano pisma do pielęgniarek i położnych, które zalegały z odprowadzaniem składek powyżej 3 miesięcy z prośbą o określenie statusu zawodo-



Bożena Jastrzębska

wego. Po kontakcie telefonicznym z Izbą i uzgodnieniu kwoty większość zaległości została uregulowana.

Skarbnik Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Bożena Jastrzębska

Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

za okres od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r.

Na podstawie art. 33 ust. 2 z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) zadaniem Okręgowej Komisji Rewizyjnej jest przedstawienie Okręgowemu Zjazdowi sprawozdania ze swojej działalności.

Okręgowa Komisja Rewizyjna w składzie:

Przewodnicząca Dorota Guśpiel
Wiceprzewodnicząca Małgorzata Kędra
Sekretarz Agnieszka Mogilany
Członek Wioletta Karkoszka
Edyta Kędzior-Gajda
Jolanta Rzeszutek
Stanisława Stoparczyk
przedstawia XXXII Okręgowemu Zjazdowi sprawozdanie następującej treści:

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Komisja Rewizyjna spotkała się w terminach: 19 kwietnia 2016 r., 7 czerwca 2016 r., 19 września 2016 r., 8 listopada 2016 r.

Tematami kontroli było:
Ustalenie harmonogramu pracy Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Ocena pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Kontrola ściągalności składek.

Ocena zgodności wydatków z ustalonym budżetem.

Niezapowiedziane kontrole kasy.

Podczas przeprowadzonych powyższych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji obrotów gotówki, wydatki przebiegały zgodnie z zaplanowanym budżetem.

Praca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych nie budzi zastrzeżeń, na posiedzeniach Okręgowej Rady było wymagane kworum, a podjęte uchwały zostały zrealizowane.

Dokumentacja prowadzona jest w sposób prawidłowy i przechowywana z możliwością wglądu.

W 2016 r. odbyło się szkolenie dla członków Okręgowych Komisji Rewizyjnych w Krośnie w szkoleniu w Warsza-



Dorota Guśpiel

wie wzięły udział pani Edyta Kędzior-Gajda i Agnieszka Mogilany.

Ponadto w miesiącu lutym 2017 r. Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej złożyła sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej

w Krośnie za 2016 r. do Naczelnej Komisji Rewizyjnej w Warszawie.

Przewodnicząca
Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Krośnie
Dorota Guśpiel

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

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



Teresa Borek

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych został powołany uchwałą XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 listopada 2015 r. w składzie:

Przewodnicząca Teresa Borek członkowie: Ewa Ginalska-Wilk

Dorota Kafel
Stanisława Łobaza
Anna Orłowska
Anna Słota
Agata Władyka

Do zadań Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych należy wykonywanie czynności związanych z postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 103 8 z późn. zm.).

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Teresa Borek wraz z członkami Okręgowego Sądu: Dorotą Kafel oraz Agatą Władyską brały udział w szkoleniu nt. „Podstaw prawnych funkcjonowania okręgowych

sądów pielęgniarek i położnych na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz zasad funkcjonowania kancelarii tych sądów” przeznaczonym dla przewodniczących i członków okręgowych sądów pielęgniarek i położnych oraz osób prowadzących obsługę kancelarii sądu. Szkolenie odbyło się w Centrum Konferencyjno-Apartamentowym „Mrówka” w Warszawie. Zagadnienia, które były poruszane na szkoleniu okręgowych sądów pielęgniarek i położnych:

- formy odpowiedzialności prawnej pielęgniarek i położnych,
- zasady odpowiedzialności zawodowej,
- Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych a kodeks postępowania karnego,
- zmiany w kodeksie postępowania karnego po 1 lipca 2015 r.,
- postępowanie przed sądem pierwszej instancji,
- dokumentacja sądu,

- warsztaty - prowadzenie symulowanej rozprawy sądowej.

Przewodnicząca Okręgowego Sądu brała udział z głosem doradczym w posiedzeniach Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady.

Członkowie Okręgowego Sądu prowadzili działania prewencyjne, udzielając wyjaśnień osobom zainteresowanym z zakresu interpretacji przepisów praw-

nych dotyczących odpowiedzialności zawodowej.

W przedstawionym okresie sprawozdawczym do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych nie wpłynęła żadna sprawa z zakresu etyki zawodowej i przepisów prawa obowiązujących w zawodzie pielęgniarki i położnej.

Biuro Okręgowego Sądu zapewniające obsługę kancelaryjną czynne jest co-

dziennie w siedzibie Okręgowej Izby od poniedziałku do piątku w godz. od 10.00-14.00.

Obsługę biura Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych prowadzi Bożena Pacek.

*Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
Terasa Borek*

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie

za okres od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie działa na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 3 Ustawy z dnia 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr. 174, poz. 1038 z późn. zm.). Zadaniem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej jest przedstawienie okręgowemu zjazdowi rocznego sprawozdania ze swojej działalności.

XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 27 listopada 2015 r. Uchwałą Nr 15 zatwierdził wybór Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych i jego zastępców w składzie:

- Małgorzata Sawicka - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
- Małgorzata Bieniasz - Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
- Edwarda Kozubal - Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Tryb wewnętrznego funkcjonowania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych określa Regulamin, zapewniając właściwe postępowanie w realizacji zadań przez Okręgowych Rzeczników.

W okresie sprawozdawczym odbyły się 2 szkolenia prewencyjne zorganizowane

przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej tj:

1. w dniu 16 marca 2016 r. w Krośnie na temat „Odpowiedzialność pracowniczka i cywilnoprawna dla pielęgniarek i położnych”. Przy współudziale Radcy Prawnego. W szkoleniu uczestniczyło 57 osób.

2. w dniu 16-17 czerwca 2016 r. w Rzeszowie na temat „Podstawy procedowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej w świetle aktualnie obowiązującego stanu prawnego”. Uczestniczyły 22 osoby.

Odbyły się także 2 konferencje szkoleniowe zorganizowane przez Okręgową Radę pielęgniarek i położnych w Krośnie przy współudziale Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej tj.

1. W dniu 2 września 2016 r. konferencja szkoleniowa na temat „Prawa personelu pielęgniarskiego wobec postawy roszczeniowej pacjentów”. W konferencji uczestniczyło 281 osób.

2. W dniu 7 października 2016 r. w Krośnie na temat „ Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Od historii do przyszłości”. Uczestniczyło 388 osób.

W okresie sprawozdawczym ORzOZ wydał 1 postanowienie o zawieszeniu postępowania wyjaśniającego a także z-ca ORzOZ prowadził 1 postępowanie sprawdzające, które zakończyło się wydaniem postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego.

Ponadto Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczył



w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z głosem doradczym i udzielał osobom zainteresowanym porad z zakresu odpowiedzialności zawodowej i przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Krośnie pełni 2 dyżury w miesiącu tj. w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca oraz w wyznaczonym terminie jak również w dniach Posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie czynne jest codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30.

*Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie
mgr Małgorzata Sawicka*

STANOWISKO Nr 1 XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

z dnia 23 marca 2017 roku w sprawie uregulowania statusu prawnego pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej

SKIEROWANE DO:

1. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Delegaci XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą o niezwłoczne podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do nadania pielęgniarkom pracującym w domach pomocy społecznej statutu pracowników ochrony zdrowia, podlegającym przepisom ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.).

UZASADNIENIE:

Domy pomocy społecznej nie są podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 z późn. zm.). Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej są pracownikami samorządowymi, podlegają przepisom ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych oraz aktom wykonawczym do

tej ustawy. Zatrudnione w nich pielęgniarki wykonują pracę, zgodnie z zakresem obowiązków, który jest sporządzony z uwzględnieniem kompetencji, jakie wiążą się z posiadaniem tytułu zawodowego pielęgniarki. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251), a także zasady etyki zawodowej są zawsze wytycznymi, co do sposobu wykonywania zawodu niezależnie od tego, gdzie pielęgniarka jest zatrudniona.

Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej posiadają takie same kwalifikacje jak pielęgniarki zatrudnione w placówkach ochrony zdrowia, dlatego mogą czuć się dyskryminowane.

Zaznaczyć należy, iż ponad 50 procent mieszkańców domów pomocy społecznej sklasyfikowanych według obowiązującej w Polsce skali Barthel dotyczącej kategoryzacji opieki, to osoby zakwalifikowane w przedziale 0-40 punktów, wymagające całodobowych, długotrwałych, specjalistycznych usług pielęgniarskich. Coraz częściej są to osoby przybywające do domów pomocy społecznej bezpośrednio ze szpitali, zakładów opie-

kuńczo-leczniczych w bardzo ciężkim stanie zdrowia. Nie mogą oni pozostać bez całodobowego nadzoru pielęgniarskiego niezbędnego przy dozowaniu leków, koniecznym monitorowaniu stanu zdrowia, wymianie cewników, zmianie opatrunków, pielęgnacji przeciwoleżynowej, leczeniu odleżyn, karmieniu różnymi drogami i technikami, itd.

Domy pomocy społecznej to placówki, które mają gwarantować całodobową opiekę nad osobami częściowo lub całkowicie unieruchomionymi, natomiast pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej czy opieki długoterminowej nie jest w stanie zapewnić takiej opieki.

W ocenie Delegatów Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podjęcie odpowiednich działań legislacyjnych pozwoliłoby na rozwiązanie najistotniejszych problemów związanych z wykonywaniem zawodu pielęgniarki w domach pomocy społecznej.

*Sekretarz Zjazdu
Ewa Czupska
Przewodnicząca Zjazdu
Teresa Witusik*



STANOWISKO Nr 2 XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

z dnia 23 marca 2017 roku w sprawie zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek

SKIEROWANE DO:

1. Ministerstwa Zdrowia
2. Ministerstwa Edukacji Narodowej
3. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wyrażają stanowczy sprzeciw wobec proponowanych zmian w systemie kształcenia zawodowego pielęgniarek. Sprzeciwiamy się planowanym zmianom w odniesieniu do mającej niezwykle istotne znaczenie w procesie leczenia, a przy tym bardzo licznej grupy zawodowej, tj. środowiska pielęgniarek i położnych. Proponowane zmiany zdaniem Delegatów stanowią zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, a jednocześnie nie będą mieć realnego wpływu na poprawę w zakresie atrakcyjności zawodu pielęgniarki

i położnej, a co za tym idzie nie spowodują przyciągnięcia większej liczby chętnych do wykonywania tych zawodów.

W ocenie Delegatów w obowiązującym systemie opieki zdrowotnej nie brakuje personelu pomocniczego, brak jest wysoko wykwalifikowanej kadry pielęgniarskiej, osób mających uprawnienia także do podejmowania samodzielnych decyzji w procesie leczenia. Zwiększenie liczby osób wykonujących zawód pielęgniarki jest w stanie przyczynić się do poprawy sytuacji w polskim systemie opieki zdrowotnej. W działaniach zmierzających do realizacji tych założeń nie można jednak pomijać kwestii związanych z należytych przygotowaniem kandydatów do wykonywania tych zawodów. Podkreślić należy, że bardzo istotne znaczenie dla wyboru konkretnego zawodu ma także perspektywa otrzymywania przy jego

wykonywaniu godziwych zarobków. Zaproponowane zmiany nie realizują żadnego z tych postulatów.

Delegaci na XXXII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych wyrażają stanowisko, że proponowane zmiany doprowadzą do dalszego uszczuplenia liczebnego zawodu pielęgniarki. W celu poprawy trudnej sytuacji na rynku usług pielęgniarskich proponujemy w istotny sposób zwiększyć limity przyjęć na studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

*Sekretarz Zjazdu
Ewa Czupska
Przewodnicząca Zjazdu
Teresa Witusik*



APEL Nr 1 XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

z dnia 23 marca 2017 roku w sprawie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna: świadczenia lekarza POZ



SKIEROWANY DO:

1. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwracają się z apelem do władz najwyższego szczebla Samorządu Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych jako reprezentantów interesów pielęgniarek i położnych w negocjacjach z Ministrem Zdrowia, o podjęcie pilnych działań w celu zniesienia nierównego traktowania pielęgniarek i położnych w realizacji wzrostu wynagrodzeń wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2015 r.

Pielęgniarki, które realizują świadczenia jako tzw. pielęgniarki praktyki w gabinetach zabiegowych, punktach szcze-

pień i rejestracjach nie zostały objęte przez swoich pracodawców wzrostem wynagrodzeń według zasad dotyczących innych pielęgniarek zatrudnionych w POZ. Rodzi to poczucie krzywdy oraz pomijania interesów niektórych grup pielęgniarek mimo, iż NIPiP jak i OZZPiP powinny wszystkie pielęgniarki i położne traktować równo i z równą determinacją zabiegać o wszystkie osoby wykonujące te zawody. Obecnie powstające nierówności w wynagradzaniu u tego samego pracodawcy rodzą konflikty i napięcia w środowisku pielęgniarek i położnych oraz brak satysfakcji z wykonywanej pracy i poczucie krzywdy. Próby wskazania jako źródła wzrostu płac pielęgniarek i położnych zwiększonej stawki kapitałowej lekarza POZ, wynikającej ze wzrostu współczynnika korygującego odnoszącego się do osób w przedziale od 40 do 65 lat nie są brane po uwagę przez pracodawców. Jako ar-

gument ze strony pracodawcy pada sformułowanie, że nie ma wskazania prawnego do takiego dysponowania środkami przez pracodawcę.

W związku z powyższym Delegaci XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą o podjęcie pilnych działań zmierzających do wprowadzenia regulacji prawnych zapewniających wszystkim pielęgniarkom wzrost wynagrodzeń na takim samym poziomie, co stanowi wyraz równego traktowania przez naszych przedstawicieli.

*Sekretarz Zjazdu
Ewa Czupaska*

*Przewodnicząca Zjazdu
Teresa Witusik*

Premier Rządu spotkała się z pielęgniarkami

W dniu 5 grudnia br. w Bielsku-Białej odbyło się spotkanie Premier Rządu RP Beaty Szydło z przedstawicielami samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. To pierwsze takie spotkanie od wielu lat. Tym ważniejsze, że odbywa się w roku 25-lecia samorządu zawodowego, a sytuacja polskich pielęgniarek jest bardzo trudna.

NRPiP od początku kadencji tego rządu zabiega o powstanie kompleksowej strategii dla polskiego pielęgniarstwa. Podczas półgodzinnego spotkania Przewodnicząca Beskidzkiej Rady Pielęgniarek i Położnych Małgorzata Szwed przedstawiła postulaty i stanowisko NRPiP w kwestii poprawy sytuacji pielęgniarek i położnych.

– Podczas rozmowy z Panią Premier podniosłem kwestię systemu kształcenia oraz stażu podyplomowego-pierwsza praca, a także wdrożenia rozporządzeń koszykowych. Pani Premier z dużym zrozumieniem wysłuchała naszych postulatów – relacjonuje spotkanie Przewodnicząca BORPiP Małgorzata Szwed.

– Zapewniła też, że zastanowi się i rozważy powołanie pielęgniarki na stanowisko wiceministra w Ministerstwie Zdrowia. Uważamy, że takie rozwiązanie jest niezbędne, by sprawy największej medycznej grupy zawodowej były należycie przedstawiane. Potrzebna jest osoba,

która dobrze zna realia naszego zawodu i opracuje oraz wdroży we współpracy z samorządem pielęgniarek i położnych strategię działania i rozwoju polskiego pielęgniarstwa i położnictwa.

Przewodnicząca BORPiP przekazała Pani Premier list, w którym zawarte są najważniejsze postulaty samorządu zawodowego.

Bielsko-Biała, 5 grudnia 2016 r.

Beato Szydło
Prezes Rady Ministrów

Szanowna Pani Premier

Z ogromną wdzięcznością przyjęliśmy fakt, że Pani Premier poświęciła czas na spotkanie z pielęgniarkami i położnymi Podbeskidzia.

Nasz samorząd zawodowy właśnie obchodzi 25-lecie powstania. Przynależność do niego jest obligatoryjna. Został on powołany przede wszystkim do reprezentowania zawodowych i społecznych interesów swoich członków oraz dbania o ich rozwój zawodowy.

W Polsce zarejestrowanych jest ponad 320 tys. pielęgniarek i położnych, z czego na Śląsku ponad 42 tys., a w naszej Beskidzkiej Okręgowej Izbie ponad 5300.

Pielęgniarki i położne kształcą się na studiach wyższych I i II stopnia, uzysku-

jąc tytuł licencjat pielęgniarstwa i magister pielęgniarstwa.

Ogromne zaniepokojenie naszych grup zawodowych budzą plany uruchomienia drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarki, która miałaby być prowadzona w dwustopniowej szkole branżowej (na podbudowie 3-letniej szkoły asystentek pielęgniarstkich), kończącej się egzaminem maturalnym i egzaminem dyplomowym, uprawniającym do otrzymania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. Oznacza to, że pielęgniarką zostawałaby osoba ze średnim wykształceniem, a nie wyższym jak obecnie, co stanowi powrót do standardów obowiązujących w Polsce przed wejściem do Unii Europejskiej. Jest to regres, na który jako samorząd zawodowy nie możemy się zgodzić.

Obniżanie poziomu kształcenia nie może być lekarstwem na niedobór pielęgniarek na polskim rynku pracy. Od kwalifikacji pielęgniarki bowiem zależy w dużym stopniu bezpieczeństwo pacjentów jak i sprawne, dobre jakościowo realizowanie świadczeń zdrowotnych.

Jak wynika z doświadczeń lokalnych oraz analizy przygotowanej przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, w Polsce nie brakuje kandydatów na I stopień studiów na kierunku pielęgniarstwo. Obserwuje się nawet tendencję wzrostową, jednak około 50% chętnych nie zostaje przyjęta na studia z powodu limitów narzucanych przez uczelnie.

Dlatego koniecznym jest, aby uczelnie otrzymywały dodatkowe środki wyłącznie na kształcenie pielęgniarek, co pozwoliłoby im na zwiększenie liczby studentów na tych kierunkach.

Uważamy także, że istnieje konieczność przywrócenia stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych, ewentualnie stażu – pierwsza praca, tak jak uczyniono to u lekarzy. Jest szansa, że dzięki temu pielęgniarki bezpośrednio po studiach nie będą wyjeżdżały za granicę, ponieważ otrzymają zatrudnienie w kraju



i poczuć satysfakcję z pierwszej wykonywanej pracy. Podczas stażu podyplomowego pielęgniarka zdobyłaby także większe bezpośrednie doświadczenie w pracy z pacjentem i wzmocniłaby zespół pracujący na konkretnym oddziale szpitalnym.

W Polsce na 1000 mieszkańców przypada 5,2 pielęgniarki i jest to najmniejszy wskaźnik w Europie, gdzie średni wskaźnik wynosi 10. Średni wiek polskiej pielęgniarki zbliża się do 50 roku życia. Konieczne jest więc podjęcie działań w celu zapobieżenia wyjazdom doświadczonych pielęgniarek za granicę i odchodzeniu pielęgniarek z zawodu. Proponujemy wprowadzenie standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa oraz przygotowanie rozporządzeń koszykowych, opisujących ilu

pacjentów powinno przypadać na jedną pielęgniarkę w poszczególnych oddziałach.

W 2015 roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych złożyła w Ministerstwie Zdrowia rekomendacje, wskazujące kierunki działania, jakie należy podjąć w celu poprawy sytuacji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia. Oczekujemy przyspieszenia prac dla ich realizacji.

Szanowna Pani Premier,

Zawód pielęgniarki/położnej to zawody samodzielne, wymagające ciągłego, ustawicznego kształcenia i doskonalenia zawodowego. Osoby, które sprawują nadzór nad wykonywaniem tych zawodów muszą znać jego misje, cele, zada-

nia i specyfikę pracy. Dlatego uważamy, że konieczne jest powołanie osoby z wykształceniem pielęgniarskim na stanowisko wiceministra zdrowia, która całościowo zajmie się problematyką naszych zawodów, zadba o ich prestiż oraz oparcie i wdroży we współpracy z samorządem pielęgniarek i położnych strategię działania i rozwoju polskiego pielęgniarstwa i położnictwa.

Z wyrazami szacunku i wdzięczności

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Bielsku-Białej
Małgorzata Szwed*

Pielęgniarka w randze Wiceministra Zdrowia

Pani Poseł Józefa Szczurek-Żelazko 1 lutego 2017 r. została powołana na stanowisko Wiceministra Zdrowia. Funkcję Wiceministra zaproponowała jej Premier Beata Szydło. Powołanie pielęgniarki na stanowisko Wiceministra Zdrowia jest realizacją postulatów, które zgłaszał samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych podczas spotkania z Panią Premier w Bielsku Białej w dniu 5 grudnia ubiegłego roku. Ma wspierać Ministra Konstantego Radziwiłła w reformowaniu służby zdrowia.

Kim jest nowa Wiceminister

Pani Józefa Szczurek-Żelazko urodziła się 14 marca 1961 roku w Nowym Sączu. Tam też ukończyła Liceum Medyczne, a następnie Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Lublinie. Ukończyła Studia Podyplomowe dla kandydatów do rad nadzorczych. Posiada także uprawnienia Audytora Wewnętrznych (Studia Podyplomowe i zdany egzamin w Ministerstwie Finansów).

Pani Wiceminister pracowała na stanowisku pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym, a następnie jako nauczyciel zawodu w Zespole Szkół Medycznych w Nowym Sączu.

Później podjęła pracę na stanowisku pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarki naczelnej ZZOZ. Kiedy wprowadzono reformę administracji publicznej pełniła funkcję Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Starostwa Powiatowego w Nowym Sączu. Od 2001 roku pracuje na stanowisku Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Brzesku. Jest posłanką na Sejm RP. W Sejmie pracuje w Parlamentarnym Zespole ds. pielęgniarek, położnych i innych pracowników opieki zdrowotnej jako wiceprzewodnicząca, w Parlamentarnym Zespole ds. Praw Pacjenta jako skarbnik oraz pełni funkcję przewodniczącej Parlamentarnego Zespołu ds. Szpitali Powiatowych.

Plany i oczekiwania

Pani Wiceminister jest pełna nadziei, że na stanowisku, które jej powierzono, będzie mogła rozwiązywać problemy środowiska pielęgniarskiego, gdyż zna te problemy i oczekiwania, wspierała pielęgniarki jako poseł na Sejm i będzie tę drogę kontynuować na powierzonym jej stanowisku. Liczy na zrozumienie i chce, aby rozmowy przebiegały merytorycznie i w kierunku życzliwego roz-



wiązywania problemów. Podkreśla, że bardzo ważną sprawą będzie promowanie i umacnianie dobrego wizerunku zawodu pielęgniarki i położnej. Będzie starała się zająć sprawami kształcenia i koszykiem świadczeń.

Oczekiwania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych od dawna są znane. Zależy nam przede wszystkim na stworzeniu realnej i rzeczowej strategii dla pielęgniarstwa, wypracowania dobrej oferty dla absolwentów, uregulowania obsad pielęgniarskich i położniczych poprzez wprowadzenie do tzw. zapisów koszykowych konkretnych wskaźników, które zostały wypracowane na podstawie badań i pomiarów w dużej ilości oddziałów szpitalnych.

W imieniu samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych gratulujemy powołania na stanowisko i liczymy na owocną współpracę.

Notatka ze spotkania strony społecznej z przedstawicielami ministerstwa zdrowia

W dniu 2 marca 2017 roku w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie robocze przedstawicieli NRPiP i OZZPiP z Józefą Szczurek-Żelazko – Sekretarz stanu, Krzysztofem Łandą – Podsekretarzem stanu i Beatą Cholewką – Dyrektorem Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia.

Spotkanie dotyczyło rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, leczenia stomatologicznego, rehabilitacji leczniczej, lecznictwa uzdrowiskowego, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywno-hospicyjnej.

W trakcie spotkania NRPiP oraz OZZPiP przedstawili jednoznaczne stanowisko w sprawie wdrożenia ustalonych wskaźników minimalnych norm obsad pielęgniarek i położnych oraz określenia wymogu minimum kwalifikacyjnego w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne, wypracowanych w ramach prac Zespołu ds. rozwiązań w zakresie tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych.



Podsumowanie spotkania

NRPiP i ministerstwa zdrowia z departamentem rynku pracy ministerstwa rodziny, pracy i polityki społecznej

2 marca 2017 roku na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ministerstwa Zdrowia odbyło się spotkanie robocze z przedstawicielami Departamentu Rynku Pracy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Podczas spotkania poruszono najważniejsze tematy związane z zawodową sytuacją pielęgniarek i położnych w zakresie:

- niedoboru kadr pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia ,
- konieczności przeszkolenia osób, które miały dłuższą niż 5 lat przerwę w wykonywaniu zawodu,
- umożliwienia zatrudnienia pielęgniarkom i położnym, które są zarejestrowane jako bezrobotne,
- możliwości zatrudniania absolwentów szkół pielęgniarskich i położniczych.

Ustalono, iż Departament Rynku Pracy Ministerstwa Rodziny Pracy i Polityki i Społecznej przeanalizuje zgłoszone problemy i w ramach obowiązującego prawa w zakresie promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy wskaże możliwości rozwiązania w/w problemów.

Opieka długoterminowa a zmiany systemowe w Polsce

„Opieka długoterminowa zaczyna się wtedy, kiedy choroba i związana z nią niesprawność zostaje z pacjentem na stałe lub na lata, kiedy kończą się możliwości uzyskania spektakularnych efektów terapii, kiedy wsparcie rodziny jest niewystarczające albo pacjent jest zupełnie sam, a złożone problemy medyczne i socjalne stają się wyzwaniem dla profesjonalistów o szczególnych kompetencjach i wartościach moralnych. W Polsce codziennie, kilkanaście tysięcy pielęgniarek podejmuje to niezwykle wyzwanie”.

dr Grażyna Wójcik, Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

9 lutego 2017 r. w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym odbyła się ekspercka debata na temat modelu opieki długoterminowej w Polsce, zorganizowana we współpracy Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Wzięli w niej udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Centrali NFZ, Konsultanci Krajowi i Wojewódzcy, liderzy organizacji pielęgniarskich, kadra kierownicza zakładów leczniczych realizujących opiekę długoterminową oraz przedstawiciele organizacji pacjentów, a także instytucji eksperckich zaangażowanych w opracowywanie nowych rozwiązań dla systemu ochrony zdrowia. Z ramienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w konferencji uczestniczyła Pani Teresa Witusik pielęgniarka zatrudniona w NZOZ LIBRA w Jaśle, Pani Anna Krasnopolska pielęgniarka zatrudniona na indywidualnej praktyce i Pani Kazimiera Nogaj-Ćwiąkała pielęgniarka zatrudniona w NZOZ KAMED w Bliznem.

W odpowiedzi na wprowadzane zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej oraz rosnące potrzeby starzejącej się populacji, pielęgniarki podjęły wyzwanie i w ostatnich kilkunastu latach aktywnie zaangażowały się w rozwijanie oferty świadczeń zdrowotnych dla pacjentów przewlekle chorych i niesamodzielnych. Pod koniec lat 90-tych

ubiegłego wieku nastąpił intensywny rozwój pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Obecnie na terenie kraju, po 18 latach od utworzenia pierwszych placówek, funkcjonuje ponad 1000 placówek świadczących opiekę domową i kilkaset placówek opieki stacjonarnej.

Placówki te zapewniają kontynuację leczenia oraz pielęgnacji dla pacjentów przewlekle i obłożnie chorych po zakończonym leczeniu szpitalnym lub w sytuacji utraty samodzielności w warunkach domowych.

Wszyscy uczestnicy debaty jednoznacznie podkreślali konieczność rozwoju opieki długoterminowej. Prof. dr hab. Piotr Błędowski, wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego i Kierownik Zakładu Polityki Społecznej SGH przedstawił szacunkowe badania, które wykazują, że obecnie w Polsce ok. 1 miliona obywateli potrzebuje pomocy, a w przeciągu dwóch lat liczba ta wzrośnie do miliona 700 osób. Ewa Borek, Prezes Fundacji „MY Pacjenci” mówiła o tym, jak przez brak koordynacji w opiece długoterminowej większość pacjentów trafia do znacznie droższej opieki stacjonarnej. Po odebraniu pacjenta ze szpitala, rodzina nie ma wiedzy, umiejętności i wsparcia w opiece nad swoim bliskim chorym w domu. Konsekwencje takiej sytuacji są różne: przedłużające się hospitalizacje, powikłania, pogorszenie się stanu zdrowia, niska jakość życia oraz zaburzenia w funkcjonowaniu rodziny.

Niestety Polska jest jednym z nielicznych krajów w Europie, który nie przyjął strategicznego programu rozwoju sektora świadczeń opieki długoterminowej. Wobec planowanych zmian systemowych i braku strategii rządowej dla tego sektora, zakłady opieki długoterminowej znalazły się w sytuacji niepewności i potencjalnego zagrożenia. Podkreślenia wymaga fakt, że wbrew formalnym deklaracjom decydentów, zaangażowanie środków publicznych w tej dziedzinie jest najniższe w Europie - 0,8 % PKB, przy kilkakrotnie wyższym wskaź-

niku w krajach takich jak Holandia 2,5% i Szwecja 3,5% (Raport Banku Światowego z 2016 r.). Ponadto, utrzymujący się od lat brak polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej, skutkuje bardzo dużym zróżnicowaniem dostępności i poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi Oddziałami NFZ. Dodatkowo od wielu lat, stawka za świadczenia opieki długoterminowej utrzymuje się na tym samym poziomie, a w opiece domowej uległa nawet stopniowemu obniżeniu, przy wyraźnym wzroście kosztów pracy i usług. Skutkuje to dużą demotywacją pielęgniarek do planowania przyszłości zawodowej w tym sektorze. Tymczasem liczba odbiorców opieki długoterminowej systematycznie rośnie. Wszystkie osoby odpowiedzialne za politykę społeczną i zdrowotną w kraju podkreślają, że proces starzenia się polskiego społeczeństwa jest bardzo szybki. Obecnie już 15% obywateli to osoby powyżej 65 roku życia, a do 2020 roku liczba ta ulegnie podwojeniu. Niestety, pomimo trafnej diagnozy, brak jest w Polsce wyraźnej i długofalowej polityki społecznej skierowanej do osób starszych, przewlekle i obłożnie chorych. Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofia Małas podkreśliła, że nowa strategia Ministerstwa Zdrowia, dotycząca deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia ma polegać na maksymalnym skróceniu pobytu chorego w szpitalu i przeniesieniu opieki do domu pacjenta a tym samym rosnąć będzie zarówno rola pielęgniarki rodzinnej jak i pielęgniarki opieki długoterminowej. Należy tylko zapalić zielone światło dla zakładów realizujących opiekę medyczną w środowisku domowym pacjenta, bo już wkrótce będzie to jedno z najważniejszych działań w przyszłości.

Wobec braku jasno określonych priorytetów co do dalszych reguł funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce, uczestnicy debaty wypracowali Księgę Rekomendacji zawierającą propozycje wspólnych działań oraz propozycje interpretacji kryteriów oceny ofert

na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, która została przekazana do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, Wiceminister Zdrowia Józefy Szczurek-Żelazko, Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Prezesa NFZ

Andrzeja Jacyny. Najważniejsze zapisy Księgi Rekomendacji zawierają apel do Ministra Zdrowia o pilne powołanie rządowego zespołu, którego zadaniem będzie opracowanie Modelu Rozwoju Opieki Długoterminowej w Polsce.

Przewodnicząca Komisji ds.
kontraktowania świadczeń
pielęgniarek i położnych
działającej przy ORPiP w Krośnie
Teresa Witusik

Długoterminowa opieka medyczna a zmiany systemowe w Polsce

Rekomendacje z debaty eksperckiej OPD Warszawa dnia 09.02.2017 r.



Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych



Polskie
Towarzystwo
Opieki
Długoterminowej



Przygotowywane zmiany systemowe w służbie zdrowia będą miały istotny wpływ na funkcjonowanie świadczeń oraz dalszy rozwój zakładów opieki długoterminowej (OPD). Wobec braku debaty publicznej i jasnych priorytetów co do dalszych reguł funkcjonowania opieki długoterminowej, kadra zarządzająca oraz liderzy zakładów opieki długoterminowej, a także przedstawiciele świata nauki, podjęli inicjatywę wypracowania rekomendacji dotyczących rozwoju modelu opieki długoterminowej w sektorze zdrowia.

1. Środowisko liderów i dyrektorów opieki długoterminowej przedkłada na ręce Ministra Zdrowia deklaracje aktywnego zaangażowania w proces określenia dalszych kierunków rozwoju i funkcjonowania opieki długoterminowej w Polsce w szczególności w odniesieniu do obszaru świadczeń zdrowotnych tego sektora.

2. Utrzymujący się od lat brak polityki w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoter-

minowej skutkuje niedostosowaniem regulacji prawnych i standardów udzielania świadczeń do potrzeb odbiorców oraz bardzo dużym zróżnicowaniem dostępności dla pacjentów i poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi Oddziałami NFZ (np. rozpiętość powyżej 100% pomiędzy województwem śląskim i pomorskim na 10000 uprawnień).

3. Oczekujemy od Ministra Zdrowia rozpoczęcia prac, które zagwarantują jak najszybsze znowelizowanie obowiązujących regulacji prawnych definiujących zasady i warunki realizacji świadczeń w opiece długoterminowej a w tym w szczególności:

- Określenia wskaźników zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia opieki długoterminowej (stacjonarnej, domowej, dziennej) jako gwaranta bezpieczeństwa dla pacjentów wraz harmonogramem ich osiągnięcia.
- Uporządkowania zapisów dotyczących finansowania kosztów zakwaterowania i żywienia pacjentów

przebywających w ZOL/ZPO, w celu ograniczenia strat zakładów wynikających z ułomnych regulacji prawnych.

- Pilne wdrożenie rekomendowanej przez AOTM wyceny świadczeń w pielęgniarstwie w opiece domowej.
- Dokonanie wyceny kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w zakładach stacjonarnych ZPO i ZOL.
- Wprowadzenia kategoryzacji pakietów świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie w opiece domowej (gwarantujące dostępność dla pacjentów o najwyższym stopniu zależności).
- Rozszerzenie wykazu świadczeń/procedur medycznych objętych dodatkowym finansowaniem poza stawką osobodnia obowiązującą w OPD (leczenie odleżyn, leczenie żywieniowe, leczenie zakażeń, płynoterapia, tlenoterapia domowa).
- Opracowanie nowych kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki długoterminowej (stacjonarnej i domowej).

■ Przeniesienia stawki kapitacyjnej pacjentów przebywających w ZOL/ZPO do stawki osobodnia tychże placówek.

4. Wypracowania modelu koordynowanej opieki dla pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej (opieka domowa, stacjonarna, świadczenia odrębnie kontraktowane ale także usługi opiekuńcze i inne świadczenia medyczne).

5. Wprowadzenie nowej procedury związanej z prowadzeniem doradztwa i przygotowaniem do nowej sytuacji zdrowotnej i rodzinnej dla pacjentów/opiekunów, u których wystąpiła utrata samodzielności życiowej połączonej ze stanem zdrowia (pacjenci po udarach, zabiegach ortopedycznych lub neurochirurgicznych, urazach czy postępujących schorzeniach demencyjnych). Procedura ta byłaby dedykowana dla pielęgniarek rodzinnych, opieki długoterminowej ale także pielęgniarek szpitalnych.

6. Opracowanie szczegółowych rozwiązań pozwalających pielęgniarkom na pełne wykorzystanie nowych kompetencji w zakresie ordynacji materia-

łów medycznych oraz leków (odejście od pierwszego zlecenia materiałów medycznych przez lekarza, rozstrzygnięcia dotyczące dokumentacji medycznej ordynacji pielęgniarskiej, finansowanie badań zleczanych przez pielęgniarki).

7. Przygotowanie do wdrożenia opracowania kryteriów zapewnienia jakości w opiece długoterminowej i uruchomienia procesu akredytacji zakładów.

8. Jednocześnie w związku z ogłoszonymi przez Oddziały Wojewódzkie NFZ Konkursami na realizację świadczeń w opiece długoterminowej oczekujemy pilnej jednolitej interpretacji obowiązujących nowych kryteriów oceny ofert (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 31.08.2016 r. poz. 1372).

9. Aktualna sytuacja w której Dyrektorzy Oddziałów NFZ dokonują niezależnej interpretacji przepisów prawa skutkuje bardzo dużym zaburzeniem procesu kontraktowania (szkolenia prowadzone dla potencjalnych Świadczeniodawców bez odpowiedzi dotyczącej interpretacji kryteriów), a także zagrożeniem dla dalszego funkcjonowania dla dużej grupy podmiotów OPD.

10. Wyrażamy stanowczy sprzeciw dla działań Ministerstwa i NFZ przyzwalających na jawne dyskryminowanie świadczeń realizowanych w systemie ochrony zdrowia przez pielęgniarki w odniesieniu do innych rodzajów świadczeń (przykładem może być brak wdrożenia stawek AOTM dla OPD przy równoległym dostosowaniu stawek w opiece hospicyjnej, warunki ugód za nad wykonania wybrane Oddziały NFZ zaproponowały najmniej korzystne dla OPD).

11. Wnioskujemy o powołania zespołu rządowego mającego za zadanie opracowanie Modelu rozwoju opieki długoterminowej w Polsce zawierającego wieloletni plan strategiczny.

*W imieniu uczestników Debaty:
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Zofia Małaś*

*Prezes Polskiego
Towarzystwa Pielęgniarek
dr n. o zdr. Grażyna Wójcik*

Wyciąg z rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U z 2016 r, poz.1372)- przedmiot postępowania pielęgniarska opieka długoterminowa domowa

Propozycja interpretacji kryteriów 09.02.2017

1	Pielęgniarki z ukończoną specjalizacją opieki długoterminowej, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, zachowawczą, rodzinną, środowiskową, środowiskowo - rodzinną, pediatryczną, geriatryczną, paliatywną - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Personel z kwalifikacjami wskazanymi w kryterium, stanowi co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek rozumianego jako dostępność do realizacji świadczeń na czas pracy zawarty w umowie lub portalu świadczeniodawcy. Uzasadnienie: Personel o najwyższych kwalifikacjach w ramach swoich kompetencji realizuje różnorodne zadania, takie jak: bieżący nadzór nad realizacją świadczeń i prowadzeniem dokumentacji, szkolenie kadry, konsultowanie trudnych przypadków itd. Dlatego też nie zawsze 100% czasu pracy piel. specjalistów zaangażowane jest w bezpośrednią realizację świadczeń.
2	Pielęgniarki z co najmniej 2-u letnim doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w warunkach domowych - co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Udzielanie świadczeń w warunkach domowych obejmuje pracę na stanowisku pielęgniarki rodzinnej/środowiskowej, pielęgniarki opieki długoterminowej, pielęgniarki w hospicjum domowym, pielęgniarki zespołu tlenoterapii domowej oraz pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych a także prowadzenie indywidualnej pielęgniarskiej praktyki na wezwanie (potw. przez OiPiP).
3	Pielęgniarki z co najmniej 3-y letnim doświadczeniem w pielęgnowaniu chorych w warunkach oddziału szpitalnego - co najmniej 25% czasu pracy wszystkich pielęgniarek OPD	Za spełnianie kryterium doświadczenie w pielęgnowaniu chorych w warunkach szpitalnych uznaje się zatrudnione w lecznictwie stacjonarnym na stanowisku: pielęgniarki odcinkowej, koordynującej, pielęgniarki oddziału dziennego lub pielęgniarki oddziałowej.

4	Co najmniej 50% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	50% pielęgniarek oznacza 50 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 50% potencjału czasowego. Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio 5,5 h/dobę.
5	Co najmniej 25% pielęgniarek udziela świadczeń w wymiarze równoważnika 1 etatu	25% pielęgniarek oznacza 25 % ogólnego czasu pracy wszystkich zadeklarowanych pielęgniarek, czyli 25% potencjału czasowego. Udzielanie świadczeń w wymiarze 1 etatu oznacza deklarację posiadanego lub planowanego personelu świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w wymiarze odpowiadającym wymiarowi zatrudnienia 37,5 h/tyg. W odniesieniu do 7 dni tygodnia, przy zapewnieniu dostępności średnio 5,5 h/dobę.
6	Zapewnienie udzielania świadczeń przez 7 dni w tygodniu dla świadczeniobiorców z oceną 0-15 punktów w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających 2 miesiące w którym ogłoszono postępowanie	Oznacza to że świadczeniodawca posiadał harmonogram dostępności personelu przez 7 dni w tygodniu w odniesieniu do pacjentów 0-15 w skali Barthel objętych opieką przez co najmniej 90 dni. Zapewnienie dostępności w dni powszednie od 8.00-20.00 oraz w dni świąteczne min. 2 godzin.
7	Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w okresach pomiędzy hospitalizacjami i po ich zakończeniu w ciągu 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc w którym ogłoszono postępowanie	Świadczeniodawca zapewniał pacjentom, którzy w okresie opieki byli hospitalizowani, możliwość kontynuacji świadczenia pomiędzy i po hospitalizacji.
8	Ilość pacjentów z oceną 0 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie w 2016r./liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 0 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
9	Ilość pacjentów z oceną 5-15 punktów w skali Barthel w ogólnej liczbie świadczeniobiorców objętych opieką w ciągu ostatnich 12 miesięcy poprzedzających o 2 miesiące miesiąc, w którym ogłoszono postępowanie 2016/liczbę m-cy pod opieką	Stosunek liczby pacjentów którzy w ciągu roku uzyskali ocenę 5-15 pkt w skali Barthel do ogólnej liczby pacjentów pod opieką w okresie objętym analizą.
10	Ustalone zasady współpracy i koordynacji działań z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia świadczeniobiorcom ciągłości opieki bezpośrednio po zakończonej hospitalizacji	Posiadanie potwierdzonych w formie pisemnej zasad współpracy i koordynacji działań (Umowa, Porozumienie, zasady współpracy) z innymi podmiotami leczniczymi realizującymi świadczenia w lecznictwie stacjonarnym (szpitale powiatowe, wojewódzkie, specjalistyczne lub kliniczne instytucje). Uzasadnienie: Pielęgniarska Opieka Długoterminowa zapewnia kontynuację opieki dla odbiorców korzystających z różnych poziomów leczenia stacjonarnego.

O podwyżkach w podstawowej opiece zdrowotnej

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

W roku 2015 wprowadzono regulacje umożliwiające wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych. Istotą Porozumienia zawartego 23 września 2015 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ, Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych było przyznanie wszystkim zatrudnionym pielęgniarkom i położnym podwyżek w okresie czterech lat w wysokości 1.600 zł. brutto, bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Tymczasem realizacja w/w porozumień w praktyce doprowadziła do powstania wielu niejasności, a wręcz wyeliminowała bardzo istotne ustalenia.

W porozumieniu podpisanym 23 września 2015 r. przez Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz środowisko pielęgniarek i położnych – reprezentowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych – ustalono m.in., że od 1 stycznia 2016 r. wzrośnie stawka kapitacyjna dla:

- pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, w taki sposób, aby zapewnić ww. grupom zawodowym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w przeliczeniu na etat lub równoważnik etatu.

W POZ podwyżka została przekazana poprzez wzrost stawki kapitacyjnej. Za tem kwota 400 zł, brutto, brutto nie była kwotą obligatoryjną dla każdej pielęgniarki i położnej. Kwoty wzrostu stawki kapitacyjnej dla pielęgniarek, położnych i pielęgniarek szkolnych określone zostały w § 11 Załącznika nr 2 do Zarządzenia Nr 77/2015 Prezesa NFZ .

Poniżej przedstawiamy Państwu cytowany paragraf:

2. W przypadku stawek, o których mowa w § 10 ust. 2 pkt 1, ust. 3 pkt 1 oraz ust. 4 pkt 1, obejmują one kwoty wynikające z przekazania środków finansowych na wzrost finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne,

o którym mowa w § 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1628) zwanego dalej „rozporządzeniem zmieniającym”, w tym:

1) dla okresu od stycznia do sierpnia 2016 r. włącznie:

a) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 2 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,19 zł (słownie: zero, 19/100 złotych),

b) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 3 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,20 zł (słownie: zero, 20/100 złotych),

c) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 4 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,59 zł (słownie: zero, 59/100 złotych),

2) dla okresu od września do grudnia 2016 r. włącznie:

a) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 2 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,38 zł (słownie: zero, 38/100 złotych),

b) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 3 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,40 zł (słownie: 40/100 złotych),

c) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 4 pkt 1 – kwotę w wysokości 1,18 zł (słownie: jeden, 18/100 złotych),

3. Uzyskane środki, o których mowa w ust. 2 należy przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń odpowiednio: pielęgniarek, położnych, pielęgniarek lub higienistek szkolnych udzielających świadczeń w umowach, zgodnie ze wskazaniem § 3 ust. 2 i § 4 ust. 6 „rozporządzenia zmieniającego”.

Wzrost ww. stawek ulegał jeszcze zwiększeniu o tak zwane współczynniki korygujące. Dla pielęgniarki POZ zostały one określone w § 20 Zarządzenia Nr 77/2015 Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 r. zgodnie z którym:

2. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do pielęgniarki POZ, stawka kapitacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla grupy wiekowej właściwej dla świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy:

1) osoba do 6. roku życia, nie wymieniona w pkt 4 - współczynnikiem 2,0;

2) osoba w wieku od 7. do 65. roku życia niewymieniona w pkt 4 współczynnikiem 1,0;

3) osoba w wieku powyżej 65. roku życia niewymieniona w pkt 4 – współczynnikiem 2,0;

4) osoba przebywająca w DPS lub placówce socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej – współczynnikiem 3,5.

Z kolei dla pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania zgodnie z § 28 Zarządzenia Nr 77/2015 Prezesa NFZ stawki kapitacyjne są korygowane w następujący sposób:

2. Stawka kapitacyjna dotycząca ucznia, korygowana jest współczynnikiem odpowiednim dla typu szkoły, do której uczęszcza uczeń i jego charakterystyki zdrowotnej, w następujący sposób:

1) Typ szkoły I – szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach w szkole), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z okresem kształcenia nie dłuższym niż 2,5 roku:

a) uczeń klasy ogólnej w szkole typu I (typ ucznia I.1) – współczynnikiem 1,0,

b) uczeń klasy integracyjnej i sportowej w szkole typu I (typ ucznia I.2) – współczynnikiem 1,7,

c) uczeń z niepełnosprawnością typu Aw klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3A) – współczynnikiem 5,0,

d) uczeń z niepełnosprawnością typu B w klasie ogólnej szkoły typu I

albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3B) – współczynnikiem 9,4,

e) uczeń z niepełnosprawnością typu C w klasie ogólnej szkoły typu I albo oddziale (klasie) specjalnej w takiej szkole (typ ucznia I.3C) – współczynnikiem 25,0;

2) Typ szkoły II (szkoła prowadząca naukę zawodu w warsztatach w szkole, szkoła sportowa) - uczeń szkoły typu II (typ ucznia II) – współczynnikiem 1,7;

3) Typ szkoły III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży):

a) uczeń z niepełnosprawnością typu A w szkole typu III (typ ucznia IIIA) – współczynnikiem 5,0,

b) uczeń z niepełnosprawnością typu B w szkole typu III (typ ucznia IIIB) – współczynnikiem 9,4,

c) uczeń z niepełnosprawnością typu C w szkole typu III (typ ucznia IIIC) – współczynnikiem 25,0.

Podsumowując, kwota podwyżek dla pielęgniarek, położnych, pielęgniarek szkolnych była uzależniona od:

1) liczby pacjentów na listach aktywnych,

2) kwoty wzrostu stawki kapitacyjnej,

3) współczynnika korygującego.

W/w kryteria były przyczyną przyznawania różnych kwot podwyżek, w różnych placówkach POZ. To pracodawca ustalał sposób podziału środków uzyskanych z NFZ. Niemniej jednak, sposób podziału środków powinien być zaopiniowany przez Związki Zawodowe, jeżeli w danym zakładzie pracy są takie Związki lub przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

Już na początku roku 2016 Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, a także Ogólnopolski Związek Zawodowy przedłożył stosowne wnioski i apele do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych pielęgniarek i położnych, w tym m.in. „pielęgniarek praktyki”, dla których rozporządzenie Ministra Zdrowia oraz Zarządzenie Prezesa NFZ nie przewidywały środków na wzrost wynagrodzeń.

W dniu 16 marca 2016 r. Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych podjął także Apel Nr 2 w sprawie zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich pielęgniarek i położnych zatrudnionych w POZ.

Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na tak liczne zapytania samorządu zawodowego wskazywało, że wzrost finansowania świadczeń w zakresie świadczenia lekarza POZ nastąpił już w 2015 roku, a dodatkowo od 1 stycznia 2016 r. wzrosła stawka kapitacyjna lekarza POZ, poprzez wzrost współczynnika korygującego odnoszącego się do osób w przedziale wiekowym od 40 do 65 lat z 1,1 do 1,12. Minister Zdrowia i Prezes NFZ wskazywali, że podwyżki powinny sfinansować lekarze POZ ze swojej stawki kapitacyjnej, gdyż to właśnie pielęgniarki realizują zadania im przypisane. W zależności od przyjętego „umownie” rozwiązania różne było podejście do wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

Niektórzy pracodawcy środki dzielili tak, by dokładając również ze swoich własnych środków, uzyskiwać wzrost wynagrodzeń równy dla wszystkich pielęgniarek (również pielęgniarek zabiegowych). Takich placówek było jednak bardzo mało.

W większych POZ, gdzie do pielęgniarki/położnej zapisanych było dużo pacjentów udawało się osiągnąć wzrost wynagrodzenia o kwotę 400 zł brutto, a nawet więcej.

Z kolei w mniejszych placówkach, z małą ilością pacjentów, nawet przy dobrej woli pracodawcy, nie osiągnano kwoty 400 zł brutto.

Były też POZ-y, w których pracodawca sztywno trzymał się podziału na „zakresy świadczeń”, czyli kwota przekazana na zakres świadczeń pielęgniarek POZ była rozdzielona tylko pomiędzy pielęgniarki, natomiast kwota w zakresie położnej POZ tylko dla położnej i podobnie wyglądała sytuacja w przypadku pielęgniarek szkolnych. Większość jednak podmiotów leczniczych przekazywała środki na podwyżki dla pielęgniarek i położnych według ilości zadeklarowanych pacjentów. Jednakże w tym podziale pracodawcy nie uwzględniali najczęściej pielęgniarek zabiegowych, pielęgniarek zatrudnionych w punktach szczepień i rejestracji, przeznacząc czasem, choć nie zawsze, dla nich środki ze wzrostu stawki lekarza POZ. Najczęściej były to dużo mniejsze kwoty niż dla pielęgniarek POZ.

Nie występowały natomiast żadne problemy z podziałem ani przekazaniem środków dla pielęgniarek/położnych na indywidualnych kontraktach zawierających bezpośrednio umowy z NFZ. Również w tzw. NZOZ pielęgniarskich wszystko przebiegało w sposób prawidłowy. Przez cały okres opiniowania NFZ i MZ nie przedstawiały jednoznacznych interpretacji na temat sposobu podziału środków. Przepisy prawne nie dawały również Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych możliwości „zmuszenia” pracodawców do określonego sposobu podziału środków. Nawet przy negatywnej opinii Izby pracodawca mógł podzielić środki równo, ale z podziałem na zakresy, bez uwzględnienia pielęgniarek zabiegowych. Bardzo często, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie otrzymywała do zaopiniowania dokumenty, z których nie wynikały kwoty podwyżki dla konkretnych pielęgniarek/położnych. Wówczas, w celu uzupełnienia braków, nawiązywano kontakt z pracodawcą. Do tej pory Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie nie wydała negatywnej opinii na temat sposobu podzia-

łu środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych. Widząc bardzo dużą niesprawiedliwość w kwestii podwyżek w POZ, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwracała się do Prezesa NFZ i Ministra Zdrowia o jednoznaczne wskazanie źródeł finansowania podwyżek dla pielęgniarek zabiegowych. Niestety żadna z instytucji nie podała satysfakcjonującej odpowiedzi, jedynym rozwiązaniem, jakim dysponowaliśmy, były indywidualne negocjacje z pracodawcami.

W dniu 28 czerwca 2016 r. weszło w życie Zarządzenie Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ. Zawarto w nim wzrost finansowania świadczeń lekarza POZ dla populacji w grupach wiekowych od 40 do 65 roku życia i powyżej 65 roku życia, gdzie z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitulacyjną z 1,12 na 1,18, a począwszy od 1 września 2016 r. na 1,2. Z treści uzasadnienia do przywołanego powyżej Zarządzenia wynikało, że celem wprowadzenia regulacji było między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”, tj. pielęgniarek realizujących świadczenia w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień.

Jak podała Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w komunikacie z dnia 16 sierpnia 2016 r., dokonana zmiana jest zgodna z treścią Porozumień zawartych z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia - Porozumieniem Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i spełnia postulaty przedstawicieli w/w organizacji świadczeniodawców i środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, tj. o zapewnieniu przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości w/w współczynnika korygującego stawkę kapitulacyjną w finansowaniu świadczeń lekarza POZ do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, dotyczących wzrostu wynagro-

dzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Od 1 września 2016r. zaczęto realizować „drugą transzę” podwyżek.

Jak opiniuje Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie podział środków na wzrost wynagrodzeń od 1.09.2016 r. w POZ

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń od dnia 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r. powinien nastąpić wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych o kwotę 800,00 zł brutto/brutto średnio w skali kraju. W przypadku POZ kwota w odniesieniu do pielęgniarek i położnych jest przekazywana za pośrednictwem stawki kapitulacyjnej i w związku z tym może być wyższa lub niższa od wskazanej powyżej. Jest to uzależnione od ogólnej liczby pacjentów oraz ilości pacjentów, których dotyczy konkretny współczynnik korygujący. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, jako organ zobowiązany w/w rozporządzeniem Ministra Zdrowia do opiniowania sposobu podziału środków, zamieściła na stronie internetowej wzór wniosku, wraz z informacjami dotyczącymi uzyskania opinii. Wniosek można przesłać za pośrednictwem tradycyjnej korespondencji lub dostarczyć osobiście.

Pragnę nadmienić, że z załącznika Nr 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ z dnia 27.06.2016 r. wynika kwota wzrostu stawki kapitulacyjnej na pacjenta, która pomnożona przez wskaźniki korygujące zawarte w treści ww. zarządzenia i ilość pacjentów na listach aktywnych w poszczególnych przedziałach wiekowych określa zawartą we wniosku OIPiP orientacyjną wysokość dodatkowych środków na wzrost wynagrodzeń.

Jako organ opiniujący, zgodnie z intencją Porozumienia z dnia 23.09.2015 r., uważamy, że sposób podziału środków powinien być równy lub równoważny do etatu przeliczeniowego (a nie traktowany jako uznaniowa regulacja płac). Sposób podziału pomiędzy różnymi stanowiskami pracy pielęgniarek powinien być przeprowadzony w taki sposób, by każda z zatrudnionych pielęgniarek/położnych otrzymała kwotę jak najbardziej zbliżo-

ną do określonej w rozporządzeniu kwoty 800 zł brutto/brutto.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz związki zawodowe pielęgniarek i położnych jako strony Porozumienia z dnia 23.09.2015 r. stoją na stanowisku, że podwyżkę powinny otrzymać wszystkie zatrudnione w POZ pielęgniarki i położne. Jedno źródło finansowania wskazane jest w uzasadnieniu do Zarządzenia Prezesa NFZ nr 50/2016/DSOZ tj. w pkt 2, które przedstawiamy poniżej.

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., poz. 581, z późn. zm.).

Zarządzenie scala regulacje wprowadzone na rok 2016 i lata następne zarządzeniem Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz zarządzeniami zmieniającymi: Nr 2/2016/DSOZ z dnia 12 stycznia 2016 r., Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r. i nr 48/2016/DSOZ z dnia 20 czerwca 2016 r., a ponadto wprowadza nowe, wynikające z:

1) wchodzących w życie z dniem 1 lipca 2016 r. zmian w zakresie przepisów m.in. art. 146 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581, z późn. zm.);

2) rozpatrzenia przez Fundusz, w wyniku rozmów w trakcie spotkań w dniach: 12.04.2016 r., 05.05.2016 r., 06.05.2016 r., 07.06.2016 r., 08.06.2016 r., 15.06.2016 r. i 22.06.2016 r. oraz wymiany korespondencji, wniosków zgłoszonych przez organizacje świadczeniodawców w trakcie opiniowania projektu zarządzenia Nr 35/2016/DSOZ z dnia 6 maja 2016 r., dotyczących wzrostu nakładów na POZ w 2016 r., w tym:

- wzrostu cen świadczeń rozlicznych na podstawie cen jednostkowych,
- wzrostu finansowania świadczeń lekarza poz dla populacji w grupach wiekowych: 40-65 r. ż. i powyżej 65 r. ż., z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w ww. przedziałach wiekowych oraz ich kosztochłonność, potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich” od 1 września 2016 r. oraz pokrycie kosztów przewidywanej wzmożonej zgłaszalności świadczeniobiorców w związku z procedowanymi przez Ministerstwo Zdrowia regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75 r. ż.;

3) konieczności doprecyzowana warunków umowy w części dotyczącej zasad rozliczania świadczeń udzielanych przez położne POZ w opiece okołoporodowej w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami płodu.

Ponadto, celem poprawy dostępności do świadczeń lekarza POZ i pielęgniarce POZ, zmniejszono zalecaną liczbę zadeklarowanych pacjentów do 1 lekarza/pielęgniarki z 2750 do 2500 osób. Docelowo, powyższe powinno skutkować wzrostem liczby lekarzy/pielęgniarek

udzielających świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

Projekt zarządzenia podlegał opinianiu w okresie od 16.06.2016 r. do 23.06.2016 r.

W trakcie opiniowania projektu zarządzenia, uwagi zgłosiło 12 uprawnionych podmiotów, w tym 3 poinformowały o braku uwag. Postulaty mające charakter finansowy, zostały uwzględnione w zakresie niewykraczającym poza aktualne możliwości finansowe Funduszu. Wprowadzone przez Fundusz regulacje finansowe skutkują w roku bieżącym wzrostem kosztów finansowania świadczeń POZ na łączną kwotę ok. 156,5 mln zł. Oszacowana kwota wzrostu kosztów nie wpływa na zmianę planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Środowisko pielęgniarek i położnych zabiegało i nadal zabiega o rozdzielenie w aktach prawnych funkcji pielęgniarce praktyki lekarza POZ (zabiegowej/gabinetu szczepień) od pielęgniarce środowiskowo-rodzinnej. W obecnym stanie prawnym, np. szczepienia może wykonywać „osoba” posiadająca stosowne uprawnienia.

Załącznik do Zarządzenia Nr 124/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 grudnia 2016r. podaje wysokość stawek kapitaacyjnych, porad i ryczałtów w POZ obowiązujących od 1 stycznia 2017 r. Zainteresowane koleżanki mogą samodzielnie wyliczyć, kwoty, jakie otrzymują pracodawcy za świadczenia wykonywane przez pielęgniarce, położne i pielęgniarce szkolne.

*Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*

ZAŁĄCZNIK DO ZARZĄDZENIA NR 124/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA Z DNIA 16 GRUDNIA 2016 R.

WARTOŚCI STAWEK KAPITACYJNYCH, PORAD I RYCZAŁTÓW W POZ OBOWIĄZUJĄCE OD 1 STYCZNIA 2017 ROKU.

L.p.	Nazwa świadczenia	Jednostka rozliczeniowa	Wartość rocznej stawki kapitacyjnej, ceny jednostkowej jednostek rozliczeniowych
1.1	Świadczenia lekarza poz	Stawka kapitacyjna	144,00
1.2	Świadczenie lekarza poz w profilaktyce ChUK	Porada	110,00

1.3	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	49,00
1.4	Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	49,00
1.5	Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	49,00
1.6	Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	Porada	20,00
1.7	Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty	Porada	50,00
2.1	Świadczenia pielęgniarki poz	Stawka kapitacyjna	33,12*
			35,40**
2.2	Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	Porada	5,00
2.3	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	13,00
2.4	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	13,00
2.5	Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	13,00
3.1	Świadczenia położnej poz	Stawka kapitacyjna	19,56*
			21,96**
3.2	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej	Wizyta	31,00
3.3	Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu	Wizyta	46,50
3.4	Wizyta patronażowa położnej poz	Wizyta	26,00
3.5	Wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu	Wizyta	39,00
3.6	Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	Wizyta	15,00
3.7	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów	Porada	13,00
3.8	Świadczenie położnej poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	Porada	13,00
3.9	Świadczenie położnej poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat)	Porada	13,00
3.10	Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego	Porada	17,00
4.1	Świadczenia pielęgniarki szkolnej	Stawka kapitacyjna	64,80***
			72,24**
4.2	Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorokowej	Stawka kapitacyjna	5,40
5.1	Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – przewozy realizowane w ramach gotowości	Stawka kapitacyjna	4,80
5.2	Świadczenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewóz na odległość (tam i z powrotem) 121 - 400 km	Ryczałt za przewóz	210,00
5.3	Świadczenie transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ – przewozy na odległość (tam i z powrotem) powyżej 400 km	Ryczałt za każdy km przewozu ponad 400	0,84

*) obowiązuje od 1 stycznia do 31 sierpnia 2107 roku.

**) obowiązuje od 1 września do 31 grudnia 2017 roku.

***) obowiązuje od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 roku.

Konferencja dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej

W dniu 28 lutego 2017 r. w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie odbyła się Konferencja pt. „Rola pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w dobie deinstytucjonalizacji w ochronie zdrowia”. Konferencję zorganizowała Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych we współpracy z Fundacją Urszuli Jaworskiej i Zakładem Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i kierowana była do pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej. Podczas konferencji poruszano wiele zagadnień dotyczących roli pielęgniarki i położnej w systemie opieki zdrowotnej i ich roli w przyszłości.

Zaproszenie na konferencję przyjęli: Pani Józefa Szczurek-Żelazko - Wiceminister Zdrowia, Pan Jacek Krajewski - Prezes Porozumienia Zielonogórskiego, Dorota Karkowska - członek Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Justyna Krasuska - członek Fundacji Urszuli Jaworskiej, Romuald Krajewski - Wiceprezes Naczelnej Izby Lekarskiej, Beata Cholewka - Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, Przewodniczący Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych a także pielęgniarki i położne zatrudnione w podstawowej opiece zdrowotnej, organizacje pacjenckie i studenckie. Z ramienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w konferencji uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP w Krośnie Pani Renata Michalska, Pani Małgorzata Buba położna zatrudniona w Samodzielnym Publicznym Miejsko - Gminnym Zespole Opieki Zdrowotnej w Jaśle, Pani Lucyna Wojtowicz pielęgniarka zatrudniona w Centrum Pielęgniarstwa Rodzinnego Caritas Archidiecezji Przemyskiej w Bukowsku i Pani Kazimiera Nogaj-Ćwiakała pielęgniarka zatrudniona w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Kamed”

w Bliznem. Konferencję poprowadziła Prezes Fundacji Pani Urszula Jaworska. Jako pierwsza głos zabrała Pani Józefa Szczurek-Żelazko - Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Pani Minister podkreśliła, że współczesna pielęgniarka i położna zapewnia pacjentowi opiekę w zdrowiu i chorobie. Jest to osoba, od której wymagamy dużych umiejętności zawodowych ale także samodzielności. Rola pielęgniarki i położnej w edukacji jest ogromna, zwłaszcza w POZ. Pielęgniarka/położna postrzegana jest jako specjalista wysokiej klasy, partner lekarza. W dokumencie sporządzonym w kwietniu 2016 roku przez Zespół powołany przez Ministra Zdrowia do opracowania strategii rozwiązań w zakresie POZ pt. „Analiza funkcjonowania POZ w Polsce oraz propozycje rozwiązań strategii systemowych” wykazano, że w ostatnich latach nastąpiły istotne zmiany także w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej. Ewidentnie zwiększyła się ich samodzielność, niezależność, określone zostały świadczenia diagnostyczne, zapobiegawcze, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarki i położne mogą wykonywać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Umożliwiono także

pielęgniarkom i położnym samodzielne ordynowanie leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wypisywanie recept.

Pani Józefa Szczurek-Żelazko poinformowała uczestników konferencji, że na podstawie w/w dokumentu pielęgniarki pracujące na samodzielnych kontraktach w POZ obejmują swoją opieką około 1/3 pacjentów w skali całego kraju.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2016 roku świadczenia pielęgniarek i położnych realizowało łącznie 44220 pielęgniarek i położnych.

- 26425 - liczba pielęgniarek i położnych posiadających deklaracje pacjentów,

- 8219 - liczba pielęgniarek i położnych współpracujących z lekarzem POZ,

- 6966 - liczba pielęgniarek pracujących w środowisku nauczania i wychowania.

Pani Minister odniosła się także do planowanych odrębnych regulacji prawnych dotyczących systemu organizacji opieki nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Podkreśliła, że w Ministerstwie Zdrowia przygotowywane są projekty ustaw, których zasad-



niczym celem jest stworzenie dla pacjenta takich warunków, aby czuł się najważniejszy. Projekty ustaw zmierzają także do tego, aby zwiększyć rolę edukacyjną naszego środowiska, koncentrować się na kształtowaniu zachowań prozdrowotnych, poczynając od pracy z kobietami w ciąży, a skończywszy na pracy z seniorami.

W dalszej części konferencji o zabranie głosu został poproszony Pan Jacek Krajewski Prezes Porozumienia Zielonogórskiego. W swoim wystąpieniu podkreślił, że od jakiegoś czasu między środowiskiem lekarskim a pielęgniarskim toczą się dyskusje, niejednokrotnie budzące spore emocje. Bez współpracy w POZ zwłaszcza lekarza, pielęgniarki, położnej, nie ma wartości dodanej, która jest potrzebna, jeżeli chodzi o opiekę nad pacjentem. Brakuje tego, czego oczekuje pacjent, czyli dobrej jakości opieki. Pan Jacek Krajewski przedstawił także rolę jaką powinna spełniać POZ, a zatem powinna odpowiadać na szeroki zakres problemów, zapewniając ciągłość opieki pacjentom, rodzinom, całej społeczności. Należy zatem ukierunkować wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia stosownie do rzeczywistych potrzeb pacjenta i stwarzać warunki do zachowania zdrowia przez populację zdrowego stylu życia oraz prewencję schorzeń o udowodnionej skuteczności. W chwili obecnej POZ powinna zapewniać ponad 80% świadczeń, potrzeb, czy zgłoszeń pacjentów, natomiast zapewniamy tylko 72%. Podstawowa opieka zdrowotna ma być fundamentem, na którym będzie się opierał system opieki zdrowotnej.

Medycyna rodzinna jest więc istotnym elementem, jeżeli chodzi o budowanie POZ. Taki model preferuje Porozumienie Zielonogórskie, ponieważ najlepiej obrazuje on współpracę pomiędzy lekarzem a pielęgniarką, położną POZ, a także innych osób współpracujących z tym zespołem. Pan Jacek Krajewski podkreślił, że pielęgniarka ma największy kontakt z pacjentem i jego zdaniem, cieszy się większym prestiżem społecznym niż lekarz. To właśnie pielęgniarka ma ogromny wpływ na pacjenta, na jego edukację, na to, w jaki sposób kształtuje się jego podejście do



problemu zdrowotnego. Ogromny wymiar potrzeb zdrowotnych, czy zapytań pacjentów, mogą być spełnione przez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne. Prezes Porozumienia Zielonogórskiego wskazał, że według ekspertów Polska charakteryzuje się jednym z gorszych wskaźników w zakresie zaspakajania potrzeb zdrowotnych ludności w obszarze POZ w Unii Europejskiej. Pielęgniarka jest partnerem dla pacjenta we wsparciu emocjonalnym i rozwiązywaniu problemu. Pacjenci oczekują od pielęgniarki POZ wysokiej wiedzy, profesjonalizmu i realizacji funkcji edukacyjnej. W przyszłości ta funkcja będzie coraz bardziej rozbudowywana. Pielęgniarka w założeniu staje się nauczycielem zdrowia, zapewnia wsparcie informacyjne. Medycyna rodzinna opiera się na zespole, do którego należy lekarz rodzinny, pielęgniarka i położna środowiskowo-rodzinna, i wymaga współpracy ze strony wszystkich członków zespołu. Ogromna rola pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej dotyczy opieki senioralnej, onkologicznej, prewencji pierwotnej i wtórnej, a więc redukcji czynników ryzyka i ich identyfikacji w środowisku, opieki nad dzieckiem nie tylko w środowisku szkolnym ale także od urodzenia

do 6 roku życia dziecka. Miejsce pielęgniarki w zespole jest determinowane przede wszystkim postępowaniem medycyny, jaki dokonał się na przestrzeni lat, wyposażeniem placówek służby zdrowia w aparaturę medyczną, kwalifikacjami pielęgniarek, samokształceniem, szkoleniami, studiami zawodowymi oraz prawidłowym współdziałaniem lekarzy i pielęgniarek.

Kolejną osobą poproszoną o zabranie głosu była Dorota Karkowska. Stwierdziła, że przedstawiony przez Pana Prezesa Jacka Krajewskiego model funkcjonowania POZ to idealny model do którego będziemy dążyć, a zmiany, które zachodzą są nieuniknione. Modelem do którego dążymy jest koordynacja. Pani Dorota Karkowska stwierdziła, że postrzeganie roli lekarza, pielęgniarki i położnej jest bardzo różne. Pacjenci potrzebują wsparcia emocjonalnego od pielęgniarek, dostępu do pielęgniarki, komunikacji z pacjentem i rodziną, wykonywania zleconych czynności. Pacjenta nie interesuje, na jakiej podstawie prawnej będzie zatrudniona pielęgniarka, pacjent chce mieć do niej dostęp. Kreowanie określonego statusu poprzez formy wykonywania zawodu będą bardziej albo mniej motywowały pielęgniarki. Pani Profesor zwróci-

ła także uwagę na zmiany proponowane przez ustawodawcę, które stwarzają możliwości dobrej praktyki. Publiczny płatnik w nowym systemie skreuje taki wariant, że albo wzmocni sytuację pielęgniarki i położnej, albo stworzy taki wariant, że pielęgniarka będzie zatrudniona w ramach praktyki lekarza POZ i będzie rozliczana przez lekarza. Nie wiadomo jeszcze jakie będą zasady wynagradzania pomiędzy lekarzem a pielęgniarką. Zmiany, które są proponowane w POZ dokładają obowiązków pielęgniarskiej i położnej. Przedstawiony przez Prezesa model należy budować i ma być on modelem partnerskim, tj. leczniczo - terapeutyczno - pielęgnacyjnym a pacjent ma być w centrum uwagi. Aby to wszystko się udało powinna funkcjonować właściwa komunikacja między tymi wszystkimi podmiotami, a to różnie wygląda. Obecnie jesteśmy przecież specjalistkami, po wielu kursach i szkoleniach, ale mamy pewne stereotypy, które należy eliminować.

Z kolei Pani Zofia Małas powiedziała, że mamy wiele obaw i kontrowersji, gdyż do końca nie udało się wypracować docelowego modelu pielęgniarki/położnej POZ, pomimo, że pracował nad nim Zespół d/s POZ działający przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych i cała NRPIP. Pani Prezes podkreśliła, że w ubiegłym roku została określona przez Ministra Zdrowia, przedstawiona i przyjęta przez Rząd Strategia Narodowej Służby Zdrowia. Jest to zespół profesjonalistów, do którego należą lekarze POZ, pielęgniarki POZ, położne POZ i inni profesjonaliści, tj. dietetycy, farmaceuci, rehabilitanci. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, że pomiędzy dokumentem Narodowa Służba Zdrowia a projektem ustawy o POZ pojawiają się pewne rozbieżności.

W założeniach projektu ustawy o POZ, do Zespołu POZ należy lekarz POZ, pielęgniarka POZ, natomiast pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania jest nie do końca tam zarezerwowana. Pani Minister przybliżyła nam informacje, że proponuje się, aby dla pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania stworzyć oddzielne regulacje prawne, które ustawowo będą zapewniały opiekę nad dziećmi i mł-

dzieżą. Z kolei, w Strategii Narodowej Służby Zdrowia pojawił się zapis, że POZ tworzy jeden podmiot, który posiada wspólną listę pacjentów. W obecnym projekcie ustawy o POZ wskazano, że mogą to być odrębne podmioty i nam bardzo zależy, abyśmy były samodzielne i chcemy tę samodzielność utrzymać.

Nie przeszkadzają nam oddzielne deklaracje do lekarza i oddzielne dla pielęgniarki czy położnej. Wszyscy współpracujemy z innymi podmiotami. W założeniach Narodowej Służby Zdrowia koordynatorem leczenia pacjenta w całym systemie jest Zespół POZ, natomiast w projekcie ustawy o POZ, koordynatorem jest lekarz. Ważny w tym wszystkim jest jasny i czytelny przepływ finansowania. Według modelu POZ wypracowanego przez NRPIP, do Zespołu POZ należą: lekarz rodzinny, pielęgniarka rodzinna, położna rodzinna, pielęgniarka gabinetu zabiegowego i punktu szczepień (pielęgniarka praktyki), pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, z określonymi kwalifikacjami dietetyk, fizjoterapeuta, rehabilitant. Jeżeli pojawią się akty wykonawcze do ustawy o POZ, wówczas będzie można dopracować przedstawiony model, ale bardzo się ich obawiamy. Będziemy starać się budować dobrą strategię dla pielęgniarstwa.

Pielęgniarka i położna POZ to przewodnik po systemie ochrony zdrowia, partner w działaniu, osoba realizująca świadczenia w gabinecie, miejscu zamieszkania pacjenta, nauki, posiadająca odpowiednie kwalifikacje i umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia bądź jego prawnym następcą. Pani Prezes podkreśliła, że niepokoi nas:

- brak dokumentów określających pojęcie „koordynacji”, „zintegrowanej opieki nad świadczeniobiorcą z chorobami przewlekłymi”, „pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania”,
- zasady współpracy członków Zespołu POZ - istotne ze względu na możliwość wyboru lekarza POZ, pielęgniarki/położnej POZ, odrębnie u różnych świadczeniodawców,
- brak zintegrowanej elektronicznej dokumentacji medycznej,
- brak prawa do swobodnego wyboru lekarza specjalisty,

- szpitale mogą przejąć rolę koordynatora.

Pani Justyna Krasuska z Fundacji Urszuli Jaworskiej przedstawiła z kolei wyniki badań ankietowych, którą przeprowadziła Fundacja Pani Jaworskiej przy współpracy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Ankieta dotyczyła poziomu świadomości społecznej nt. POZ i opieki środowiskowej. Kluczowe pytanie skupiało się na znajomości zespołu opieki medycznej pierwszego kontaktu. Pacjenci mieli udzielić odpowiedzi na pytanie, czy znają swoją pielęgniarkę, położną i lekarza pierwszego kontaktu. Przeprowadzono badanie w całej Polsce, w którym uczestniczyło ponad 1100 osób. Z województwa podkarpackiego udzielono 38 odpowiedzi, co daje 3,1%. Na podstawie udzielonych odpowiedzi stwierdzono, że lekarza rodzinnego zna 91%, pielęgniarkę środowiskowo - rodzinną zna 62% ankietowanych, a położną 50%. Tak więc na podstawie przygotowanych materiałów, wypowiedzi panelistów i wyników ankiety stwierdzono, że główną rolą pielęgniarki, położnej środowiskowo - rodzinnej jest rola edukatora. Ten sondaż nie daje jeszcze pełnego obrazu sytuacji. Ankiety dotarły tylko do niewielkiej grupy pacjentów. Jednakże przedstawione wyniki pokazują, jak szeroki zakres działania w zakresie promocji zdrowia, spoczywa na pielęgniarskiej i położnej.

Na zakończenie konferencji odbyła się dyskusja panelowa z udziałem prelegentów i zaproszonych gości. Całą konferencję można zobaczyć na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych i Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

*Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.21.2017.TK

Warszawa, dnia 16.01.2017 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, zróżnicowaną 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 procesu uzgodnień, konsultacji pub-

licznych 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 do rozpa-

trzenia 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 pielę-

niarek i położnych nieustająco podejmuje starania 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*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.231.2016.TK

Warszawa, dnia 21.11.2016 r.

Pani Izabela Obarska

Dyrektor Departamentu Polityki Lękowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor,

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o wydanie opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte) w Obwieszczeniu Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych z dnia 6 kwietnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych* Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wpływają zapytania od pielęgniarek i położnych rodzinnych dotyczące wydawania przez apteki ogólnodostępne leków z kategorią dostępności oznaczoną „Lz” na recepty wystawiane dla pacjenta przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego do stosowania w domu pacjenta.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271) określa kategorię dostępności produktu leczniczego. Zgodnie z art. 23a. ust. 1. Produk-

ty lecznicze dopuszczone do obrotu otrzymują jedną z następujących kategorii dostępności:

- 1) wydawane bez przepisu lekarza - OTC;
- 2) wydawane z przepisu lekarza - Rp;
- 3) wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania — Rpz;
- 4) wydawane z przepisu lekarza, zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach - Rpw;
- 5) stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym - Lz.

Natomiast §3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r., w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz. U. Nr 206, poz. 1292) mówi, iż produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym – Lz”, w przypadku gdy z uwagi na swe właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być przeprowadzone tylko w lecznictwie zamkniętym.”

Obowiązujący Urzędowy Rejestr Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych charakteryzuje produkty lecznicze pod względem ich kategorii dostępności. Klasyfikacja ta ma istotne zastosowanie praktyczne, determinuje status prawny produktu leczniczego oraz dopuszczenie leku do obrotu.

W związku z powyższym pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym (np, Biodacyna roztwór do wstrzykiwań i infuzji) wystawionego na receptę przez lekarza i wydane przez aptekę, w oparciu o powyżej przedstawione zapisy w aktach prawnych powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, a następnie wskazać innego świadczeniodawcę, który jest uprawniony do wykonania powyższego zlecenia. Biorąc pod uwagę powyższe uprzejmie proszę o zajęcie jednoznacznego stanowiska w tej sprawie.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*



Ministerstwo Zdrowia

Departament Polityki
Lekowej i Farmacji

PLO.4642.1.2.2017.JM

Warszawa, 17.03.2017 r.

Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 10 lutego 2017 r. znak; NIPIP-NRPIP-DM.002.47.2017.TK (także z 21 listopada 2016 r.) w sprawie wydania opinii dotyczącej podawania w warunkach domowych produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności - Lz (Lecznictwo zamknięte), proszę o przyjęcie poniższego. Jeżeli produkt leczniczy, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r., - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2016 r. poz. 2142), jest zakwalifikowany do stosowania wyłącznie w leczeniu zamkniętym, to nie

może być stosowany w innych warunkach, Lekarz nie powinien wystawić recepty Lz poza leczeniem zamkniętym a apteki ogólnodostępne nie powinny jej realizować. Jest to zarezerwowane dla aptek szpitalnych. Natomiast pielęgniarka rodzinna i położna rodzinna otrzymując skierowanie na realizację zlecenia zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w leczeniu zamkniętym, powinny odmówić wykonania zlecenia lekarskiego, jako niezgodnego z przepisami prawa.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008 r. w sprawie kry-

teriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz. U. z 2016 r. poz. 1769) podano kryteria, zgodnie z którymi produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „stosowane wyłącznie w leczeniu zamkniętym – Lz”, wskazując przy tym właściwości farmakologiczne, sposób podania, wskazania, innowacyjność lub interes zdrowia publicznego.

*Z poważaniem
Zastępca Dyrektora Departamentu
Polityki Lekowej i Farmacji
Ewa Warmińska*

Nagroda pielęgniarska królowej Sylwii

W dniu 1 marca 2017 roku w Ambasadzie Szwecji w Polsce odbyło się uroczyste wręczenie nagród w konkursie o Nagrodę Pielęgniarską Królowej Sylwii, nad którym patronat objęła Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. Uczestnicy konkursu – studenci pielęgniarstwa – zostali poproszeni o przedstawienie pomysłów na usprawnienie opieki nad osobami starszymi. Zofia Małas, Prezes NRPIP, była członkiem komisji konkursowej. Jury stanęło przed trudnym zadaniem – wyboru zwycięzcy spośród 220 prac konkursowych. Laureatką konkursu została Natalia Duszeńska z Włocławka, studentka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Była to pierwsza polska edycja, dotychczas konkurs był organizowany w Szwecji i Finlandii. Główną nagrodą było stypendium przyznane przez organizację Swedish Care International.

Z tej okazji, na zaproszenie Fundacji Medicover, do Polski przyjechała Jej Królewska Mość Sylwia Królowa Szwecji, by wręczyć nagrodę laureatce konkursu. Spotkanie z Królową było okazją do dyskusji na temat opieki nad osobami



starszymi i cierpiącymi na demencję oraz zagadnieniami z zakresu kształcenia personelu pielęgniarskiego, przy jednoczes-

nym podkreśleniu znaczenia zawodu pielęgniarki i pielęgniarza.

Rozporządzenie ministra zdrowia ¹⁾

z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

Na podstawie art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

1) rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną;

2) wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;

3) rodzaje materiałów, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;

4) rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez pielęgniarkę;

5) wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

§ 2. Pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, z uwzględnieniem § 3 i § 7.

§ 3. Pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa

psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa;

2) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub ukończyła studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,

b) wykonywanie standardowego, spoczynkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,

c) wykonywanie gazometrii z krwi tętnicznej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

d) ocenę i monitorowanie poziomu znieczulenia pacjenta oraz poziomu zwiótczenia w trakcie znieczulenia ogólnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie

pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki;

3) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

b) doraźną modyfikację dawki leczniczej produktu leczniczego przeciwbólowego i produktów leczniczych stosowanych w celu łagodzenia bólu u osób objętych opieką paliatywną, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

c) przygotowanie pacjenta leczonego metodami: Ciągła Ambulatoryjna Dializa Otrzewnowa (CADO), Automatyczna Dializa Otrzewnowa (ADO) i hemodializa oraz hiperalimentacja oraz jego rodziny – do współudziału w prowadzonym leczeniu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,

d) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu,

e) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz

desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;

4) świadczeń rehabilitacyjnych obejmujących rehabilitację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa.

§ 4. Pielęgniarka systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868 i 2020 oraz z 2017 r. poz. 60) jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- 1) ocenę stanu pacjenta;
- 2) układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- 3) podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) bezprzypadkowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- 5) przypadkowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - a) rurki ustno-gardłowej,
 - b) rurki nosowo-gardłowej,
 - c) przyrządów nadgłośniowych,
 - d) konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- 6) odsysanie dróg oddechowych;
- 7) podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzypadkowymi i przypadkowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- 8) wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 9) wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;

10) wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;

11) wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;

12) wykonywanie kardiowersji w tachyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;

13) wykonywanie i ocena zapisu EKG;

14) monitorowanie czynności układu oddechowego;

15) monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;

16) wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

17) wykonywanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

18) podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, do-tchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszpikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu);

19) odbarczenie odmy przeźnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

20) oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu;

21) opatrywanie ran;

22) tamowanie krwawień zewnętrznych;

23) unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;

24) unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;

25) przyjęcie porodu;

26) wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;

27) przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;

28) wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;

29) podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia;

30) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§ 5. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260), jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zdrowotnych w zakresie, o którym mowa w § 4, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarstwa kardiologicznego, lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

§ 6. 1. Pielęgniarka zatrudniona lub pełniąca służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych i leczniczych obejmujących:

1) wykonanie konikotomii;

2) wykonanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej przez usta lub przez nos, z użyciem lub bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej w zależności od wskazań terapeutycznych;

3) wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych;

4) wykonanie fasciotomii ratunkowej;

5) wykonanie blokady obwodowej nerwów kończyn;

6) wykonanie badania USG u pacjenta urazowego;

7) odbarczenie tamponady osierdzia u pacjenta urazowego;

8) wykonanie drenażu jamy opłucnowej ze wskazań życiowych;

9) tamowanie krwotoków z użyciem środków hemostatycznych oraz opasek zaciskowych;

10) płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;

11) podawanie krwi, składników krwi i preparatów krwiozastępczych pacjentom z objawami wstrząsu hipowolemicznego, jeżeli ukończyła szkolenie z tego zakresu;

12) ocenę prezentowanych przez pacjenta symptomów zaburzeń zachowania lub zaburzeń psychicznych ze szczególnym uwzględnieniem symptomów reakcji na ciężki stres (zaburzenia nerwicowe związane ze stresem), w związku z procesem diagnostyczno-leczniczym;

13) podejmowanie czynności w ramach osłony epidemiologicznej i epizodycznej stanów osobowych wojsk oraz w zakresie medycznej ochrony przed czynnikami chemicznymi, biologicznymi, radiologicznymi, nuklearnymi (Chemical Biological Radiological Nuclear – CBRN), według obowiązujących instrukcji i standardów;

14) podawanie produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, wydawanych bezpłatnie na podstawie art. 69b ust. 4 ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534 i 2138 oraz z 2017 r. poz. 60), leków w autostrzykawkach stanowiących indywidualne wyposażenie żołnierza oraz produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 2 do rozporządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się pod warunkiem ukończenia przez pielęgniarkę kursów dokształcających wojskowo-medycznych przeznaczonych dla żołnierzy zawodowych oraz pracowników cywilnych resortu obrony narodowej oraz szkolenia w przypadku wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 11.

3. Świadczenia zdrowotne, o których mowa w ust. 1, realizowane są w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych Ministrowi Obrony Narodowej.

4. Pielęgniarka może nie podjąć lub odstąpić od wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w przypadku:

1) rozerwania ciała, dekapitacji;

2) rozległego zniszczenia czaszki i mózgu, masywnego urazu uniemożliwiającego prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej;

3) oznak rozkładu gnilnego ciała lub stężenia pośmiertnego, zwęglenia, asystolii utrzymującej się powyżej 30 minut pomimo prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkimi metodami przyrządowymi i bezprzyrządowymi, przy szerokich, niereagujących na światło źrenicach.

§ 7. Położna jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

1) świadczeń diagnostycznych obejmujących:

a) wykonywanie badania fizykalnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa uzyskany po 2001 r., lub posiada dyplom ukończenia studiów pierwszego stopnia na kierunku położnictwo, które rozpoczęły się w roku akademickim 2012/2013, lub posiada zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego Advanced Physical Assessment,

b) wykonywanie standardowego, spożywkowego badania elektrokardiograficznego i rozpoznanie cech elektrokardiograficznych stanów chorobowych w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie,

c) wykonywanie gazometrii z krwi tętnicznej pobranej przez kaniulę założoną uprzednio przez lekarza w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;

2) świadczeń leczniczych obejmujących:

a) dobór sposobów leczenia ran, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra położnictwa,

b) wykonywanie intubacji dotchawiczej w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa

anestezjologicznego i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii,

c) podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny, w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,

d) modyfikacja doraźnie dawki leku przeciwbólowego, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu.

§ 8. 1. Pielęgniarka i położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym informuje bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

2. Przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki i położnej sprawującej opiekę nad pacjentem wykonującej zawód poza podmiotem leczniczym, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską.

§ 9. 1. Wykaz produktów leczniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

2. Wykaz środków pomocniczych, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 10. W przypadku braku możliwości interwencji lekarskiej, gdy zwłoka w ich podaniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia matki lub dziecka, położna jest uprawniona do podania pacjentowi bez zlecenia lekarskiego produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 5 do rozporządzenia.

§ 11. Pielęgniarka i położna może pobierać do celów diagnostycznych bez zlecenia lekarskiego każdy rodzaj materiału do badania, którego pobieranie wynika z uprawnień zawodowych nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego, w szczególności krew żylną, mocz, ślinę, kał, włosy, wykskrobiny z paznokci, wymaz z górnych

dróg oddechowych, wymaz z rany, wymaz z dróg moczowych i narządów płciowych, wymaz z odbytu, wymaz z oka, wymaz z policzka i wymazy cytologiczne.

§ 12. Wykaz badań diagnostycznych do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.2)

Minister Zdrowia: K. Radziwiłł

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

2) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych,

lecniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 1540), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 102 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, 1579 i 2020).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. (poz. 497)

Załącznik nr 1

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIELĘGNIARKĘ SYSTEMU W RAMACH WYKONYWANIA MEDYCZNYCH CZYNNOŚCI RATUNKOWYCH

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	2	3
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Adenosinum (Adenozyna)	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum (Amiodaronu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas (Atropiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras (Izosorbidu monoazotan)	tabletki
6	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
8	Clemastinum (Klemastyna)	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum (Klonazepam)	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (Klopidogrel) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas (Deksametazonu fosforan)	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum (Diazepam)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum (Fentanyl)	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum (Flumazenil)	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum (Furosemid)	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerazol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum (Heparyna sodowa)	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
26	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań

29	Mannitolum – 15% (Mannitol – 15%)	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum (Metamizol sodowy)	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum (Metoklopramid)	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum (Midazolam)	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas (Morfiny siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum (Naloksonu chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4% (Sodu wodorowęglan 8,4%)	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelorum (Tikagrelor) (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
47	Urapidilum (Urapidyl)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 2

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ PIEŁĘGNIARKI ZA-TRUDNIONE LUB PEŁNIĄCE SŁUŻBĘ W PODMIOTACH LECZNICZYCH BĘDĄCYCH JEDNOSTKAMI BUDŻETOWYMI, DLA KTÓRYCH PODMIOTEM TWORZĄCYM JEST MINISTER OBRONY NARODOWEJ, I JEDNOSTKAMI WOJSKOWYMI W WARUNKACH SYTUACJI KRYZYSOWYCH I PRZY ZABEZPIECZENIU MEDYCZNYM DZIAŁAŃ JEDNOSTEK PODLEGLYCH MINISTROWI OBRONY NARODOWEJ

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum tranexamicum (Kwas traneksamowy)	roztwór do wstrzykiwań
2	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum (Amoksycylina)	roztwór do wstrzykiwań
3	Ciprofloxacinum (Ciprofloksacyna)	roztwór do wstrzykiwań
4	Clindamycinum (Klindamycyna)	roztwór do wstrzykiwań
5	Cefotetan (Cefotetan)	roztwór do wstrzykiwań
6	Cloxacillinum (Kloksacylina)	roztwór do wstrzykiwań
7	Etomidate (Etomidat)	roztwór do wstrzykiwań
8	Ertapenem (Ertapenem)	roztwór do wstrzykiwań
9	Fentanylum (Fentanyl)	doustna – lizak
10	Ketaminum (Ketamina)	roztwór do wstrzykiwań
11	Mannitolum (Mannitol – 5%, 10%, 20%)	roztwór do wlewu dożylnego
12	Moxifloxacin (Moksyflokscacyna)	tabletki
13	Neostigmine methilsulphate (Neostygmina)	roztwór do wstrzykiwań
14	Propofol (Propofol)	roztwór do wstrzykiwań
15	Vecuronium bromide (Wekuronium)	roztwór do wstrzykiwań
16	Suxamethonii chloridum (chlorsuccilin) (Sukcynocholina)	roztwór do wstrzykiwań
17	Bacitracinum (Bacytracyna)	krople do oczu
18	Proxymetacaine hydrochloride (Proksymetakaina)	krople do oczu
19	Sulfacetamidum natricum (Sulfacetamid)	krople do oczu

Załącznik nr 3

WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Acidum acetylsalicylicum (Kwas acetylosalicylowy)	tabletki
2	Budesonidum (Budezonid)	zawiesina do nebulizacji
3	Captoprilum (Kaptopryl)	tabletki
4	Clemastinum (Klemastyna)	tabletki, syrop
5	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowoderek)	tabletki, czopki, roztwór do wstrzykiwań
6	Furosemidum (Furosemid)	tabletki
7	Glyceroli trinitras (Glicerolu triazotan)	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
8	Glucagoni hydrochloridum (Glukagonu chlorowoderek)	roztwór do wstrzykiwań
9	Glucosum 5% (Glukoza 5%)	roztwór do wlewu dożylnego
10	Glucosum 20% (Glukoza 20%)	roztwór do wstrzykiwań
11	Hydrocortisonum (Hydrokortyzon)	roztwór do wstrzykiwań, krem, maść
12	Hydroxyzinum (Hydroksyzyna)	tabletki, syrop
13	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)*	tabletki, czopki
14	Ibuprofenum (Ibuprofen)	tabletki
15	Ketoprofenum (Ketoprofen)	tabletki
16	Lidocaini hydrochloridum (Lidokainy chlorowoderek)	żel, aerozol, roztwór do wstrzykiwań*
17	Loperamidi hydrochloridum (Loperamidu chlorowoderek)	tabletki
18	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
19	Metamizolum natriicum (Metamizol sodowy)	tabletki, czopki
20	Metamizolum natriicum + Papaverinum + Atropinum (Metamizol sodowy + Papaweryna + Atropina)	czopki
21	Metoclopramidum (Metoklopramid)	tabletki
22	Metoprololi tartras (Metoprololu winian)	tabletki
23	Natrii chloridum 0,9% (Sodu chlorek 0,9%)	roztwór do wlewu dożylnego
24	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowoderek)	roztwór do wstrzykiwań
25	Paracetamolum (Paracetamol)	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
26	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
27	Salbutamolum (Salbutamol)	roztwór do nebulizacji
28	Suppositoria Glyceroli (Czopki glicerolowe)	czopki
29	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
30	Thiethylperazinum (Tietylperazyna)	czopki, tabletki
31	Oxygenium medicinalis (Tlen medyczny)	gaz
32	Epinephrinum (Epinefryna)	roztwór do wstrzykiwań
33	Produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC	wszystkie dostępne

* Dotyczy położnej.

Załącznik nr 4**WYKAZ ŚRODKÓW POMOCNICZYCH, DO STOSOWANIA KTÓRYCH SĄ UPRAWNIONE PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE SAMODZIELNIE BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO**

Lp.	Nazwa środka pomocniczego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończochy kikutowe kończyn górnych i dolnych
11	Majteczki po wyluszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
12	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna
13	Materac przeciwoleżynowy
14	Opatrunki (emplastrii)
15	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi
16	Nebulizator (generator aerozolu)
17	Maska tlenowa

Załącznik nr 5**WYKAZ PRODUKTÓW LECZNICZYCH PODAWANYCH PACJENTOWI PRZEZ POŁOŻNĄ BEZ ZLECENIA LEKARSKIEGO W PRZYPADKU BRAKU MOŻLIWOŚCI INTERWENCJI LEKARSKIEJ, GDY ZWŁOKA W ICH PODANIU MOGŁABY SPOWODOWAĆ STAN NAGŁEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA LUB ZDROWIA MATKI LUB DZIECKA**

Lp.	Nazwa powszechnie stosowana (nazwa w języku polskim)	Postać
1	Demoxytocinum (Demoksytocyna)	tabletki
2	Drotaverini hydrochloridum (Drotaweryny chlorowodorek)	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
3	Hyoscini butylbromidum (Hioscyny butylobromek)	roztwór do wstrzykiwań, tabletki, czopki
4	Magnesii sulfas (Magnezu siarczan)	roztwór do wstrzykiwań
5	Methyleergometrini maleas (Metyloergometryny maleinian)	roztwór do wstrzykiwań
6	Oxytocinum (Oksytocyna)	roztwór do wlewu dożylnego, roztwór do wstrzykiwań
7	Papaverini hydrochloridum (Papaweryny chlorowodorek)	roztwór do wstrzykiwań

Załącznik nr 6**WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DO SAMODZIELNEGO PRZEPROWADZANIA PRZEZ PIEŁĘGNIARKĘ I POŁOŻNĄ**

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania przeprowadzane z zastosowaniem analizatorów: – morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, – sód, – potas, – wapń, – kreatynina, – glukoza, – mleczażny, – czas protrombinowy (INR), – TSH, – gazometria z krwi żyłnej, – gazometria z krwi tętniczkowej
2	Badania przeprowadzane za pomocą szybkich testów diagnostycznych: – białko C-reaktywne (CRP), – troponina, – hemoglobina glikowana (HbA1c), – badanie moczu (białko, ciała ketonowe, cukier, test ciążowy)
3	Badania przeprowadzane z zastosowaniem innych urządzeń pomiarowych: – przezskórny pomiar bilirubiny, – pomiar glikemii za pomocą glukometru

Chleba naszego powszedniego...

Już starożytni Egipcjanie uważali niektóre pokarmy za szczególnie wartościowe, inne za wręcz szkodliwe. Dostrzegali związek między przejadaniem się a niestrawnością i występowaniem chorób.

W starożytnej Grecji słynny lekarz Hipokrates twierdził, iż właściwe odżywianie daje dobre skutki w powiązaniu z ruchem, a ludzie otyli mają skłonność do umierania wcześniej niż ludzie szczupli. Galen, znany lekarz starożytnego Rzymu, odwołując się do teorii humoralnej dzielił pożywienie na gorące, zimne, suche oraz wilgotne i zalecał spożywanie posiłków zgodnie z temperamentem: cholerycznym, sangwinicznym, melancholicznym lub flegmatycznym. W tym czasie dominował pogląd, że we wszystkich pokarmach, które zaspokajają głód, występuje w różnych ilościach jedna i ta sama substancja odżywcza, niezbędna dla ludzkiego organizmu, stanowiąca także jego budulec, którą nazywano materią. Przywiązywanie przez starożytnych lekarzy szczególnej wagi do wpływu pożywienia na organizm zawierało się w myśli: co zjesz, tym jesteś, według której pokarm stanowił materia necessaria zdrowia.

W średniowieczu kontynuowano tę myśl i zastanawiano się nad procesem trawienia. Lekarze przyrównali go do gotowania i uznali, że główna rola w trawieniu przypada żołądkowi. Podkreślano ważność kolejności przyjmowania pokarmów. Aby zostały one strawione, a składniki odżywcze przyswojone, jako pierwsze należało jeść potrawy lekkostrawne, a dopiero potem te cięższe. Nieprzestrzeganie kolejności miało powodować opadanie na dno żołądka ciężkich potraw i blokowanie przewodu pokarmowego. Na skutek tego trawienie było spowalniające, co powodowało gnienie i przyciąganie do żołądka „złych humorów”, objawiając się bólami brzucha, zaparciem,

wzdęciem, uczuciem ciężkości. Remedium na te dolegliwości były środki wymiotne i przeczyszczające, aby odblokować żołądek i usunąć zgnilizny. Aby zapobiec złemu trawieniu i objawom niestrawności lekarze wypracowali zalecenia dotyczące właściwego przygotowania układu trawiennego do posiłku, szczególnie takiego, który miał się składać z wielu dań. Przed jedzeniem żołądek należało „otworzyć” odpowiednim aperitifem (łac. aperire — otwierać), najlepiej o naturze ostrej i suchej. Tę rolę spełniać miały słodycze na bazie cukru, miodu i przypraw imbiru, kminku, anyżu, kopru włoskiego, a ponadto wino lub słodzone napoje mleczne. Po aperitifie można było przejść do spożywania lekkostrawnych owoców, np. jabłek, następnie warzyw: sałaty, kapusty, portulaki, przyprawionych ziołami. Następnie spożywano lekkie mięsa, np. mięso kury lub młodej kozy podawane z zupą. Na koniec serwowano cięższe mięsa - wieprzowinę lub wołowinę, podawane z warzywami i orzechami. Ponieważ na początku posiłku żołądek był „otwierany”, na końcu należało go „zamknąć”, np. drażkami w postaci przyprawionych kawałków cukru lub grzaniem winem, doprawionym aromatycznymi przyprawami, do którego podawano dojrzały ser. Oczywiście, tak bogate menu było przywilejem nielicznych, bogatych mieszkańców średniowiecznej Europy. Ale też głównie oni mogli sobie pozwolić na opłacanie lekarza, który niósł pomoc, jeśli z jakichś powodów te ustalone zasady jednak zawiodły. Zdecydowana większość ludzi zadowalała się na co dzień znacznie prostszym posiłkiem, opartym na kaszach,

warzywach, twarogu, jajkach, słoninie, od czasu do czasu mięsie. A chleb? Choć znany od zarania dziejów, mający także znaczenie sakralne, głównym składnikiem codziennej diety stał się dopiero pod koniec XIV w., wypierając stopniowo z codziennego jadłospisu ciepłe posiłki bazujące na owsiance lub kaszach. W Europie na mąkę chlebową uprawiano żyto, jęczmień, grykę, proso, owies i pszenicę, którą uważano za najbardziej odżywczą i najzdrowszą. Mąka pszeniczna była też najdroższa. Chleb wyrośnięty, pieczony na zakwasie był popularny na południu Europy, w rejonach uprawy pszenicy. Chleb płaski, przygotowywany bez zaczynu i pieczony z mąki jęczmiennej, żytniej lub owsianej - powszechniejszy był na północy i w rejonach wyżynnych. Ten rodzaj pieczywa, łatwiejszy w przechowywaniu, stosowano także jako prowiant dla żołnierzy. Chleb spożywano na różne sposoby. Popularne były maczanki, tj. kawałki chleba maczane w winie, zupie, bulionie czy sosie, lub placki - pieczone z mąki chlebowej i nadziewane mięsem, jajami, warzywami czy owocami. Jeszcze w końcu XIX w. gdzieś tam pieczono placki - pełniące funkcję chleba - według bardzo starych sposobów.

Jedzenie to MATERIA NECESSARIA zdrowia - myśl aktualna od prehistorii po czasy współczesne

Oto jeden z nich, podany przez Z. Glogera:

Kamień umywa się i rozpala w ogniu na kominie, potem odmuchuje z popiołu i otacza dokoła żarzącymi węglami. Bierze się następnie kawałek słoniny

i osadziwszy na kijku, smaruje się nią rozpaloną „plitę”, na której potem kładzie się łyżką dość rzadkiego ciasta, czyli „pampuch” lub „re czuch”. W czasie postu kamień nie smaruje się słoną tylko olejem.

Tak wypieczony placek był płaski i twardy, gdyż ziarna zaledwie tłuczono, a otrzymana w ten sposób mąka zawierała łuski i plewy. Drobnio mielona i przesiewana biała mąka była zastrzeżona do wypiekania chleba dla bogatych. Dla biedniejszych wypiekano chleb zrobiony z grubiej mielonego ziarna, ciemniejszy, o zwiększonej zawartości otrąb. W czasach niedostatku zbóż i klęsk głodu do mąki dodawano kasztany, żółędzie, suszone strąki grochu, a nawet liście paproci czy wytłoczony z warzyw. Tanie, ale też mniej wartościowe, stanowiły wtedy zasadniczą masę chleba, który wówczas jądano głównie po to, aby wypełnić żołądek i zaspokoić głód - i niewiele miało to wspólnego ze zdrowiem. Szczególnie dotkliwie i groźne dla zdrowia, szczególnie biedniejszej ludności, były lata deszczowej pogody w okresie żniw. Żle przechowywane, zawilgocone ziarno zbożowe często bywało skażone grzybem buławinki czerwonej tworzącym przetrwalnik — sporysz, zawierający silnie działające na naczynia krwionośne i ośrodkowy układ nerwowy alkaloidy, np. ergotaminę i substancje halucynogenne. Chleb i inne potrawy przygotowywane z mąki skażonej sporyszem powodowały masowe zatrucia tzw. ergotyzm, zwany wówczas chorobą lub ogniem św. Antoniego. Przebiegał on pod postacią ergotyzmu drgawkowego i gangrenowego.

Pod koniec XIV wieku CHLEB ZACZĄŁ WYPIERAĆ ciepłe posiłki bazujące na OWSIANCE I KASZACH

Ergotyzm drgawkowy objawiał się niepokojem, zawrotami głowy, szumami usznymi, odczuwaniem na skórze ukąszeń lub ukłuć, gwałtownymi skurczami mięśni kończyn, drgawkami i psychozą. Ergotyzm gangrenowy był wynikiem wpływu ergotaminy na naczynia krwionośne, która - doprowadzając do ich skurczu, niedokrwienia tkanek i martwicy, często powikła-

nej zakażeniem - powodowała utratę palców, a nawet kończyn. W wiekach średnich szczególnie liczne i nasilone epidemie ergotyzmu - tzw. choroby wsi, ludzi ubogich i dorastających dzieci - występowały we Francji, Niemczech i Rosji, często pod postacią masowych psychoz.

Chleb, który w XVIII w. stał się niezastąpiony w codziennej diecie, według ówczesnych lekarzy pełnił nie tylko rolę dostarczyciela materii, budulca dla ciała, ale miał też właściwości zdrowotne i lecznicze; pieczony z białej, najlepiej pszenicznej mąki, zaliczany był do pokarmów lekkostrawnych, szczególnie korzystnych w niedomaganiu żołądka i wątroby. Taki chleb zalecano też dzieciom i kobietom w ciąży. Ale w medycynie ludowej chleb stosowano także zewnątrznie - ugnieciony z pajęczyną przykładano na stłuczenia, a z pleśnią — na ropiejące rany. Kawałek chleba posmarowany masłem, na którym znachor napisał tajemniczą formułkę - zakłęcie - i podany do zjedzenia pogryzionemu przez wściekłego psa, miał zapobiegać rozwinięciu się u chorego wścieklizny.

W XIX w. produkty mączne stały się dla wielu podstawą diety. Zmiany w uprawie zbóż, w tym szczególnie pszenicy spowodowały, że otrzymano nowe, bardziej wydajne odmiany o coraz liczniejszych zastosowaniach kulinarnych, ale też wyższej zawartości glutenu. Pod koniec XIX w. na zboża i mąkę padł cień - choć jeszcze wówczas nie zdawano sobie z tego sprawy. W 1887 r. Samuel Gee, angielski lekarz pediatra, opisał chorobę, którą nazwał celiakią, czyli chorobą trzewną. Nawiązując do nazwy i opisu pozostawionego przez lekarza starożytności - Aretusza z Kapadocji, przedstawił ją jako rodzaj przewlekłej niestrawności, którą spotyka się u ludzi w każdym wieku, ale jest szczególnie częsta u dzieci między pierwszym a piątym rokiem życia. Objawy choroby są związane z kałem, który jest luźny, o bladym kolorze, jakby pozbawiony żółci; drożdżowy, pienisty, prawdopodobnie z powodu wyglądu fermentacji, śmierdzący, smród często bardzo duży, gdyż jedzenie podane jest gniciu. Przyczyn celiakii nie wskazał, ale zwrócił uwagę na zna-

czenie diety. Postęp dokonał się dzięki przeprowadzonym w czasie II wojny światowej przez holenderskiego pediatrę Willema Dicke (1905-1962) obserwacjom klinicznym w jednym ze szpitali dziecięcych. Wykazał on, że objawy celiakii były stwierdzane rzadziej w okresach, gdy brakowało mąki. Swoje odkrycie opublikował w 1950 r. Następne badania wykazały, że przyczyną celiakii jest nieprawidłowa reakcja na gluten, główny składnik zbóż, szczególnie pszenicy. Dało to podstawę do opracowania diety bezglutenowej; produkty zbożowo-mączne u chorych na celiakię musiały usunąć się w cień. Do lat 90. XX w. wydawało się, iż choroba trzewna dotyczy głównie małych dzieci, u których przybiera postać enteropatii z towarzyszącym niedożywieniem. Ale natura zmienną jest i choroby także. Coraz częściej zaczęto opisywać nietypowe postaci tej choroby, szczególnie u osób dorosłych, będące maską innych schorzeń, np. przewlekłego zapalenia stawów, zatok, przewlekłego zmęczenia, migren i wielu innych, sprawiając tym samym znaczne trudności diagnostyczne. Natura nie powiedziała jeszcze ostatniego słowa. Pokarm oparty na znanych od tysiącleci zbożach, w tym tak trudny do zastąpienia w codziennej diecie chleb, przestał być odżywczą materią budującą ciało i stał się dla niektórych wrogiem - materia non grata. Co zjesz, tym się staniesz?

*Bogumiła Kempieńska-Mirostawska
lekarz chorób wewnętrznych, autorka
prac naukowych i publicystycznych
z historii medycyny i epidemiologii*

*Przedruk „Służba zdrowia”,
kwiecień 2016*

Jak chronić się przed pokąsaniem przez kleszcze i chorobami przez nie przenoszonymi

Wiosna i miesiące letnie sprzyjają częstszemu korzystaniu z form wypoczynku na świeżym powietrzu w parkach i lasach oraz noszeniu lżejszego ubioru, zwiększając równocześnie ryzyko pokąsania przez kleszcze mogące przenosić groźne dla zdrowia, bakterie, wirusy i pierwotniaki. Łącznie w Polsce w roku 2014 r. zarejestrowano 13875 przypadków zachorowań na boreliozę oraz 197 przypadków zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu, które stanowią najczęstsze choroby przenoszone przez kleszcze. Kleszcze rozpoczynają swoją aktywność sezonową, gdy temperatury w ciągu doby przekroczą 5-7°C i jest wilgotno. Począwszy od marca po przebudzeniu ze snu zimowego muszą znaleźć żywiciela. Aktywność życiowa kleszczy jest związana również ze zmianami temperatury w cyklu dobowym. Jest większa w godzinach porannych i wieczornych, najniższa zaś w godzinach południowych, zwłaszcza w okresie letnim w czasie upałów ponieważ kleszcze ograniczają aktywność przy wysokich temperaturach. Dlatego też pierwszy szczyt aktywności sezonowej przypada na marzec-czerwiec, drugi zaś przypada we wrześniu. Aktywność kleszczy kończy się z chwilą obniżenia średnia temperatura powietrza poniżej 5-7°C co zazwyczaj w Polsce przypada w październiku i listopadzie. Sezon aktywności może być zaburzony poprzez anomalie występujące w przyrodzie, kleszcza można spotkać nawet w grudniu, gdy temperatury dobowe przekroczą 5-7°C. Najwięcej kleszczy bytuje na skraju lasu. Kleszcze nie wspinają się powyżej wysokości 1 - 1,5 m metra, więc najczęściej można je więc spotkać w trawie, chwastach, krzewach na spodniej stronie liści. Po wyczuciu żywiciela spadają na obuwie lub nieosłonięte nogi po czym aktywnie wspinają się po skórze w okolice, gdzie skóra jest cieńsza i lepiej ukrwiona.

Ryzyko kontaktu z kleszczem można ograniczyć poprzez:

- noszenie długich spodni (nogawki należy wpuścić do skarpetek), koszul z długim rękawem,
 - stosowanie repelentów (preparaty odstraszające) zgodnie z zaleceniami producenta nie należy wydłużać odstępów czasu pomiędzy ich stosowaniem, ponieważ ochrona staje się wtedy nieskuteczna.
- Należy pamiętać, że zwykle nie czuć ukąszenia przez kleszcza, gdyż posiadają one w swojej ślinie specjalne substancje znieczulające, dlatego też:
- po wizycie w lesie lub innym miejscu bytowania kleszczy należy dokładne obejrzeć całe ciało. Wstępne oględziny należy zrobić jeszcze przed wejściem do domu, ponieważ kleszcze przyniesione w ubraniu do domu potrafią przeżyć w pomieszczeniach wiele miesięcy. Następnie należy obejrzeć dokładnie również zakryte części ciała, w tym również przejrzyć włosy u dzieci,
 - po zauważeniu kleszcza, należy jak najszybciej go usunąć. W tym celu należy specjalnym zestawem do usu-

wania kleszczy lub pęsetą ująć kleszcza przy samej skórze i pociągnąć ku górze zdecydowanym ruchem, jak najmniej przy nim manipulować lub zgniatać,

- nie należy smarować kleszcza żadną substancją, aby nie zwiększać ryzyka zakażenia,
- miejsce ukłucia należy zdezynfekować,
- gdy usunięcie kleszcza sprawia trudności lub nie mamy w tym wprawy, należy zwrócić się o pomoc do lekarza, ale należy pamiętać że jak najwcześniejsze usunięcie kleszcza znacząco zmniejsza ryzyko ewentualnego zakażenia. Ocenia się, że nawet w przypadku, gdy kleszcz był zakażony to - w przypadku usunięcia go ze skóry do 12 godzin od momentu ukąszenia - liczba krętków boreliozy, która przedostanie się do organizmu człowieka będzie zbyt mała, aby spowodować zakażenie.

*Państwowa Inspekcja Sanitarna
Główny Inspektorat Sanitarny,
Aktualności*



Komu przeszkadza ten standard?



W poprzednim numerze magazynu „W Czepku Urodzone” pisaliśmy o standardzie opieki okołoporodowej, który bardzo pozytywnie wpłynął na pracę wielu polskich szpitali. Kiedy zmiany na porodówkach faktycznie zaczęły być zauważalne, kiedy kobiety powoli przestawały bać się porodu siłami natury, prawo ku zaskoczeniu wielu zostało zmienione...

O niezrozumiałych działaniach Ministerstwa Zdrowia oraz o tym, dlaczego o standard opieki okołoporodowej trzeba walczyć, rozmawiamy z Joanną Pietrusiewicz, prezeską Fundacji Rodzić po Ludzku.

rozmawiała Małgorzata Marszałek

Joanna Pietrusiewicz

Od lat zawodowo związana z organizacjami pozarządowymi. Pracowała jako wychowawczyni w ogniskach dziecięcych, przy realizacji środowiskowych programów psychoprophylaktycznych dla rodzin. W Fundacji Rodzić po Ludzku pracuje od 1999 roku, jako instruktorka szkoły rodzenia. Koordynatorka programu edukacyjnego dla kobiet w ciąży i mam małych dzieci oraz programu szkoleniowego dla położnych.

Czy w ostatnich latach były jakiegolwiek sygnały, że standard opieki okołoporodowej może zostać zniesiony?

Joanna Pietrusiewicz: - Wszyscy wiemy, że standard nie funkcjonował jeszcze w 100 proc. i raczej skupialiśmy się nad tym, by poprawić jego wdrażanie, natomiast w ogóle nie było mowy o tym, że należy go zniesić. Choć trzeba też powiedzieć, że Naczelna Rada Lekarska zawsze podkreślała, że Minister Zdrowia nie powinien tak głęboko ingerować w pracę lekarzy, jak ma to miejsce w tym dokumencie. Tymczasem Minister Zbigniew Religa, dzięki któremu standard opieki okołoporodowej powstał i stał się obowiązującym prawem, miał inne zdanie. On wiedział, że nie wszyscy lekarze działają zgodnie z procedurami o udowodnionej korzyści dla matki i dziecka i nie

wszyscy weryfikują swoją wiedzę. Dlatego powstał standard, żeby zmienić rzeczywistość na polskich porodówkach, rzeczywistość, na którą mają wpływ tak lekarze, dyrektorzy szpitali, jak i położne. Zmiany trzeba było wymusić prawem, ponieważ nie było na nie innego skutecznego sposobu. To, że Naczelnej Radzie Lekarskiej udało się teraz przeforsować własne stanowisko, jest absolutnym zaskoczeniem dla większości osób, które zajmują się opieką okołoporodową, w tym dla konsultantów krajowych ds. ginekologii, perinatologii, konsultantek ds. pielęgniarstwa położniczego, organizacji pozarządowych i rodziców. Bo praktycznie wszyscy w tej sprawie mówią jednym głosem i widzą korzyści z tego, że standard jest, że jest obowiązującym prawem i że reguluje kwestie tak organizacyjne, jak i medyczne. Jesteśmy zaskoczeni samą zmianą, ale też oburzeni sposobem, w jaki została ona dokonana. Niby zgodnie z prawem, ale bardzo nieetycznie, bez żadnych negocjacji, bez rozmów.

Jak Pani ocenia, na ile ten proces wprowadzania standardu opieki okołoporodowej do polskich szpitali był zaawansowany? I z jakiego powodu niektóre placówki go lekcewały?

J.P.: - Z roku na rok sytuacja w kwestii realizacji standardu poprawia-

ła się. Już teraz w większości szpitali kobiety mogą być aktywne w pierwszym okresie porodu - mogą chodzić, korzystać z drabinek, piłek. Gorzej jest z drugą fazą porodu, w której ciągle dominuje pozycja leżąca. Widzimy dużą zmianę a w kwestii nacięć krocza. Częstotliwość wykonywania tej procedury powoli spada kiedyś była niemalże rutynowa, dzisiaj dotyczy około 50 proc. przypadków. To ciągle wysoki odsetek, ale o tendencji spadkowej. Podobnie widzimy zmiany w kwestii ciągłego kontaktu skóry do skóry po narodzinach. Kiedyś trwał on kilka sekund, później kilka minut, a teraz w wielu miejscach zgodnie ze standardem trwa on dwie godziny. Oczywiście możemy się oburzać - bo jest to symptomatyczne - że prawo nie jest realizowane 100 proc. Przecież każdy z nas jako obywatel jest zobowiązany do przestrzegania prawa, płacenia podatków i nie może tego robić połowicznie. Natomiast w szpitalach z przestrzeganiem standardu opieki okołoporodowej różnie bywa, bo nie niesie to za sobą żadnych konsekwencji. Tam gdzie etyka zawodu jest wyższa, tam standardy funkcjonują lepiej. Ten proces cały czas się dzieje, choć oczywiście wolałabym, żeby postępował szybciej. Obawiam się jednak, że jeśli teraz nastąpi zmiana przepisów,

to może ona spowolnić te pozytywne zmiany na polskich porodówkach.

Czy na przestrzeganie, standardu nie miały wpływu same kobiety? W końcu sporo teraz mówi się o tym, że pacjentka to klientka, a klient nasz pan...

J.P.: - Faktycznie, za rodzącą idą do szpitali pieniądze. Konkurencyjność oferowanych usług ma ogromne znaczenie, szczególnie przy zmniejszonej dzietności. Jednak czynników wpływających na wybór placówki, w której kobieta chce urodzić, jest znacznie więcej. Nie zawsze chodzi o złą usługę. W mniejszych szpitalach nie ma na przykład znieczulenia zewnątrzoponowego. Może tam być fantastyczna opieka, ale z powodu braku anestezjologa kobiety wybiorą szpital, gdzie znieczulenie jest, mimo że traktowanie pacjentki, poziom opieki i przestrzegania praw pacjenta są dużo słabsze. Znam szpitale małe, w których opieka jest fantastyczna, ale to w dużych placówkach jest dostęp do znieczulenia. Byłoby idealnie, gdyby kobieta nie musiała iść na kompromis, by mogła wybrać miejsce, które najlepiej odpowiada jej wszystkim potrzebom. Z tego też powodu uważam, że znieczulenie zewnątrzoponowe powinno być dostępne wszędzie. Na pewno wpłynęłoby to pozytywnie na spokój i bezpieczeństwo kobiet.

Czy można postawić tezę, że standard opieki okołoporodowej chroni fizjologię? A jeśli tak, to czy jego zniesienie może spowodować jeszcze większe odejście od porodów siłami natury?

J.P.: - Standard opieki okołoporodowej wspiera poród fizjologiczny i stawia kobietę w centrum tego wydarzenia. Żadna interwencja w czasie porodu nie powinna być wykonywana w sposób rutynowy. Jednak wspieranie fizjologii to tylko jedna z kwestii, równie ważną sprawą jest to, że standard odnosi się do relacji na linii personel - kobieta. W Polsce zaufanie do zawodów medycznych nie jest duże. Wręcz przeciwnie. Celem standardu opieki okołoporodowej była odbudowa tego zaufania. Zależało nam na tym, by kobieta miała zapewnioną ludzką, empatyczną, a jednocześnie dostosowaną do

swoich potrzeb oraz sytuacji medycznej opiekę. Uważam, że pozytywnym efektem zakorzenienia się standardu w polskich szpitalach byłby wzrost zaufania do personelu medycznego, a to zapewne przełożyłoby się na mniejszą liczbę cesarskich cięć. Jeśli kobiety będą ufały personelowi, nie będą bały się tego, jak zostaną potraktowane, jeśli nie będzie się używało syntetycznej oksycyliny w sposób rutynowy, to za jakiś czas cesarek na żądanie będzie mniej. Ale to są procesy wieloletnie, ewolucyjne zmiany, na dodatek dotyczące bardzo delikatnej materii.

Rozumiem, że niepotrzebna medykalizacja porodu to jedno, ale duże znaczenie ma także kontakt z personelem medycznym?

J.P.: - To, na co kobiety najczęściej zwracają uwagę w szpitalach, to sposób, w jaki są traktowane. Bo skurcze porodowe owszem boją, ale ten ból mija. A negatywne komentarze, brak empatii, przedmiotowe traktowanie pozostają. Poród to jest zupełnie wyjątkowy moment w życiu kobiety, kiedy jesteście zupełnie bezbronne, obnażone i zdane na inne osoby, a sam proces jest trudny i nieprzewidywalny. Zaufanie i dobra komunikacja z personelem medycznym ma zasadnicze znaczenie dla przebiegu porodu i tego, jak jest on wspomniany nawet po wielu, wielu latach. Dobre wspomnienia z porodu to też otwartość na kolejne dziecko, trauma spowodowana porodem to częsty powód niedecydowania się na kolejną ciążę.

Jak zniesienie standardu opieki okołoporodowej wpłynie na pracę położnej? Czy jej rola nie będzie marginalizowana?

J.P.: - Takie zagrożenie istnieje. Ale tego nie wiemy, bo kwestie organizacyjne być może zostaną zachowane, a odpowiedzialnymi za poród fizjologiczny być może pozostaną położne. Jednak skoro standard chronił fizjologię, to jego zniesienie może spowodować odejście od porodów siłami natury, co sprawi, że położne nie będą miały swoich pacjentek. To jest poważne ryzyko. Musimy też pamiętać, że równolegle uruchamiane są inne projekty, które mają wpływ na wykonywa-

nie zawodu położnej. NFZ opracował pilotażowe rozporządzenia dotyczące skoordynowanej opieki w ciąży. Mówią one m.in. o tym, że koordynatorem działań wobec ciężarnej będzie szpital. Ten sam szpital ma zapewnić kobiecie opiekę w okresie ciąży, w trakcie porodu i w połogu. Na razie jest tak, że kobiety najpierw wybierają sobie lekarza, o szpitalu myślą na późniejszym etapie. Przy tak kulejącej opiece okołoporodowej naszym ratunkiem było prawo wyboru, kobiety szukały dobrego lekarza, zaufanej położnej i fajnego szpitala niezależnych od siebie. Teraz tak nie będzie. Taki system jest oczywiście możliwy, w niektórych krajach obowiązuje i dobrze się sprawdza. Ale dzieje się tak w systemach bardziej zaawansowanych niż nasz. Żeby u nas takie rozwiązanie mogło funkcjonować, konieczne jest wyrównanie poziomu opieki, która obecnie jest bardzo różna. Są szpitale bardzo prokobie i takie, które pozostawiają w tej kwestii wiele do życzenia. Różnią się też położne POZ. Stąd możliwość wyboru była dla kobiet ratunkiem. Skoordynowana opieka w takim wydaniu także może negatywnie wpłynąć na sytuację położnych, bo kobiety będą w pierwszej kolejności zwracały uwagę na szpital i na lekarza.

Co wpływa na to, że jedne położne chcą pracować zgodnie ze standardem opieki okołoporodowej, a inne nie? Gdzie przebiega ta granica? Czy to kwestie wieku, czy raczej mentalności niezależnej od metryki?

J.P.: - Trudno odpowiedzieć na to pytanie, potrzebne byłyby konkretne badania. Osobowość w tym zawodzie ma ogromne znaczenie. Znaczący wpływ na przyszłe położne ma uczelnia, na której się kształcą. Sporo się w tej materii zmienia, ale w wielu miejscach są starzy nauczyciele, którzy nawet jeśli niewerbalnie, to przekazują pewien model służebności położnej względem lekarza. Na pewno w tym zawodzie sprawdzają się kobiety, które mają szacunek do samych siebie, bo wtedy mają go też w stosunku do innych kobiet. To jest też sprawa mentalności, wszyscy wychodzimy z socjalizmu i betonowego małżeństwa. Być może młodemu pokoleniu jest łatwiej

zaakceptować standard opieki okołoporodowej, bo nie znają realiów z okresu PRL. Pytanie, czego młode pokolenie może nauczyć się od starszych koleżanek i jak powinna wyglądać relacja mistrz-uczeń. Na pewno nadzieją są te młode położne. Mają pewność siebie, której brakuje starszym koleżankom, bo były inaczej kształcone. W tym miejscu warto wspomnieć o takim problemie, jak zastępowalność pokoleń. Obecnie najwięcej jest położnych w wieku przedemerytalnym. To nie jest zawód, do którego pchają się setki młodych dziewczyn. Wymagający odpowiedzialności, obciążający życie rodzinne, mało płatny - to dla młodych niezbyt atrakcyjna perspektywa. To są kolejne problemy, którym się trzeba przyjrzeć, bo one teraz będą się nasilać. Jeśli nie będzie położnych, to opieka

będzie bardzo zmedykalizowana, a porody będą się odbywały przez cięcia cesarskie. To widać w innych krajach. My, zamiast zajmować się tak palącymi tematami jak skoordynowana opieka czy promocja zawodu położnej, znowu musimy walczyć o rzeczy bazowe, czyli o godność rodzącej, o standardy opieki na porodówkach, o prawo do medycyny opartej na dowodach naukowych. Jestem tym oburzona, bo to strata czasu nas wszystkich.

Co dzieje się w Fundacji na ten moment? Jakie działania podejmujecie?

J.P.: - Złożyłyśmy na ręce Pani Premier petycję podpisaną przez ponad 70 tysięcy osób. Mamy nadzieję, że ten silny głos sprzeciwu spowoduje, że nasi decydenci wysłuchają naszego głosu i zostanie on uwzględniony. Skła-

damy do ministerstwa kolejne wnioski o przesłanie nam analizy prawnej zmiany rozporządzenia i dalej będziemy monitorować sprawę. Zachęcamy również do śledzenia naszych prac, a także do finansowego wsparcia naszych działań. Sytuacja związana z walką o utrzymanie standardów opieki okołoporodowej to także poważne, wydatki dla naszej organizacji. Zachęcamy do wspierania naszej działalności poprzez przekazywanie stałego comiesięcznego zlecenia - małe kwoty (10-20-30 zł), ale przekazywane regularnie, pozwolą nam prowadzić stałe i skuteczne interwencje.

Przedruk: W czepku urodzone, luty 2017, nr 1 (8)

Powołanie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego

Wojewoda podkarpacki Ewa Leniart powołała na konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego Bożenę Guściorę.

MGR PIEL. BOŻENA GUŚCIORA pracuje w Szpitalu Powiatowym w Nisku. Funkcję konsultanta objęła z dniem 1 stycznia br. Dotychczas w województwie podkarpackim nie było konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.

Do zadań konsultantów wojewódzkich należy m.in. przeprowadzanie kontroli podmiotów leczniczych w zakresie jakości i dostępności świadczeń, kształcenia, doskonalenia zawodowego oraz wyposażenia. Konsultanci przygotowują również informację na temat zasobów i potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny, farmacji i ochrony zdrowia; opiniują wnioski o wpisanie na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia specjali-



zacji. Na wniosek wojewody wydają opinię o spełnieniu przez podmiot leczniczy warunków do udzielania świadczeń

zdrowotnych w danej dziedzinie medycyny.

Serdecznie gratulujemy

„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

DOROTY DEMKO

**pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgicznego
z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym SPZOZ w Lesku,**

z którym była związana przez cały okres pracy zawodowej.

Przepracowała w zawodzie ponad 40 lat, cieszyła się zaufaniem pacjentów i personelu.

Składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym

Pielęgniarka Naczelna
oraz Pielęgniarki, Pielęgniarze i Położne
SPZOZ w Lesku

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

W związku z przejściem na emeryturę naszej koleżanki

RYSZARDY TUTAK

położnej z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego SP ZOZ w Lesku

osoby skromnej i życzliwej,

składamy Jej serdeczne podziękowania za wspólne lata pracy życząc realizacji marzeń w życiu osobistym.

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



Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek i Dzień Położnej

*„Niewiele zawodów ma tak oczywisty cel pracy, jak zawód pielęgniarki, położnej.
To zawody szczególne, które mają głęboki sens filozoficzny, społeczny i moralny”.
„... bo kiedy ludzie cierpią, kiedy cierpi człowiek, potrzebny jest drugi człowiek przy cierpiącym”.*

Jan Paweł II

*Wszystkim Pielęgniarkom,
Pielęgniarzom, Położnym
z okazji Międzynarodowego
Dnia Pielęgniarek i Dnia Położnej
życzymy radości, która przysłoni
codzienne troski
oraz chwili spokoju,
która pokaże bardzo wyraźnie,
że największym darem,
który możemy dać osobom cierpiącym
i chorym jest nasza obecność.*

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

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

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

Nakład egz. 500, numer oddano do druku 3 IV 2017 roku.

Szanowni Państwo !!!

Drogie Koleżanki i Koledzy !!!

*W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie*

serdecznie zapraszam

Pielęgniarki i Położne

na konferencję z okazji

Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej,

która odbędzie się

w Regionalnym Centrum Kultur Pogranicza

w Krośnie, ul. Kolejowa 1

w dniu 17 maja 2017 r. o godz. 10.00

Program konferencji:

1. 9.30 – Rejestracja uczestników
2. Uroczyste otwarcie konferencji
3. Wystąpienie zaproszonych gości
4. Wręczenie odznaczeń
5. Wykład nt. „Współczesne pielęgniarstwo – jakie jest, dokąd zmierza” - J.M.
Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku doc.
dr Elżbieta Cipora
6. Przerwa kawowa
7. Występ Marcina Dańca
8. Lunch

W tym dniu bądźmy razem

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
Renata Michalska

Rejestracja odbywa się drogą elektroniczną pod adresem oiqip@interia.pl