

FORUM ZAWODOWE

4 (103) 2016



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

W numerze

3	Słowo Przewodniczącej
4	Korespondencja NRPIP
10	Komunikat dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych ...
12	Stanowisko w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia ...
14	Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 czerwca 2016 r.
15	Interpelacja w sprawie proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej
18	NRPIP o proponowanych zmianach w POZ
19	Komunikat DSOZ
22	Pielęgniarki i położne środowiskowe
24	Informacja o rekrutacji na kursy dla pielęgniarek i położnych finansowane ze środków UE
24	Pielęgniarstwo magisterskie w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku
26	Hanna Chrzanowska
28	Światowy raport na temat cukrzycy
31	Wszystko, co powinnaś wiedzieć o cytologii w ciąży
32	Pytania i odpowiedzi
37	Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego województwa lubuskiego w sprawie pozostawienia u pacjenta leczonego w domu kaniuli dożylniej – wenflonu

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 podyplo-
mowych** prosimy składać do 10-go każdego miesiąca
osobiście lub listownie.

PSALM POLNY

*Piszę psalm w polu Przekwitają zboża
i pachnie trawą skoszoną przed jutrznią
Kropla po kropli ścieka rosa z noża
Ukrzyżowany podparty jest włócznią*

*Tylko pies w niebo zapatrzony z budy
na pewno słyszy inny świat i szczeka
choć przez to ciało jak wiatyk chudy
prócz paru kostek nie widać człowieka*

*tylko te pióra sypiące się z siana
na wodę ledwie z brzegu opierzoną
świadczą że wieś się przed kimś aż do rana
modliła pacierz osłaniając bronią*

*Jedynie głupek któremu się marzy
odpuszt i w mircie Magdalena święta
tuli jak dawniej łeb do końskiej twarzy
szepcząc o biedo moja niepojęta*

*Piszę psalm w polu Schnie na polu siano
I konie wodę stojąc w rzece piją
Już teraz we wsi nikogo nie zranią
Głupek i psalm mój zastania się lilią*

Tadeusz Nowak

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

Za nami kolejny okres wakacyjny, który dla wielu był okazją do wytchnienia od codziennej i bardzo ciężkiej pracy, ciągłych narzekań i niezadowolonych pacjentów i ich rodzin. To też czas wytężonej pracy dla innych. W dalszym ciągu obawiamy się proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w podstawowej opiece zdrowotnej. Konferencja, która odbyła się w dniu 7 lipca 2016 roku w Sejmie, dotyczyła właśnie pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej. Zorganizował ją Klub Poselski KUKIZ 15. W sposób bardzo szczegółowy przedstawiono Panu Ministrowi nasze doświadczenia w funkcjonowaniu indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych i porównano je z zatrudnieniem pielęgniarek/położnych w praktyce lekarza rodzinnego, gdzie niejednokrotnie swoje obowiązki muszą dzielić pomiędzy pracą w środowisku a gabinetem. Zwrócono uwagę na wymierne korzyści dla pacjentów w obecnie funkcjonującym sposobie kontraktowania. Tak mocne i dobrze sformułowane argumenty przedstawione przez pielęgniarki/położne rodzinne, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania wydawać by się mogło przemówią do naszych decydentów i będą dla nas światłem w tunelu. Nie mniej jednak propozycja reformy ochrony zdrowia ze strony Ministerstwa Zdrowia budzi coraz to większe emocje.

Ogromne zaniepokojenie stwarza także propozycja Ministra Zdrowia dotycząca wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek po-

legająca na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych. Czyżby takie rozwiązanie miało uzdrowić brak pielęgniarek i położnych? Przecież obecnie funkcjonujący system kształcenia jest zgodny z wymaganiami Unii Europejskiej, a kształcenie pielęgniarek i położnych na wyższym poziomie jest istotnym osiągnięciem. W tej sprawie wypowiedziała się Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie i inne Okręgowe Izby podejmując stanowiska i wyrażając swój zdecydowany sprzeciw co do tego rodzaju działań.

Przed nami kolejny etap podwyżek. Teraz na okres od 1 września 2016 roku do 31 sierpnia 2017 roku pozwalający zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w przeliczeniu na etat lub równoważnik etatu pielęgniarki/położnej o kwotę 800,00 zł. Reguluje to rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 października 2015 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto w dniu 27 czerwca 2016 roku Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Zarządzeniem Nr 50/DOSZ określił warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ. W przyjętym zarządzeniu zaplanowano wzrost finansowania świadczeń lekarza POZ dla populacji w grupach wiekowych od 40 do 65 roku życia i powyżej 65 lat. W związku z powyższym, stosownie do uzasadnienia w/w zarządzenia,

wzrost finansowania świadczeń podwyższony był między innymi potrzebą zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń od dnia 1 września 2016 roku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”. Wprowadzone rozwiązania umożliwiają zatem wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień lekarza POZ. W tym celu zwróciłam się do wszystkich Dyrektorów/Kierowników zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie działania OIPiP w Krośnie i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z apelem o podjęcie stosownych czynności zmierzających do podwyższenia wynagrodzenia dla tej grupy pielęgniarek i położnych. Treść pisma jest publikowana w bieżącym numerze biuletynu.

Pragnę także poinformować Państwa o naszej stronie internetowej, która została zaktualizowana i jest na bieżąco uzupełniana. Jest to najszybsze źródło wszystkich ważnych informacji dotyczących zarówno struktury, organizacji, działalności samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jak i tego, co dzieje się w naszych zawodach. Zamieszczamy tam korespondencję i wiele ważnych komunikatów potrzebnych w naszej codziennej pracy. Zachęcam Państwa do częstego jej odwiedzania.

*Serdecznie pozdrawiam
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*

MINISTER ZDROWIA

Warszawa 6 lipca 2016 r.

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na Pani Apel z dnia 6 czerwca 2016 r., skierowany do Pani Beaty Szydło - Prezesa Rady Ministrów w sprawie podjęcia działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej - pismo z dnia 6 czerwca 2016 r., znak: NIPiP-NR-PiP-DS.015.188.2016.MK, otrzymane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przy piśmie z dnia 8 czerwca 2016 r., znak: SPRM.222.3.94.2016.JP, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do poprawy wynagrodzenia pielęgniarek i położnych informuję, że Ministerstwo Zdrowia doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu państwa i płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarkom i położnym, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i 1628) zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Zakończono I etap realizacji przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którym wzrostem wynagrodzeń objęto od 1 września 2015 r. pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, bez względu na formę zatrudnienia.

Od 1 stycznia 2016 r. realizowany jest II etap, w ramach którego wzrostem wynagrodzeń są obejmowane pielęgniarki

i położne realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, a od 1 września 2016 r. nastąpi wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, finansowane na podstawie stawek ryczałtowych, stosownie do wielkości obszaru zabezpieczenia. Realizacja przepisów ww. rozporządzenia przez podmioty lecznicze, na terenie całego kraju, podlega stałemu monitoringowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Obecnie, zgodnie z ww. rozporządzeniem, pielęgniarki i położne otrzymują dodatkowe środki finansowe w wysokości 400 zł, na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Kwota ta stanowi kwotę „brutto brutto”, tzn. wliczone są w niej - dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, wraz ze składnikami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, tj. wynagrodzenie wraz z pochodnymi.

Jak wspomniano powyżej przedmiotowe rozporządzenie zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi:

- 1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł wskazaną powyżej;
- 2) 1200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;
- 3) 1600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2.

Ponadto informuję, że aktualnie w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, będącego zespołem branżowym przy Radzie Dialogu Spo-

łecznego, prowadzone są prace nad rozwiązaniem systemowym normującym kwestię wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W dniu 4 kwietnia br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło partnerom społecznym wstępną propozycję projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która ma stanowić materiał wyjściowy dla opracowywanego rozwiązania docelowego. W toku dyskusji nad tą propozycją zarówno strona związkowa, jak i strona pracodawców podkreślały konieczność wskazania źródeł finansowania wszelkich rozwiązań dotyczących kwestii płacowych. Z inicjatywy członków Zespołu dodatkowo powołany został podzespół roboczy do spraw projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, które odbyło się w dniu 21 czerwca br. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił wstępny projekt ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych podmiotów leczniczych. Podstawowym założeniem projektowanego rozwiązania jest ustanowienie dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wysokości minimalnych wynagrodzeń zasadniczych stanowiących krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz współczynnika pracy określonego dla każdej z grup zawodowych. Strona pracodawców oraz NSZZ „Solidarność” i OPZZ uznali za zasadne prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia dalszych prac nad projektem przedmiotowej regulacji. Partnerzy społeczni wnioskowali o prowadzenie prac legislacyjnych bez zbędnej zwłoki. Forum Związków Zawodowych wstrzymało się od głosu i zapowiedziało zgłoszenie swojego stanowiska co do trybu prowadzenia prac nad tym projektem w terminie późniejszym.

Mając powyższe na uwadze pragnę jednak zapewnić, że realizacja podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych będzie kontynuowana na dotychczasowych zasadach.

W odniesieniu do poprawy wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce, informuję, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1000 mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem, który wynosi 5,4. Mając na uwadze powyższy wskaźnik, resort zdrowia zaplanował w perspektywie finansowej 2014-2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych.

W procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w tym w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce. Punktem wyjścia dla planowanej interwencji EFS w latach 2014-2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznego deficytu wśród kadr pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Mając na uwadze wagę wyzwań w kontekście kadry medycznej w Polsce, w tym w szczególności dotyczących pielęgniarek i położnych oraz biorąc pod uwagę zakres interwencji możliwej do sfinansowania z EFS, podjęto decyzję o skoncentrowaniu działań dedykowanych rozwojowi kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Na te działania wyodrębniono specjalną oś priorytetową Wsparcie dla obszaru zdrowia, w której na kształcenie kadr medycznych zostanie przeznaczony ok. 221 mln euro.

Interwencja zaplanowana w PO WER będzie oddziaływała na kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem

jakości kształcenia praktycznego poprzez tworzenie Centrów Symulacji Medycznej, a jej głównym celem jest zwiększenie liczby absolwentów studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Zaplanowano, że docelowa wartość wskaźnika w 2023 r.- dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wyniesie 10625 osób.

W listopadzie 2015 r. Minister Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich ogłosił konkurs pn. „Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków”.

Przedmiotem konkursu jest realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Projekty składane w odpowiedzi na przedmiotowy konkurs zakładają przygotowanie programu rozwojowego, który przyczyni się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i/lub położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa i/lub położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu. Projekty realizowane będą w formie partnerstwa uczelni z podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia, które zgodnie z założeniem konkursu mają zapewnić zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla minimum 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Jednocześnie zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat. Wnioskodawcą mogą być szkoły wyższe publiczne bądź niepubliczne, kształcące na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo, których jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowa-

dzić studia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo na poziomie licencjata - zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym.

Alokacja na konkurs wynosi: 90 mln PLN. Nabór wniosków trwał do 5 lutego 2016 r. W odpowiedzi na przedmiotowy konkurs złożono 21 wniosków. W wyniku oceny formalno-merytorycznej 11 wniosków zostało ocenionych pozytywnie i zgodnie z procedurą konkursową, wnioski zostały skierowane do negocjacji, które zakończyły się 3 czerwca br. Do dofinansowania zostały wybrane projekty, które bezwarunkowo uzyskały 60 punktów oraz co najmniej 60% punktów w poszczególnych kategoriach oceny spełniania kryteriów merytorycznych. Lista rankingowa 11 wybranych uczelni w ramach przedmiotowego konkursu znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl

Dodatkowo w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia od października 2015 r. rozpoczęło realizację projektu „Rozwój kompetencji pielęgniarskich” komplementarnego do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Celem projektu jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnianych w polskim systemie ochrony zdrowia. W ramach projektu zaplanowano m.in. takie działania jak:

- wprowadzenie rozwiązań systemowych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych,
- prowadzenie nadzoru nad wdrażaniem standardów kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków, wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne,
- prowadzenie bieżącej analizy standardów kształcenia pielęgniarek i położnych pod kątem konieczności wprowadzenia zmian wynikających m.in. z aktualnych trendów demograficznych, epidemiologicznych i wejścia w życie nowych technologii,

- prowadzenie corocznej oceny stosowania norm zatrudnienia, wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych oraz wdrożenie pilotażu dot. standaryzacji opieki pielęgniarskiej w podmiotach leczniczych,

- diagnozowanie potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem wymaganych kwalifikacji zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie,

- analizowanie rynku usług pielęgniarskich - ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich form zatrudnienia oraz migracji pielęgniarek i położnych,

- wypracowanie modelu współpracy pomiędzy uczelniami a podmiotami leczniczymi w celu upraktycznienia systemu kształcenia pielęgniarek i położnych,

- przeprowadzenie audytów na uczelniach w zakresie tworzenia Centrów Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych,

- wsparcie pielęgniarek i położnych (studentów, absolwentów) w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej pn. Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa.

Ponadto ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wspierane będzie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju. Rozstrzygnięty został konkurs na Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, dofinansowanie otrzyma 27 projektów. Do konkur-

su zgłoszono 63 wnioski. Do dofinansowania zostały skierowane projekty, które przeszły pozytywnie ocenę formalno-merytoryczną wg kolejności na liście rankingowej i do wysokości dostępnej alokacji. W ostatnim czasie zwiększona została wysokość środków w konkursie. Dzięki temu możliwe było zakontraktowanie 27 najlepiej ocenionych projektów, tj. wszystkich, które uzyskały punkty premiujące i co najmniej 112,5 pkt. podczas oceny. Całkowita alokacja wynosi 68 776 682,53 zł. W dniu 23 maja br. Ministerstwo Zdrowia podpisało pierwsze umowy w ramach konkursu wspierającego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Zgodnie z założeniami, kwalifikacje podniesie ok. 30 000 przedstawicieli tych zawodów.

W ramach realizowanych projektów pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z następujących kursów:

- ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych,

- wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,

- pielęgniarstwo onkologiczne,

- wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,

- opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów,

- pielęgniarstwo psychiatryczne,

- rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,

- wykonanie badania spirometrycznego,

- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek. Kształcenie będzie prowadzić 27 podmiotów z całego kraju. Dzięki temu dostęp do kursów będzie dogodny dla uczestników. Lista projektów wybranych do dofinansowania znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl.

Przewiduje się, że wdrożenie ww. mechanizmów dot. wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wpłynie na poprawę warunków pracy tych grup zawodowych oraz spowoduje, że pielęgniarki i położne pracujące w polskim systemie ochrony zdrowia nie będą rezygnowały z wykonywania zawodu, a absolwenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo chętniej, niż dotychczas będą podejmować zatrudnienie w zawodzie. Zakłada się także, że działania podjęte na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych wpłyną również na zwiększone zainteresowanie młodzieży podejmowaniem nauki w tych zawodach, a pośrednio przyczynią się do wzrostu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce. Jednocześnie powyższe działania mają także na celu zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zapobieganie zjawisku ewentualnej emigracji zarobkowej tych grup zawodowych do krajów UE w kolejnych latach.

*Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Tombarkiewicz*

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 27 czerwca 2016 r.

Pani Zofia Małas

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W związku ze Stanowiskiem nr 1 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przyjętym w dniu 30 maja 2016 r. w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w „Instytucie Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Protest w Centrum Zdrowia Dziecka został zakończony podpisaniem Porozumienia, pomiędzy Dyrekcją Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka” w Warszawie a Związkiem Zawodowym

Pielęgniarek i Położnych przy IPCZD, co oznacza powrót do normalnego funkcjonowania Instytutu. W ramach porozumienia uzgodniono mechanizmy, które pozwolą na stopniową realizację zgłoszonych przez Związek postulatów i poprawę warunków pracy. Strony oświadczyły zgodnie, że prowadzony spór zbiorowy zostaje zawieszony do dnia 31 grudnia 2016 r. W okresie zawieszenia sporu zbiorowego Związek Zawodowy będzie monitorował realizację warunków Porozumienia zawartego z Pracodawcą, a spełnienie warunków Porozumienia w powyższym terminie zakończy spór zbiorowy.

Jednocześnie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia, doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu

państwa i płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarcom i położnym, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 i 1628) zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. Obecnie, zgodnie z ww. rozporządzeniem, pielęgniarki i położne zatrudnione w Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie otrzymują dodatkowe środki finansowe w wysokości 400 zł, na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Kwota ta stanowi kwotę „brutto brutto”, tzn. wliczone są w niej - dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, wraz ze składnikami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, tj. wynagrodzenie wraz z pochodnymi.

Ponadto przedmiotowe rozporządzenie zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o:

1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł wskazaną powyżej;

2) 1200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;

3) 1600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2.

W ramach ww. rozporządzenia zapewniono także wprowadzenie mechanizmu gwarantującego utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 roku.

Ponadto uprzejmie informuję, iż trwają prace Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, będącego zespołem branżowym przy Radzie Dialogu Społecznego, nad wypracowaniem rozwiązań systemowych normującym kwestię wynagrodzeń w ochronie zdrowia. W dniu 4 kwietnia br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło partnerom społecznym wstępną propozycję projektu ustawy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą, która ma stanowić materiał wyjściowy dla opracowywanego rozwiązania docelowego. W toku dyskusji nad tą propozycją zarówno strona związkowa, jak i strona pracodawców podkreślały konieczność wskazania źródeł finansowania wszelkich rozwiązań dotyczących kwestii płacowych. Z inicjatywy członków Zespołu dodatkowo powołany został podzespół roboczy do spraw projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, które odbyło się w dniu 21 czerwca 2016 r.

Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł przedstawił wstępny projekt ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych podmiotów leczniczych. Podstawowym założeniem projektowanego rozwiązania jest ustanowienie dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wysokości minimalnych wynagrodzeń zasadniczych stanowiących krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz współczynnika pracy określonego dla każdej z grup zawodowych. Strona pracodawców oraz NSZZ „Solidarność” i OPZZ uznali za zasadne prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia dalszych prac nad projektem przedmiotowej regulacji. Partnerzy społeczni wnioskowali o prowadzenie prac legislacyjnych bez zbędnej zwłoki. Forum Związków Zawodowych wstrzymało się od głosu i zapowiedziało zgłoszenie swojego stanowiska co do trybu prowadzenia prac nad tym projektem w terminie późniejszym.

Mają na uwadze powyższe, uprzejmie informuję, że realizacja podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych będzie kontynuowana na dotychczasowych zasadach.

*Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Tombariewicz*

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

Warszawa, dnia 30.06.2016 r.

Pan/Pani Przewodniczący/a ORPiP **/wszyscy/**

Szanowni Państwo,

W związku z ogłoszeniem Zarządzenia Nr 50 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w którym zawarty jest wzrost finansowania świadczeń lekarza POZ dla populacji w grupach

wiekowych 40-65 r. ż. i powyżej 65 lat, uprzejmie przypominam, że w uzasadnieniu projektu cyt. zarządzenia powyższy wzrost podyktowany był min. potrzebą zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w praktykach lekarskich od 1 września 2016 r.

Uprzejmie proszę o rozpowszechnienie tej informacji wśród pielęgniarek i położnych zatrudnionych w gabine-

tach zabiegowych i punktach szczepień praktyk lekarzy POZ.

W załączeniu przesyłam pismo skierowane do Prezesa NFZ dotyczące opinionowania projektu cytowanego zarządzenia, przedstawione i przyjęte w trakcie posiedzenia NRPiP w dniu 23 czerwca 2016 r.

*Z poważaniem
Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska*

Pan Andrzej Jacyna
Prezes NFZ

Szanowny Panie Prezesie,

W odpowiedzi na komunikat dotyczący przekazania do opiniowania projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia umowy w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, poniżej przedstawiam Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zawiera propozycję zwiększenia współczynników stawki kapitałowej dla świadczeń realizowanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców w grupach wiekowych 40-65 lat i powyżej 65. roku życia od 1 września 2016 r. Z uzasadnienia do zarządzenia wynika, iż jednym z ar-

gumentów przemawiającym za zwiększeniem wysokości w/w wskaźników jest potrzeba zwiększenia wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień lekarza poz.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera zaproponowane rozwiązanie pod warunkiem dokonania pilnej nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013r, poz 1248) poprzez dokonanie zmiany zapisu w Załączniku nr 1, Część V. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje dotychczasowe brzmienie punktu 1.4 zastąpić nowym brzmieniem „1.4 Pielęgniarka

realizująca świadczenia w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień posiadająca uprawnienia do wykonywania szczepień ochronnych, zgodnie z wymogami zawartymi w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi”. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie jest niezbędne dla uregulowania przekazania środków finansowych na wzrost wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w praktykach lekarzy poz. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie wносиła o uregulowanie kwestii zatrudnienia pielęgniarek w gabinecie zabiegowym i punkcie szczepień lekarza poz i nadanie im statusu prawnego w systemie podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem
Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Pan Andrzej Jacyna
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie,

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o podjęcie działań w celu wyjaśnienia zmiany zapisu oraz przywrócenia proponowanego w projekcie zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w Załączniku nr 1 w kolumnie nr 7 - wskaźnika 0,75, który powinien obowiązywać od dnia 1 stycznia 2017 roku.

W czerwcu opiniowany był projekt zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej z 13.06.2016 r. W załączniku Nr 1 — katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych, w wierszu nr 7 dotyczącym świadczeń udzielanych pod tym sa-

my adresem, w kolumnie nr 7 — taryfa jest zapis 0,75. Przywołaną podstawą tych danych jest Obwieszczenie Prezesa AOTMiT z dnia 17 grudnia 2015 roku w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W arkuszu ocena skutków finansowych w punkcie 5 zapisano, że prognozowany przez AOTMiT skutek finansowy w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej wskazuje na średni wzrost finansowania względem dotychczasowych wydatków NFZ na wartość ok. 95 500 000 zł.

W zarządzeniu Prezesa NFZ w uzasadnieniu do zarządzenia pozostawiono treści takie jak w projekcie. Natomiast w załączniku Nr 1 w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych w wierszu

nr 7 dotyczącym udzielanych świadczeń pod tym samym adresem zamieszkania, w kolumnie nr 7 wskazano taryfę -0,5. Oznacza to, że uwzględniono dane z załącznika do Obwieszczenia Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 roku, a nie tego wskazanego w projekcie z dnia 17 grudnia 2015 roku, gdzie wskaźnik był wyższy i wynosił 0,75.

Wobec przyjętego przez NFZ rozwiązania wskaźnik nadal pozostaje na poziomie obowiązującym aktualnie. Pod tabelą w załączniku nr 1 znajduje się informacja, że „zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy taryfa obowiązuje od 1 stycznia 2017 r.” —jest to nielogiczne.

Pragnę zwrócić uwagę na fakt, że Obwieszczenie Prezesa AOTMiT oraz zarządzenie Prezesa NFZ wydane są tego samego dnia, czyli 29 czerwca 2016 roku, czy wobec tego należy uważać że

dane te były uzgodnione telefonicznie. Innego chyba wytłumaczenia nie może być, bo proces przygotowania założeń oraz dokumentu potrzebuje określonego czasu. Ponadto zmiana tak ważnego dokumentu, który stanowi o finansowa-

niu świadczenia w wersji ostatecznej jest nieuczciwa, gdyż opiniowaliśmy projekt w oparciu o inne podstawy finansowe.

W związku z powyższym, jeszcze raz proszę o podjęcie pilnych działań w celu wyjaśnienia powyższej kwestii i przy-

wrócenia proponowanego w projekcie wskaźnika 0,75 od dnia 1 stycznia 2017 roku.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Zofia Małas

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA
CENTRALA W WARSZAWIE
DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 18 lipca 2016 r. znak: NPiP-NRPiP-DM.0025.127.2016 w sprawie taryfy w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej, określonej w przepisach Zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r., proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Jak słusznie Pani zauważyła, w projekcie zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, które zostało udostępnione do konsultacji społecznych na stronie internetowej Funduszu w dniu 13 czerwca 2016 r., w zakresie świadczenia: pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, fak-

tycznie określona została taryfa jako 0,75 punktu z odnośnikiem, że taryfę uwzględniono na podstawie Obwieszczenia Presa AOTMiT z dnia 17 grudnia 2015 r.

Natomiast w Zarządzeniu Nr 60/DSOZ/2016 Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej, w zakresie świadczenia: pielęgnarska opieka długoterminowa domowa, dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania, określona została taryfa jako 0,5 punktu z odnośnikiem, że taryfę uwzględniono na podstawie Obwieszczenia Presa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. Mając powyższe na względzie uprzejmie informuję, że nie jest możliwe uwzględnienie w przepi-

sach ww. zarządzenia, taryfy obwieszczonej przez AOTMiT w grudniu 2015 r.

Dodatkowo informuję, że koszt świadczenia bazowego oszacowany przez AOTMiT, który zawarty jest w Obwieszczeniu z dnia 29 czerwca 2016 r. jest wyższy niż oszacowany w 2015 r. Tak więc cena za osobodzień za świadczenia realizowane w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej dla pacjentów zamieszkałych pod jednym adresem oraz dla zamieszkałych pod różnymi adresami, jest wyższa niż ma to miejsce obecnie.

Z poważaniem

*Zastępca Dyrektora
Departamentu Świadczeń*

*Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia
Leszek Szalak*

PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Warszawa, 4.08.2016 r.

Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty, które zostało przygotowane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych, ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581,

z późn. zm.) oraz art. 48 ust. 2a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), określa się zasady postępowania przy uzyskaniu uprawnień/do pobierania numerów recept, przez osoby uprawnione na mocy ustawy - z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie

zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991).

Na mocy obowiązujących przepisów dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są zobowiązani do nadawania unikalnych numerów identyfikujących recepty. Zadanie to jest realizowane z wykorzystaniem systemów informatycznych Funduszu poprzez Portal NFZ3 zgodnie z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniającym za-

rządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pielęgniarki i położne zamierzające wystawiać recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne oraz zlecenia na wyroby medyczne w trybie indywidualnym (w ramach praktyk zawodowych/pro familia/pro auctore) po wypełnieniu Wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept oraz Wniosku o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ, są zobowiązane do zgłoszenia się do właściwego terytorialnie oddziału wojewódzkiego NFZ, w celu przedłożenia właściwych dokumentów oraz potwierdzenia tożsamości osoby uprawnionej do wystawiania recept.

Wychodząc naprzeciw potrzebom pielęgniarek i położnych, wnioski będą mo-

gły być złożone do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia drogą elektroniczną, jeśli wniosek będzie złożony za pośrednictwem platformy ePUAP lub wnioski będzie prawidłowo podpisany podpisem elektronicznym. Funkcjonalności takie zostaną udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w najbliższym czasie.

Dla osób uprawnionych które ubiegają się o uprawnienie do pobierania unikalnych numerów Identyfikujących recepty z wykorzystaniem Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na stronach internetowych wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ, został umieszczony Komunikat, który ułatwia i szczegółowo wskazuje sposób postępowania pielęgniarek i położnych w tym obszarze.

Mając na względzie szeroki zakres informacji związanych z omawianym procesem dostępu do uzyskania upraw-

nienia do pobierania unikalnych, identyfikujących numerów recept dla pielęgniarek i położnych, w załączeniu przekazuję „Komunikat dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych w sprawie ubiegania się o nadanie numerów recept z wykorzystaniem Portalu NFZ”, z nadzieją na dobrą i owocną współpracę, zarówno na szczeblu centralnym jak i wojewódzkim w tym zakresie.

Z poważaniem

*Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Finansowych
Maciej Miłkowski*

Komunikat dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych w sprawie ubiegania się o nadanie numerów recept z wykorzystaniem Portalu NFZ

Komunikat skierowany jest do osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, z wyłączeniem lekarzy/lekarzy dentyistów/felczyerów ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarek/położnych ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej osobami uprawnionymi do wystawiania recept.

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że od początku sierpnia br. osoby uprawnione do wystawiania recept mogą uzyskać uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane na podstawie wniosku w postaci papierowej oraz w postaci elektronicznej, przekazywanego do właściwego oddziału Funduszu za pośrednictwem Portalu Personelu i Portalu Personelu-SNRL.

Udostępnione i zmodyfikowane aplikacje informatyczne z nową funkcjonalnością stanowią część Portalu NFZ i są dedykowane głównie dla pracowników medycznych.

Aplikacje informatyczne będą umożliwiały osobom uprawnionym do wystawiania recept:

- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o utrzymanie uprawnień do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept, które wygasają z dniem 31 grudnia 2016 r.,

- przygotowanie i wydrukowanie oświadczenia o rozwiązaniu umowy, upoważniającej do wystawiania recept z jednoczesnym wnioskiem o utrzymanie, bądź nie, dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnień do pobierania numerów recept po rozwiązaniu umowy upoważniającej,

- przekazanie w postaci elektronicznej wniosku o aktualizację danych,

- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o dostęp do Portalu Personelu,

- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane,

- pobieranie puli numerów recept na leki refundowane.

PODSTAWY PRAWNE;

1. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 poz. 45.271 z późn. zm.);

2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);

3. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652);

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich, (Dz. U. z 2016 poz. 62);

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz. U. z 2015 poz. 1971);

6. Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia;

7. Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE DLA OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYSTAWIANIA RECEPT

Wszystkie osoby uprawnione do wystawiania recept powinny zapoznać się z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza „Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych” oraz wzór wniosku o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ.

Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. określa tryb i sposób nadawania numerów recept oraz tryb uzyskiwania uprawnienia do pobierania numerów recept po zniesieniu obowiązku zawierania umów upoważniających do wystawiania recept.

I. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL, będą miały możliwość z wykorzystaniem Portalu Personelu przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wniosek o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym

unikalnych numerów identyfikujących recepty.

W ślad za przekazaniem wersji elektronicznej wniosku o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept należy wysłać lub przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu podpisany wniosek w postaci papierowej. Złożenie wniosku w postaci papierowej we właściwym oddziale Funduszu umożliwi utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept.

Przypominamy, że termin wygaśnięcia umów upoważniających upływa z dniem 31 grudnia 2016 r. Przekazywanie wniosków będzie możliwe z początkiem sierpnia br.

Zaleca się jak najszybsze przekazanie wniosków w postaci papierowej i elektronicznej, gdyż z dniem 1 stycznia 2017 r., w sytuacji nieprzekazania tego wniosku, uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną automatycznie odebrane,

Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 5, 6 i 7 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym do wystawiania recept unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do Portalu NFZ będą miały również możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w Portalu Personelu wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej,

II. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do Portalu NFZ i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną

umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do Portalu NFZ i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept mogą ubiegać się o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ zgodnie z trybem i w sposób określony w Regulaminie korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zmienionego zarządzeniem Nr 15/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2010 r., zarządzeniem Nr 95/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2011 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r.

Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ przez pracowników medycznych, od dnia wejścia w życie tego zarządzenia nie wymaga podpisania umowy upoważniającej do korzystania z tego portalu. Wystarczającą będzie akceptacja „Regulaminu korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych”.

III. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozwiązać umowę upoważniającą do wystawiania recept i mają konta w Portalu NFZ.

W przypadku, gdy osoba uprawniona do wystawiania recept nosi się z zamiarem rozwiązania umowy upoważniającej do wystawiania recept przed ustawowym terminem jej wygaśnięcia, z początkiem sierpnia br. będzie mogła za pośrednictwem Portalu Personelu, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu oświadczenie o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Składając takie oświadczenie należy jednocześnie zadeklarować chęć utrzymania dostępu do Portalu NFZ i uprawnienia do pobierania numerów recept na

leki refundowane albo złożyć rezygnację z tych uprawnień.

Oświadczenie w postaci papierowej należy złożyć lub wysłać do właściwego oddziału Funduszu. Od dnia wpływu oświadczenia w postaci papierowej do właściwego oddziału Funduszu obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia umowy. Po jego zakończeniu uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną utrzymane lub automatycznie anulowane, w zależności od złożonej w oświadczeniu deklaracji. Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 1-4 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają utrzymać uprawnienia do pobierania numerów recept będą miały możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w Portalu Personelu wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego OW NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej.

IV. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które po raz pierwszy zwracają się do Funduszu o na-

danie numerów recept i nie mają konta w Portalu NFZ.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozpocząć wystawianie recept na leki refundowane z początkiem sierpnia br. będą miały możliwość, za pośrednictwem Portalu Personelu, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty. Wymaga to posiadania aktywnego dostępu do Portalu NFZ. W związku z tym konieczne jest złożenie wcześniej wniosku o dostęp do Portalu NFZ.

Oba wnioski w postaci papierowej należy przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu. Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnienia do pobierania numerów recept wymaga potwierdzenia tożsamości w trakcie jednorazowej wizyty we właściwym OW NFZ w chwili składania wniosków.

Szczegółowy tryb postępowania i zasady nadawania numerów recept oraz uprawnienia do pobierania numerów recept z wykorzystaniem Portalu Personelu określa w szczególności rozdział 2 i 3

Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Szczegółowy tryb uzyskiwania dostępu do Portalu NFZ określa Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia zmienionego Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ.

V. Osoby uprawnione do wystawiania recept, wystawiające recepty pro auctore i pro familiae, które nie mają możliwości korzystania z Portalu NFZ.

W szczególnych przypadkach, uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept przez osoby wystawiające wyłącznie recepty pro auctore i pro familiae będzie możliwe bezpośrednio w oddziale Funduszu, na podstawie złożonych dokumentów: wyłącznie w postaci papierowej.

W szczególnych przypadkach dopuszcza się nadawanie numerów recept tym osobom przez dyrektora oddziału Funduszu, z wykorzystaniem systemu informatycznego oddziału Funduszu w miejscu wskazanym przez dyrektora oddziału NFZ.



STANOWISKO

z dnia 19 lipca 2016 r.

w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych /technikach

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających m.in.

na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych oraz uruchomienia dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki przedkładamy stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce

oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dla podejmowania przez rząd zamierzeń dotyczących zmiany standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki.

Pielęgniarstwo współcześnie to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dlatego też działania prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami całego środowiska.

W Polsce już w okresie międzywojennym wypracowano i wdrożono międzynarodowe standardy kształcenia pielęgniarek zapoczątkowane w 1911 roku w Krakowie w ramach utworzonej Szkoły Pielęgniarstwa, która została przekształcona w roku 1925 w Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Obecne Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko dentystrycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U z 2012 r., poz 631) stanowią, że:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,
- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

Mając na uwadze powyższe podkreślamy zasadność i racjonalność utrzymania

aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia.

Na poziomie europejskim działania na rzecz zagwarantowania bezpiecznych dla odbiorców standardów kształcenia pielęgniarek były i są prowadzone przez następujące organizacje międzynarodowe:

1. Rada Europejska - Europejskie Porozumienie w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. z 1996 r., Nr 83, poz. 384), ratyfikowane przez Rząd Polski w lipcu 1996 r.

2. EEC/Komisja Europejska - standaryzacja i harmonizacja kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki poprzez Dyrektywy Sektorowe - 77/452/EEC; 77/453/EEC oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady: 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. UE L 354 z 28.12.2013 r., str. 132).

3. Światowa Organizacja Zdrowia - rekomendacje i rezolucje dotyczące kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki: Deklaracja Wiedeńska 1988 r.; Rezolucja WHO z maja 1992 r. - WHA 45.5.; Europejska Strategia WHO w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych - maj 1999 r.; Deklaracja Monachijska z czerwca 2000 r. ws. Pielęgniarstwa; Rezolucja WHO z maja 2001 r. - WHA 54.12 oraz inne dokumenty.

Polska przyjęła, zobowiązała się do przestrzegania oraz wdrożyła do własnego systemu prawnego wszystkie z powyższych standardów i norm prawnych, a proponowane przez obecny Rząd zmiany stanowiłyby naruszenie przyjętych zobowiązań.

Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono w formie kursów kształcenie dające uprawnienia asystentki bądź pielęgniarki, a w odniesieniu do zawodu lekarza podjęto kształcenie felczerów. Wdrożenie pla-

nowanych obecnie przez rząd zmian w kształceniu pielęgniarek byłoby powrotem do ówczesnych rozwiązań czyli lat 50 i 60 - tych i to jedynie w bloku wschodnim.

Przeniesienie kształcenia w zawodach medycznych na poziom szkolnictwa pomaturalnego i wyższego zostało uwarunkowane koniecznością ochrony osób niepełnoletnich, podejmujących naukę zawodu poniżej 18 r.ż. przed ryzykiem zdrowotnym i odpowiedzialnością prawną, podczas zajęć w placówkach medycznych. Działanie to stanowiło także ochronę bezpieczeństwa odbiorców świadczeń zdrowotnych czyli pacjentów (wymogi Rady Europy i WHO). Jako przedstawiciele środowiska zawodowego nie znajdujemy żadnych argumentów dla reaktywowania po dwudziestu latach, powojennych standardów w obecnych uwarunkowaniach społecznych, prawnych i politycznych.

Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym kraju czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi tworzą zapotrzebowanie na:

- kształcenie pielęgniarek przygotowywanych do samodzielnej roli w zakresie udzielania świadczeń profilaktycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych, edukacyjnych i zarządczych, które można uzyskać wyłącznie w systemie kształcenia uniwersyteckiego zgodnie z obowiązującym standardami krajowymi i międzynarodowymi.
- zapewnienie dla potrzeb społeczeństwa a także wsparcia pielęgniarek, większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze (nie posiadającego uprawnień pielęgniarki, takich jak opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej itp.).

Jako organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat apelujemy do rządu i parlamentu wnioskując o podjęcie pilnych działań systemowych na rzecz wzmocnienia pielęgniarstwa i poprawy atrakcyjności wykonywania naszych zawodów w Polsce. Działania te nie mogą jednak polegać na obniżaniu standardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnoszą o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwu-

stopniowego pielęgniarek i położnych (licencjat i magister) oraz określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

Prezes ZG PTP
Grażyna Wójcik
Prezes NRPiP
Zofia Małaś
Przewodnicząca ZK OZZPiP
Lucyna Dargielewicz



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

Krosno, dnia 27 czerwca 2016 r.

Stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 czerwca 2016 r.

w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczących wprowadzenia zmian w obszarze kształcenia w zawodzie pielęgniarki zmierzających do przywrócenia nauczania na poziomie Liceów Medycznych

skierowane do:

1. Minister Zdrowia
2. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w związku z licznymi informacjami dotyczącymi zmian kształcenia w zawodzie pielęgniarki i położnej, zmierzającymi do przywró-

cenia nauczania na poziomie Liceów Medycznych, wyraża zdecydowany sprzeciw co do tego rodzaju działań.

W ocenie Prezydium funkcjonujący obecnie system kształcenia pielęgniarek i położnych został dostosowany do wymagań Unii Europejskiej, a kształcenie pielęgniarek i położnych na poziomie wyższych studiów zawodowych oraz uzupełniających studiów magisterskich stanowi istotne osiągnięcie. Należy podkreślić, że absolwenci tych kierunków są dobrze przygotowani do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Nie bez znaczenia jest również fakt, że poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych jest bardzo istotnym czynnikiem wpływającym na bezpieczeństwo objętych opieką pacjentów.

Proponowane zmiany nie spowodują podniesienia prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej i w konsekwencji będą skutkować zmniejszeniem ich liczby w ochronie zdrowia.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Krośnie
mgr Renata Michalska

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych
PP-WPS.0762.13.2016

Warszawa, 23.08.2016 r.

Pani Renata Michalska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca,
W odpowiedzi pismo z dnia 16.08.2016 r., znak: IOPiP.0012.27.2016, przekazujące stanowisko Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczących wprowadzenia zmian w obszarze kształcenia w zawodzie pielęgniarki zmierzających do przywrócenia nauczania na poziomie liceów medycznych, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

W związku z występującym na rynku brakiem pielęgniarek i niepokojącymi prognozami dotyczącymi przyszłości tego zawodu oraz mając na uwadze fakt, że jednym z istotnych problemów

ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem - Ministerstwo Zdrowia w ramach prac nad nową Strategią Odpowiedzialnego Rozwoju planuje rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie deficytu kadr medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych, Minister Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek. Zmiany te polegałyby na uruchomieniu drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarki w formie

liceów medycznych oraz ewentualnym uruchomieniu kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki na poziomie średnim, stanowiącego wsparcie dla pacjentów niesamodzielnych oraz personelu pielęgniarskiego. Taki system edukacji na poziomie średnim działa w niektórych krajach Unii Europejskiej. Jednocześnie podkreślić należy, że kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia, będzie prowadzone równoległe, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

W związku z powyższym w dniu 15 czerwca br. Minister Zdrowia zwrócił się z prośbą do wojewodów o analizę za-

potrzebowania na kształcenie w zawodach: pielęgniarki i asystenta pielęgniarki w liceach medycznych i medycznych szkołach zawodowych oraz ocenę zainteresowania prowadzeniem tego typu kształcenia w oparciu o istniejącą bazę medycznego średniego szkolnictwa zawodowego. Na podstawie przekazanych informacji z 16 województw sformułowano następujące wnioski. W 12 województwach, w których przeprowadzono badanie ankietowe stwierdzono zainteresowanie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych kształceniem w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki na poziomie średnim (w 4 województwach nie przeprowadzono ankiety z uwagi na zakończenie roku szkolnego). Województwa dysponują odpowiednią bazą dydaktyczną do kształcenia w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki (8 województw przekazało informację o szkołach zainteresowanych podjęciem kształcenia w ww. zawodach). Jednostki szkolące podkreślają również coraz większe zainteresowanie kształceniem zawodowym na poziomie średnim, ponieważ stworzy ono możliwość szybszego zaspakajania potrzeb rynku pracy.

Należy jednocześnie podkreślić, że Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa, jest za wprowadzeniem do systemu osób o niższych kwalifikacjach zawodowych np. asystentów pielęgniarek, które wykonywałyby czynności podstawowe i nie pielęgniarские, aby zmniejszyć obciążenie pracą pielęgniarek i poprawić bezpieczeństwo pracy i jakość opieki. Podobne stanowisko wyraził Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, w którego opinii zasadne jest wprowadzenie do systemu zawodu asystentki pielęgniarskiej, co poprawiłoby jakość opieki, zwiększyło liczbę osób sprawujących opiekę nad pacjentami, wykorzystany byłby potencjał i kompetencje, a koszty działalności byłyby zrjonalizowane.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w chwili obecnej w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest szczegółowa analiza dotycząca wprowadzenia przedstawionych powyżej rozwiązań w systemie kształcenia pielęgniarek, a następnie rozważona będzie decyzja w przedmiotowej sprawie. Ponadto prowadzony jest dialog z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopol-

skim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych w zakresie planowanych zmian oraz konsultacje robocze z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych w celu zapewnienia zgodności proponowanego systemu kształcenia z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (rozporządzenie w sprawie IMI).

Podsumowując, prace nad ewentualnymi zmianami w systemie kształcenia trwają, żadne ostateczne decyzje jeszcze nie zapadły, a opinia przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych zostanie wzięta pod uwagę w dalszych pracach prowadzonych w przedmiotowym zakresie.

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



POSEŁ NA SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
dr Piotr Uruski

Sanok, dnia 24.06.2016r.

Sz. P. Konstanty Radziwiłł Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze! Interpelacja w sprawie proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Do mojego biura poselskiego zgłosiły się osoby reprezentujące Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, które w imieniu pielęgniarek i położnych rodzinnych prowadzących NZOZ-y, indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarские na terenie województwa podkarpackiego będących członkami Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, Krośnie i Przeworsku. Zwróciły uwagę na sprawy dotyczące proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Proponowane od początku 2016 roku działania Ministra Zdrowia zmierzające do stworzenia tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej mogą ograniczyć dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych i leczniczych wykonywanych przez pielęgniarkę i położną w domu pacjenta, co będzie ich zdaniem skutkowało dłuższym powrotem do zdrowia, powikłaniami i w konsekwencji może wzrosnąć ilość hospitalizacji osób w podeszłym wieku. Takie działania mogą wyrządzić wielką szkodę i wywołać negatywne skutki dla pacjentów. Ponadto w dużej mierze zagrożą samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Liczący 17 osób Zespół ds. POZ, powołany przez obecnego Ministra Zdrowia, który w większości składa się z lekarzy tzw. „Porozumienia Zielonogórskiego”,

realizując dążenia tej wąskiej grupy zawodowej i nie uwzględniając licznych i słusznych wniosków środowiska pielęgniarek i położnych rodzinnych miał na celu opracowanie propozycji założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Obecnie po wielu interwencjach w skład zespołu włączono dwie przedstawicielki reprezentujące Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Forsowany kierunek zmian, według którego lekarz byłby koordynatorem podstawowej opieki zdrowotnej a także tworzyły z pielęgniarką i położną wspólne listy kontraktowania (lekarzkiej z pielęgniarской), jest bardzo krytycznie oceniony nie tylko przez same pielęgniarki i położne rodzinne, Naczelną Radę Pielęgniarek

i Położnych, przedstawicieli środowisk akademickich czy lekarzy rodzinnych niezrzeszonych w tzw. „Porozumieniu Zielonogórskim”, ale przede wszystkim przez naszych pacjentów. Pielęgniarki i położne, które założyły samodzielnie działające podmioty lecznicze tj. NZOZ- y i praktyki zawodowe zyskały w oczach pacjentów uznanie i szacunek oraz w istotny sposób przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia naszego społeczeństwa. Zaproponowane zmiany dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej mogą odbić się negatywnie na zdrowiu pacjentów, pogarszając dostępność do świadczeń pielęgniarki/położnej rodzinnej a zarazem obniżając ich jakość.

Reprezentując środowisko pielęgniarek i położnych, pielęgniarki uważają, że kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien przede wszystkim uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Dotychczasowy sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych sprawdził się i gwarantował pacjentom wysoką jakość świadczonych usług a przyjęte rozwiązania w zakresie kon-

traktowania świadczeń, pozwalają na równych zasadach funkcjonować różnym podmiotom leczniczym, tworzą dobre i skuteczne zasady współpracy pomiędzy różnymi zawodami medycznymi, współdziałającymi ze sobą na rzecz pacjenta. Samodzielnie kontraktujące pielęgniarki są niekiedy chętniej wybierane przez pacjentów, niż zatrudnione w praktykach lekarskich. Niepokoi również fakt, iż w proponowanym obecnie kierunku zmian w podstawowej opiece zdrowotnej promocja zdrowia traktowana jest marginalnie, a przecież jest ona możliwa do realizacji właśnie przez pielęgniarki i położne.

Proponowany kształt zmian, tworzenie wspólnych list pacjentów przez lekarza i pielęgniarkę jest nie tylko łamaniem zasady wolnego wyboru personelu, ale przede wszystkim świadczy o traktowaniu pacjenta i stanowi zaprzeczenie poszanowania godności osobistej pacjenta. Pragnę zwrócić uwagę, że propozycja wspólnego kontraktowania wszystkich zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę - lekarza, i obligatoryjna jed-

na wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z Kartą Praw Pacjenta, która określa prawo pacjenta do wyboru lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego.

Zaproponowane przez Ministra Zdrowia rozwiązania w istotny sposób naruszają samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych zagwarantowaną w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra z zapytaniem:

1. Czy Minister Zdrowia uszanuje prawa Pacjenta dając im gwarancje swobodnego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej, równocześnie zapewniając tworzenie odrębnych list wyboru i odrębne wzory deklaracji wyboru dla pacjenta?

2. Czy Minister Zdrowia zapewni możliwość odrębnego kontraktowania zakresów świadczeń lekarza, pielęgniarki i położnej zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej?

*Z poważaniem,
Poseł na Sejm RP
dr Piotr Uruski*

POSEŁ NA SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
dr Piotr Uruski

Sanok, dnia 25.07.2016r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowne Panie!

W załączeniu przesyłam odpowiedź na interpelację poselską z dnia

23.06.2016 r. skierowaną do Ministra Zdrowia.

*Z poważaniem
Poseł Rzeczypospolitej Polskiej
dr. Piotr Uruski*

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 20-07-2016 r.

Pan Marek Kuchciński Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

W związku z interpelacją Pana Piotra Uruskiego, nr 4376, w sprawie proponowanych przez Ministra Zdrowia zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, przekazaną przy piśmie Pani Barbary Dolniak, Wicemarszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 4 lipca 2016 r., uprzejmie proszę, o przyjęcie poniższego.

W pierwszej kolejności pozwolę sobie zauważyć, iż w trosce o zapewnienie skutecznej, bezpiecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej, w dniu 4 stycznia 2016 r. Minister Zdrowia powołał zespół roboczy, którego celem było wypracowanie strategii rozwiązań systemowych

w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W skład zespołu weszli przedstawiciele wielu środowisk działających w obszarze medycyny rodzinnej w Polsce, w tym lekarzy praktyków, środowiska pielęgniarek i położnych (5 przedstawicieli) oraz środowiska pacjenckiego.

Jednocześnie, uprzejmie informuję, iż zespół zakończył swoje prace z dniem 30 czerwca 2016 r. Aktualnie w resorcie zdrowia prowadzone są prace nad projektem założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, który docelowo zostanie poddany szerokim uzgodnieniom i konsultacjom publicz-

nym, w tym ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Na marginesie powyższego pragnę zapewnić, iż wszelkie działania Ministra Zdrowia mają na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego, jak również właściwej organizacji opieki nad pacjentem, z poszanowaniem prawa świadczeniobiorcy do wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

*Z poważaniem
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Piotr Warczyński*

**Szanowny Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia**

Interpelacja

Działając na podstawie ustawy o wykonywaniu mandatu posła i senatora art. 14 ust. 1 pkt 7 z dnia 9 maja 1996 r. (Dz. U. 1996 nr 73 poz. 350 z późn. zm.) oraz art. 191-193 Regulaminy Sejmu (MP 2009 nr 5 poz. 47) zwracam się do Pana Ministra w sprawie zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

Szanowny Panie Ministrze,

Proponowane zmiany zmierzające do stworzenia tzw. koordynowanej opieki zdrowotnej ograniczą dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych i leczniczych wykonywanych przez pielęgniarkę i położną w domu pacjenta, co będzie skutkowało dłuższym powrotem do zdrowia, powikłaniami i w konsekwencji wzrosnie ilość hospitalizacji osób w podeszłym wieku. Takie działania wyrządzą wielką szkodę i wywołają negatywne skutki dla pacjentów. Ponadto w dużej mierze zagrożą samodzielności zawodowej pielęgniarek.

Zespół ds. POZ, powołany przez Pana Ministra, składa się w większości z lekarzy tzw. „Porozumienia Zielonogórskiego”, realizując przy tym dążenia wąskiej grupy zawodowej nie uwzględniając licznych i słusznych wniosków środowiska pielęgniarek i położnych rodzinnych miał na celu opracowanie propozycji założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Po wielu interwencjach w skład zespołu włączono dwie przedstawicielki reprezentujące Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych oraz Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Kierunek zmian, według których lekarz byłby koordynatorem podstawowej opieki zdrowotnej, a także tworzyłyby z pielęgniarką i położną wspólne listy kontraktowania, jest bardzo krytycznie oceniona przez środowisko pielęgniarskie, akademickie, niezrzeszonych lekarzy rodzinnych w tzw. „Porozumieniu Zielonogórskim”, ale przede wszystkim przez naszych pacjentów. Pielęgniarki i położne działające samodzielnie w tzw. NZOZ-ach zyskały w oczach pacjentów uznanie i szacunek oraz w istotny, bezpośredni sposób przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia naszego społeczeństwa. Zmiany proponowane przez Ministerstwo Zdrowia mogą negatywnie odbić się na zdrowiu pacjentów pogarszając dostępność do świadczeń pielęgniarki i położnej rodzinnej, obniżając tym samym ich jakość.

Kierunek zmian w podstawowej opiece zdrowotnej powinien przede wszystkim uwzględniać interes pacjenta jako świadczeniobiorcy. Dotychczasowy sposób kontraktowania świadczeń zdrowotnych sprawdził się i gwarantował pacjentom wysoką jakość świadczonych usług, a przyjęte rozwiązania w zakresie kontraktowania świadczeń, pozwalają na równych zasadach funkcjonować różnym podmiotom leczniczym, tworzą dobre i skuteczne zasady współpracy pomiędzy różnymi zawodami medycznymi, współdziałającymi ze sobą na rzecz pacjenta. Samodzielnie kontraktujące pielęgniarki są niekiedy

chętniej wybierane przez pacjentów, niż zatrudnione w praktykach lekarskich.

Proponowany kształt zmian, tworzenie wspólnych list pacjentów przez lekarza i pielęgniarkę jest nie tylko łamaniem zasady wolnego personelu, ale przede wszystkim świadczy o traktowaniu pacjenta i stanowi zaprzeczenie poszanowania godności osobistej pacjenta. Propozycja wspólnego kontraktowania wszystkich zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę – lekarza – i obligatoryjna jedna wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z Kartą praw pacjenta, która określa prawo pacjenta do wyboru lekarzy, pielęgniarek i położnych ubezpieczenia zdrowotnego. Proponowane zmiany w istotny sposób naruszają samodzielność zawodową pielęgniarek i położnych zagwarantowaną w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

Mając na uwadze powyższe zwracam się do Pana Ministra z pytaniami:

1) W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia zapewni pacjentom właściwy dostęp do świadczeń pielęgnacyjnych i leczniczych?

2) Czy Ministerstwo Zdrowia nie obawia się obniżenia jakości świadczeń po wprowadzeniu proponowanych zmian?

3) Czy Ministerstwo Zdrowia planuje zmianę Karty Praw Pacjenta?

*Z poważaniem,
Joanna Frydrych
Poseł na Sejm RP*

**Szanowny Pan Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu RP**

Szanowny Panie Marszałku,

Na podstawie art. 191-193 Regulaminu Sejmu proszę o przekazanie Panu Konstantemu Radziwiłłowi, Ministrowi

Zdrowia interpelacji poselskiej w sprawie: zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej.

*Z poważaniem,
Joanna Frydrych
Poseł na Sejm RP*

OZG.070.60.2016.2016

Warszawa, 05-08-2016 r.

Pan Marek Kuchciński **Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku,

W odpowiedzi na interpelację nr 4606, Pani Joanny Frydrych, Posła na Sejm RP, w sprawie zmian w sposobie organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Minister Zdrowia, zarządzeniem z dnia 4 stycznia 2016 roku, powołał Zespół, którego celem było wypracowanie strategii rozwiązań systemowych. W skład zespołu weszli przedstawiciele środowisk działających w obszarze medycyny rodzinnej w Polsce, w tym środowiska lekarzy praktyków, pielęgniarek i położnych (5 przedstawicieli) oraz środowiska pacjenckiego. Zespół zakończył swoje prace z dniem 30 czerwca 2016 roku.

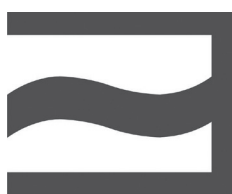
Wynikiem prac Zespołu jest dokument określający zadania podstawowej opieki zdrowotnej oraz zawierający ocenę stanu opieki podstawowej w Polsce, poprzedzoną wielokierunkową analizą słabych i mocnych stron oraz jej szans i zagrożeń. Kluczową część dokumentu stanowią priorytety strategii zmian w POZ.

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad projektem założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej. Przygotowanie i wprowadzenie rozwiązań prawnych w przedmiotowym zakresie pozwoli na zdefiniowanie roli i miejsca opieki podstawowej w systemie ochrony zdrowia oraz umożliwi stałą poprawę jej organizacji i funkcjonowania. Ustawa wzmocni tę część systemu oraz

stworzy warunki do zwiększenia efektywności opieki podstawowej. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż przedmiotowy projekt założeń docelowo zostanie poddany szerokim uzgodnieniom i konsultacjom publicznym, w tym ze środowiskiem pielęgniarek i położnych.

Ponadto pozwolę sobie zapewnić, iż wszelkie działania Ministra Zdrowia mają na celu przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta, w tym właściwej organizacji opieki nad pacjentem.

Z poważaniem
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Piotr Warczyński



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

NRPIP o proponowanych zmianach w POZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielkim niepokojem przyjmuje brak jakiegokolwiek aktywności Ministra Zdrowia w kontekście przedstawionych w marcu i kwietniu br. zastrzeżeń, które Rada zgłosiła po zapoznaniu się z dokumentem „Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych”. Niepokój środowiska Pielęgniarek i Położnych budzi także informacja, że z ustawy o działalności POZ wyłączone zostaną świadczenia wykonywane przez pielęgniarki szkolne.

W dniu 28.06. br. zebrał się Zespół ds. podstawowej opieki zdrowotnej przy NRPIP. Celem spotkania była analiza ZARZĄDZENIA Nr 50/2016/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU

ZDROWIA z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowanie strategii - standardu opieki pielęgniarki szkolnej. Jak poinformowała dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ Beata Cholewka, podczas III posiedzenia NRPIP, które odbyło się dnia 23.06. br, z ustawy tej wyłączone zostaną pielęgniarki szkolne. Ich kompetencje i zakres działań ma regulować odrębna ustawa.

Tymczasem 30 czerwca 2016 roku upływa termin konsultacji społecznych dotyczących propozycji Ministerstwa Zdrowia. Dokument ten stanowi podstawę do opracowania nowej ustawy

o funkcjonowaniu POZ. Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zespole pracującym nad tym dokumentem złożył odrębne stanowisko, w którym zawarł zastrzeżenia NRPIP

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych **nie wyraża zgody** na:

1. zapis umożliwiający tworzenie zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej. NRPIP uważa, że zaproponowane w projekcie rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej, a w konsekwencji samodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe;

2. wprowadzenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i po-

łożnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy, a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;

3. wspólnego finansowania świadczeń w zakresie lekarza, pielęgniarki i położnej. NRPiP stoi na stanowisku, że osobne finansowanie jest bardziej transparentne.

Jednocześnie NRPiP zwraca uwagę, że w „Analizie” nie zakłada umiejscowienia w systemie pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki i pielęgniarki szkolnej. NRPiP postuluje powrót do przywrócenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki praktyki. Prawidłowo zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundament całego systemu, dlatego tak ważne jest przyjęcie rozwiązań zapewniających jej sprawne funkcjonowanie. Określenie

roli i miejsca pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki, pielęgniarki szkolnej oraz położnej środowiskowej ma tu kluczowe znaczenie, dlatego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się rzeczywistego dialogu i spełnienia obietnic, jakie w tym zakresie złożył kilka miesięcy wcześniej Minister Zdrowia.

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*



OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
38-400 Krośno, ul. Bieszczadzka 5, tel. fax. (0-13) 43 694 60

Krośno, dnia 1 lipca 2016 r.

Komunikat

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie informuje, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem Nr 50 z dnia 27 czerwca 2016 r. określił warunki zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W przyjętym zarządzeniu zaplanowano wzrost finansowania świadczeń lekarza POZ dla populacji w grupach wiekowych 40-65 rok życia i powyżej 65 lat.

W związku z powyższym przypominamy, że stosownie do uzasadnienia do projektu powołanego powyżej zarządzenia, wzrost finansowania świadczeń podyktowany był między innymi potrzebą zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń od dnia 1 września 2016 roku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”.

Wprowadzone rozwiązania umożliwiają zatem wzrost wynagrodzeń

dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień lekarza POZ.

*Przewodnicząca ORPiP
w Krośnie
Renata Michalska*

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

16-08-2016

Komunikat DSOZ

Komunikat w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej.

W związku z opublikowanym 27 czerwca br. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, co następuje.

Z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu z 1,12 na 1,18, a począwszy od września 2016 r. na 1,2, wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitałową przypisaną w warunkach rozliczania świadczeń lekarza POZ, do grupy świadczeniobiorców w wieku od 40 do 65 roku życia.

Celem wzrostu jest między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, uczestniczących

w realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, w szczególności jako personel prowadzonych gabinetów zabiegowych i punktów szczepień.

Dokonana zmiana zgodna jest z treścią Porozumień zawartych z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumieniem Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i stanowi realizację postulatów przedstawicieli ww. organizacji świadczeniodawców, a tak-

że środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, o zapewnienie przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości ww. współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną w finansowaniu świadczeń lekarza POZ, do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wy-

nagrodzeń pielęgniarek i położnych „praktyk lekarskich”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Informuje jednocześnie, że wykorzystanie wskazanych wyżej środków przez świadczeniodawców zgodnie z celem, na jaki zostały przekazane będzie przedmiotem zainteresowania Funduszu.

źródło - Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
OKRĘGOWA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5
OIPiP.0015.172.2016

Krosno, dnia 24 sierpnia 2016 r.

Pani/Pan
Dyrektor/Kierownik
Zakładu Opieki Zdrowotnej funkcjonującego na terenie działania
OIPiP w Krośnie
i realizujący świadczenia opieki zdrowotnej
w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

Szanowna Pani,
Szanowny Panie,

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zwracam się do Pani/Pana Dyrektora/Kierownika o podjęcie działań mających na celu zwiększenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

W 2015 roku wprowadzono regulacje umożliwiające wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych. Intencją osób reprezentujących środowisko pielęgniarek i położnych, tj. przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych było uzyskanie wzrostu wynagrodzeń dla wszystkich pielęgniarek i położnych, bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Pielęgniarki i położne realizujące świadczenia w gabinetach zabiegowych, czy punktach szczepień są osobami wykonującymi czynności z zakresu świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ich pracodawcą jest świadczeniodawca kontraktujący świadczenia lekarza POZ.

Dotychczas obowiązujące regulacje prawne nie obejmują wzrostem wynagrodzenia w/w grupy. Już na początku roku 2016 Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, a także Ogólnopolski Związek Zawodowy przedłożył stosow-

ne wnioski i apele do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zapewnienia wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych pielęgniarek i położnych, tym którym rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarówno z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie gwarantują podwyżki.

Ministerstwo Zdrowia w odpowiedzi na liczne zapytania samorządu zawodowego wskazuje, 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. W ocenie Ministerstwa Zdrowia świadczeniodawcy POZ, będący pracodawcami pielęgniarek i położnych, pracujących w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień, mogą w ramach uzyskanych środków dokonać zwiększenia wynagrodzenia.

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, w którym zawarty jest 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. zwiększeniu uległa wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitacyjną z 1,12 na 1,18, a począwszy od 1 września 2016 r. na 1,2. Z treści uzasadnienia do przywołanego powyżej Zarządzenia wynika, że celem wprowadzenia regulacji jest 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 podaje 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. Ponadto spełnia postulaty przedstawicieli w/w organizacji świadczeniodawców i środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, tj. o zapewnienie przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości w/w współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną 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 wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Niniejszym nadmieniam, iż zarówno Rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również Rozporządzenie z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, od dnia 1 września 2016 r. nakłada na dyrektorów właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu

obowiązek dokonania zmian w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które umożliwiają podwyższenie przeciętnego wynagrodzenia wraz z pochodnymi średnio o kwotę 800,00 złotych. Objęcie wzrostem wynagrodzenia reprezentowanej przeze mnie grupy zawodowej pozwoli w pewnym stopniu zniwelować dysproporcje płac w środowisku pielęgniarek i położnych.

Mając na względzie interesy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w gabinetach zabiegowych, punktach szczepień i rejestracji apeluję o podjęcie stosownych czynności zmierzających do podwyższenia wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach

szczepień lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

*Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Renata Michalska*

Do wiadomości:

1. Zofia Małas
- Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
2. Konstanty Radziwiłł
- Minister Zdrowia
3. Andrzej Jacyna
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
4. Wójt/Burmistrz/Prezydent
wg rozdzielnika

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Marek Tombarkiewicz

Warszawa, 19-05-2016

Wojewodowie

Uprzejmie informuję, iż kwestie uprawnień ratowników medycznych i pielęgniarek systemu są obecnie uregulowane odpowiednio w;

1) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587);

2) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego.

Rozporządzenie wskazane w pkt 1) było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. poz. 33 oraz z 2009 r. poz. 64), które utraciło moc z dniem 1 stycznia 2016 r. w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycz-

nym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1887). Biorąc pod uwagę wprowadzone zmiany do ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm., dalej „ustawa o PRM”) dotyczące wykonywania zawodu przez ratownika medycznego, niezbędne było wydanie nowego rozporządzenia dotyczącego wykonywania zawodu przez ratownika medycznego. Obecnie obowiązujące rozporządzenie rozszerzyło zakres medycznych czynności ratunkowych, których może udzielać ratownik medyczny. Taka sytuacja powoduje rozbieżności z rozporządzeniem regulującym zakres świadczeń udzielanych przez pielęgniarki systemu. Dotyczy to w szczególności: wykonania przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonania kardiowersji w tachyarytmiiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonania pomiaru temperatury głębokiej. Jednocześnie różnice dotyczą możliwości podawania leków. W obecnie obowiązującym rozporzą-

dzeniu w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego liczba pozycji leków, które może podawać ratownik medyczny wynosi 47, zaś w rozporządzeniu sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie lub bez zlecenia lekarskiego liczba ta wynosi 28. Z uwagi na powyższe rozbieżności, podjęte zostały prace nad nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Nowelizacja jest procedowana przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia i znajduje się obecnie na etapie konsultacji wewnętrznych. Ponadto informuję, iż w myśl art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.) sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez pod-

miot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika. Jednocześnie art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowi, iż odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Biorąc pod uwagę wskazane wyżej przepisy, to kierownik danego podmiotu leczniczego jest zobowiązany do wskazania kierownika zespołu ratownictwa medycznego, tak aby było możliwe właściwe udzielanie świadczeń zdrowotnych, kierując się np. posiadaniem doświadczeniem, zakresem kompetencji pracownika, realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego itp. W związku z powyższym, nie widzimy powodu do odsuwania pielęgniarek systemu od pełnienia funkcji kierownika ZRM.

Odnosząc się zaś do kwestii wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego w niezbędne produkty lecznicze i wyro-

by medyczne informuję, iż w tym zakresie obowiązujące są przepisy art. 36 ust. 2 ustawy o PRM. W myśl przywołanego przepisu zespół ratownictwa medycznego wyposażony jest w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W tym miejscu należy wskazać, iż są to minimalne wymagania. Jednocześnie należy mieć na względzie zakres czynności, które ratownik medyczny może podejmować w ramach medycznych czynności ratunkowych. Czynności te zostały określone w przepisach wydawanych na podstawie art. 11 ust. 11 ustawy o PRM. Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. poz. 587) w punkcie

29 określa szczegółowy katalog leków jakie może samodzielnie podawać ratownik medyczny w zespole ratownictwa medycznego.

Powyższe przepisy wskazują, iż dysponent zespołu ratownictwa medycznego powinien wyposażać zespół ratownictwa medycznego w niezbędne leki i sprzęt medyczny, umożliwiające wykonanie wszystkich medycznych czynności ratunkowych wynikających z obowiązujących przepisów. Przyjęcie odmiennego stanowiska powodowałoby, iż zespół ratownictwa medycznego, w zakresie leków, wyposażony byłby wyłącznie w lek przeciwbólowy w postaci tabletek, co stoi w sprzeczności z charakterem zadania, do którego został powołany i tym samym uniemożliwi skuteczne podejmowanie medycznych czynności ratunkowych.

Marek Tombariewicz

Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Pielęgniarki i położne środowiskowe

W celu wypracowania zmian systemowych w POZ, Minister Zdrowia powołał w dniu 04.01.2016 r. Zespół do opracowania propozycji wstępnych założeń do ustawy o POZ. Początkowo w Zespole nie było przedstawicieli pielęgniarek zrzeszonych w Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych. Po interwencji środowiska pielęgniarskiego oprócz przedstawicieli lekarzy POZ (12 osób), w posiedzeniach zespołu uczestniczą też przedstawiciele Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce (2 osoby) oraz przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (1 osoba), Konsultant Krajowy ds. pielęgniarstwa rodzinnego (1 osoba). Przedstawiciele lekarzy POZ przedstawiają propozycje, które zmierzają do wykluczenia samodzielnego pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego z POZ. Dążą usilnie do wyeliminowania pielęgniarskich i położniczych podmiotów wykonujących samodzielnie działalność leczniczą, aby przejąć funkcjonalnie i formalnie te podmioty. Pielęgniarki rodzinne podlegają lekarzom POZ, mają równocześnie łączyć różne funkcje pielęgniarki POZ.

Z uwagi na to, iż w Zespole głosowanie zapada z zwykłą większością głosów, pielęgniarki rodzinne są pewne, że takie niekorzystne zmiany mogą zostać przegłosowane na niekorzyść środowiska pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych. Prace nad zmianami w POZ powinny uwzględniać przede wszystkim, polepszenie świadczeń i opieki nad pacjentem. Kierunek prac Zespołu zmierza do pogorszenia i ograniczenia opieki nad pacjentem w miejscu zamieszkania oraz budzi niepokój o istnienie podmiotów pielęgniarskich/położniczych.

W odpowiedzi na zapowiadane zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej, dnia 11 kwietnia 2016 r. w siedzibie Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie z parlamentarzystami z woj. małopolskiego. W spotkaniu udział wzięły pielęgniarki i położne oraz parlamentarzyści: Agnieszka Ścigaj, Lidia Gadek, Józefa Szczurek-Żelazko. Tematem spotkania było przedstawienie osobom decyzyjnym problemów wynikających z proponowanych rozwiązań. Aby lepiej zrozu-

mieć terażniejszość należy znać historię, dlatego od jej prezentacji rozpoczęto wyjaśnianie obecnym bieżącego problemu.

Pielęgniarstwo domowe, później środowiskowe, rodzinne powstało w mieście Krakowie, staraniem największych naszych autorytetów, m.in. nestorki pielęgniarstwa Czcigodnej Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej. Nie tylko wprowadziła pielęgniarstwo domowe, ale w krótkim czasie rozwinęła je na wysoki poziom. Jego znaczenie i potrzeby rozumiała bardzo głęboko twierdząc: „Pielęgniarstwo domowe odciąża poczekalnie, pokoje zabiegowe i gabinety lekarskie, zmniejszając napływ pacjentów poważnie chorych. Nade wszystko udostępnia szpital, dla tych, którzy koniecznie wymagają hospitalizacji. Trzeba też wziąć pod uwagę względy ekonomiczne. Chory w domu mniej kosztuje niż w szpitalu”. W roku 1960 Hanna Chrzanowska publikuje w PZWL podręcznik „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej” i już wtedy definiuje samodzielność zawodu pielęgniarskiego: „Samodzielność, decydująca o odrębności zawodu pielęgniarki polega na pełnieniu prac nie wchodzących w za-

kres prac lekarza. Pielęgniarstwo otwarte ma ich jeszcze więcej niż zamknięte. Należy do nich pielęgnowanie obłożnie chorych w trudnych warunkach domowych, oświata sanitarna i praca społeczna, a wszystko to oparte o metody opracowane przez pielęgniarki”.

Kolejne lata prawnie sankcjonowały funkcjonowanie pielęgniarki środowiskowej - instrukcja z 1966 r. i instrukcja z 1985 r. o pielęgniarstwie rodzinnym. Duże zasługi w tworzeniu samodzielnego pielęgniarstwa rodzinnego miała śp. Pani Senator RP Janina Fetlińska, pierwsza Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Polski.

W roku 1999 jako pierwsze w kraju zostały zwolnione bez odpraw pielęgniarki rodzinne z państwowych SPZOZ-ów, i zmuszone do założenia własnych praktyk, świadczących usługi pielęgniarskie w domu pacjenta i w szkołach. Za pobrane kredyty, pieniądze swoich rodzin tworzyły dla siebie i koleżanek miejsca pracy. Rejestrowały na bazie działalności gospodarczej pomioty lecznicze. Pierwsze kontrakty zawierane były z Wojewodą, a następnie z Kasą Chorych. Ilość nowo tworzących się praktyk grupowych pielęgniarek i położnych z roku na rok zwiększała się.

Z danych z Kasy Chorych, własnych badań wnioskuję o dużych zależnościach pomiędzy formami zatrudnienia pielęgniarek, a ilością zabiegów, procedur wykonywanych przez pielęgniarki na rzecz podopiecznych. W praktyce, pielęgniarki na bezpośrednim kontrakcie 80% czasu pracy poświęcają na pracę w domu chorego, a 20% czasu na prace w gabinecie pielęgniarki rodzinnej. Odwrotny schemat podziału czasu pracy obserwuje się przy zatrudnieniu pielęgniarek rodzinnych przez pracodawcę - lekarza. Większość czasu pracy, ok. 80%, pielęgniarki przeznaczają na prace w gabinecie zabiegowym lub rejestracji. Tylko w sporadycznych wypadkach udają się do domu chorego. Także pod względem ilości i różnorodności wykonywanych zabiegów, procedur pielęgnacyjnych, leczniczych, profilaktycznych, diagnostycznych, pielęgniarki zatrudnione o 90% mniej tych świadczeń wykonują w domu chorego, niż pielęgniarki rodzinne samozatrudniające się. Aby utrzymać samodzielność pielęgniarki stale podnosiły kwalifikacje

poprzez studia podyplomowe, specjalizacje i kursy kwalifikacyjne. Pielęgniarka/położna rodzinna, szkolna to osoba, która zawsze opiekowała się chorym i jego najbliższymi w domu i w środowisku szkolnym. W ramach samodzielności zawodowej planuje proces pielęgnowania, samodzielnie go realizuje, wypowiada się jako ekspert i fachowiec. Pacjent w domu, uczeń w szkole jest traktowany indywidualnie. Rodziny są spokojne ponieważ wiedzą, że zawsze mogą liczyć na pomoc ze strony pielęgniarki, która natychmiast reaguje na potrzeby swoich podopiecznych.

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dn. 17 lipca 2011 r., Art. 2 zawiera zapis, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi.

Wykonywanie zawodu pielęgniarskiego polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szczególności:

Art. 4 - rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjentów

- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjentów,
- planowanie i sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentem,
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych,
- realizacji zleceń lekarskich,
- orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo - pielęgnacyjnych,
- edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Holistyczna opieka pielęgniarki obejmuje człowieka zdrowego, chorego, niepełnosprawnego, od 3 m-ca życia, aż do naturalnej śmierci.

Do 3-ciego m-ca życia dla dzieci obojga płci opiekę holistyczną sprawuje położna rodzinna.

Pielęgniarka / położna zobowiązana jest do rozpoznania stanu bio-psycho-społecznego jednostki, wydolności opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny, ustalenia diagnozy pielęgniarskiej określającej stan aktualny, zaplanowania procesu pielęgnowania wraz z pacjentem i rodziną z wykorzystaniem potencjału społeczności lokalnej.

Realizuje zadania na rzecz jednostki i rodziny w oparciu o teorię D. Orem.

Pielęgniarka rodzinna pielęgnuje i pomaga swoją wiedzą i umiejętnościami, a także osobistym kontaktem i relacją, jaką tworzy z pacjentem - rodziną.

Inny model, daleki od tych sprawdzonych i rekomendowanych przez Zapisy Deklaracji Monachijskiej - „Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia” z 17 czerwca 2000 r. mówiący o wzmacnianiu pozycji pielęgniarek rodzinnych i położnych rodzinnych, reprezentowany jest w podręczniku dla studentów medycyny pod redakcją Latkowski B., Lukas W Medycyna Rodzinna PZWL, 2006 Warszawa. W rozdziale IV autorstwa M. Godycki-Ćwirko, K. Kosiek pt. Organizacja praktyki lekarza rodzinnego i zarządzanie nią, przedstawiono zakres obowiązków asystentki medycznej w praktyce lekarza rodzinnego, którą ma być pielęgniarka rodzinna. Do jej licznych zadań należą także te związane z prowadzeniem praktyki lekarzowi, np.: „Ścisła współpraca z lekarzami” i odpowiedzialność wobec nich w zakresie spraw medyczno-pielęgniarskich” (brak podległości służbowej pielęgniarka - pielęgniarcie), „Współpraca z menadżerem, informatykiem. Samodzielna praca w ramach uzgodnionych wcześniej z pracodawcą kompetencji” (lekceważenie Ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej i zapisanych w niej kompetencjach).

Tworzenie Medycyny Rodzinnej opartej na zespołach pielęgniarki i lekarza połączonych co najmniej więzami funkcjonalnymi, a także strukturalnymi, będzie powodowało ograniczenie pielęgniarstwa rodzinnego, a nie jego rozwój. Pielęgniarka wielofunkcyjna, łącząca wiele zadań, fizycznie nie będzie w stanie realizować planu pielęgnowania i być dyspozycyjna dla pacjentów obłożnie i przewlekle chorych, których w starzejącym się społeczeństwie będzie coraz więcej. Opieka nad pacjentem w miejscu zamieszkania jest najlepszą dla niego i najtańszą dla płatnika formą świadczeń.

Propozycja wspólnego kontraktowania wszystkich zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę - lekarza i jedna wspólna deklaracja wyboru świadczeniodawcy jest niezgodna z Kartą Praw Pacjenta. Wspólna deklaracja już była i się nie sprawdziła, wprowadziła tylko zamęt i niezdrową konkurencję.

Najważniejsze jest wolne prawo wyboru przez pacjenta - pielęgniarki, położnej i lekarza poz. Proponowane zmiany całkowicie ograniczą to prawo, a także zniszczą podmioty pielęgniarstwa/łożnych rodzinnych. Prowadzona forma działalności pielęgniarstwa jest sprawdzona na rynku świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarki przez 17 lat udzielania świadczeń udowodniły, że potrafią samodzielnie kontraktować świadczenia, zarządzać podmiotami leczniczymi, udzielać świadczeń we współpracy z lekarzami rodzinnymi, specjalistami, fizjoterapeutami, pra-

cownikami socjalnymi, opiekunkami osób chorych i niepełnosprawnych, dyrektorami szkół, nauczycielami i rodzinami. Prace nad zmianami w POZ powinny uwzględniać przede wszystkim polepszenie świadczeń i opieki nad pacjentem.

Doświadczenia wskazują, że odrębne kontraktowanie świadczeń medycznych określonej grupy zawodowej wchodzącej w skład zespołu interdyscyplinarnego zwiększa samodzielność poszczególnych świadczeniodawców, co przynosi wymierne korzyści dla pacjentów przewlekłe chorych i niepełnosprawnych,

których największą ilość mamy po 70 roku życia.

Mamy mocne korzenie, prosimy tylko, aby ich nie podcinać.

Izabela Ćwiertnia

Przedruk z Biuletynu Małopolskiej

ORPiP w Krakowie,

nr 22, maj-czerwiec 2016

Izabela Ćwiertnia - pielęgniarka POZ, konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, mgr socjologii, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego.

Informacja o rekrutacji na kursy dla pielęgniarek i położnych finansowane ze środków UE

30 000 pielęgniarek i położnych może rozpocząć kursy w Programie Wiedza Edukacja Rozwój.

Niebawem w całej Polsce ruszą pierwsze kursy w związku z rozstrzygnięciem konkursu na Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi.

Rekrutację prowadzi będzie 26 beneficjentów, których wnioski wcześniej zostały najwyższej ocenione w konkursie. Pielęgniarki i położne będą mogły skorzystać z kursów dotyczących:

- ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych
- wywiadu i badania fizykalnego dla pielęgniarek i położnych
- pielęgniarstwa onkologicznego
- wykonania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego
- opieki pielęgniarstwa nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
- pielęgniarstwa psychiatrycznego
- rehabilitacji osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
- wykonania badania spirometrycznego
- kursów kwalifikacyjnych w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarek

Więcej informacji na temat rekrutacji znajduje się w serwisie Fundusze europejskie dla sektora ochrony zdrowia:

http://zdrowie.gov.pl/aktualnosc-2676-30_000_pielegniatek_i_polozonych_moze_rozpoczac_kursy_w_Programie_Wiedza_Edukacja_Rozwój.html

Pielęgniarstwo magisterskie w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku

Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego po pozytywnej ocenie wniosku przez Polską Komisję Akredytacyjną, przyznał PWSZ im. J. Grodka w Sanoku uprawnienia do prowadzenia dwuletnich studiów magisterskich, na kierunku pielęgniarstwo. Jest to nowość w ofercie edukacyj-

nej sanockiej uczelni na rok akademicki 2016/2017.

Nabór na studia stacjonarne i niestacjonarne już trwa. Do postępowania rekrutacyjnego może być zakwalifikowana osoba, która posiada dyplom licencjata pielęgniarstwa. Po ukończeniu studiów

drugiego stopnia, absolwent otrzyma tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa.

Szczegółowe informacje:

http://www.pwsz-sanok.edu.pl/gfx/pwszsanok/userfiles/547/piel_ii-info2.pdf

Panie i Panowie
Starostowie Powiatów
Dyrektorzy Powiatowych Urzędów Pracy
Dyrektorzy Domów Pomocy Społecznej

Uprzejmie informuję, że z dużym zaniepokojeniem przyjmuję informację, iż mimo zwiększającego się w Polsce z roku na rok zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, w rejestrach urzędów pracy znajduje się nadal relatywnie duża liczba bezrobotnych pielęgniarek.

Mając na uwadze konieczność niesienia pomocy tej grupie bezrobotnych, jak również biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych, zwracam się z uprzejmą prośbą, aby bezrobotne pielęgniarki obejmować działaniami mającymi na celu pomoc w podjęciu zatrudnienia lub uzyskania nowych kwalifikacji zwiększających ich szansę na rynku pracy, w ramach dostępnych usług oraz instrumentów rynku pracy przewidzianych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.).

W przypadku pielęgniarek dopiero wchodzących na rynek pracy szczególnie rekomenduję rozważenie wykorzystania nowego instrumentu rynku pracy, w ramach którego pracodawca lub przedsiębiorca, który podpisze stosowną umowę z powiatowym urzędem pracy otrzymuje przez 12 miesięcy refundację części kosztów poniesionych na wynagrodzenie, nagrody i składki na ubezpieczenia społeczne zatrudnionego w pełnym wymiarze bezrobotnego do 30 roku życia (art. 150f ustawy), tj. do kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia. Na realizację powyższego zadania, na lata 2016-2018, urzędy pracy dysponują limitami środków Funduszu Pracy w łącznej kwocie 2 800 mln zł.

Zwracam uwagę na fakt, iż pracodawca lub przedsiębiorca otrzymując

refundację wypłacanego bezrobotnemu wynagrodzenia wraz ze składką na ubezpieczenia społeczne od tego wynagrodzenia w znacznym stopniu zmniejsza koszty własne zatrudnienia bezrobotnego w okresie objętym refundacją, co za tym idzie może zaoszczędzone w ten sposób środki finansowane przeznaczyć na zapewnienie zatrudnionemu bezrobotnemu wyższego, konkurencyjnego na rynku pracy wynagrodzenia.

W moim przekonaniu szczególnie ciekawym z punktu widzenia aktywizacji zawodowej i potrzeb osób wymagających opieki pielęgnacyjnej byłoby połączenie kierowania bezrobotnych pielęgniarek w ramach art. 150f ustawy do Domów Pomocy Społecznej, gdzie występuje szczególnie duże zapotrzebowanie na wykwalifikowaną kadrę medyczną.

Pragnę podkreślić, że w przypadku wyczerpania przez urząd pracy ustalonego limitu środków na dany rok możliwe jest jego zwiększenie ze środków, które nie będą zagospodarowane przez inne urzędy w województwie. Informacje o niezagospodarowanych środkach powinny być zgłaszane do właściwego Wojewódzkiego Urzędu Pracy w ramach monitoringu wykorzystania środków, prowadzonego stosownie do art. 150g ust. 5 ustawy. Informacje o zgłoszonych przypadkach braku możliwości wykorzystania w województwach limitów środków na dany rok, o które będą mogły ubiegać się urzędy pracy z pozostałych województw będą na bieżąco umieszczane na stronie internetowej portalu Publicznych Służb Zatrudnienia.

Pragnę również przypomnieć, że w ramach pomocy bezrobotnym pielęgniarkom w każdym wieku urzędy pracy mogą stosować różnorakie formy wsparcia mające na celu uaktualnienie posiadanych i zdobycie nowych kompetencji i kwalifikacji. Spośród tych form na

szczególną uwagę zasługują trójstronne umowy szkoleniowe pozwalające przeszkolić osoby bezrobotne zgodnie z wymaganiami pracodawcy, który zapewnia bezrobotnym uczestnikom szkolenia minimum półroczne zatrudnienie po jego ukończeniu. Urząd pracy może też pomóc w zdobyciu nowych kwalifikacji poprzez sfinansowanie kosztów egzaminów umożliwiających uzyskanie świadectw, dyplomów, zaświadczeń, określonych uprawnień zawodowych lub tytułów zawodowych w wysokości do 100% przeciętnego wynagrodzenia.

W celu zapobiegania utracie pracy przez zatrudnione pielęgniarki urzędy pracy mogą przyznawać wsparcie na kształcenie ustawiczne osób z tej grupy zawodowej ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) zgodnie z obowiązującymi w danym roku priorytetami wydatkowania tego funduszu. Środki KFS mogą być przeznaczone (w maksymalnej wysokości 300% przeciętnego wynagrodzenia na jedną osobę) na finansowanie szkoleń, studiów podyplomowych, kosztów egzaminów, a także badań lekarskich i psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub pracy zawodowej po ukończonym kształceniu oraz kosztów ubezpieczenia NNW w związku z podjętym kształceniem ustawicznym.

Wyrażam przekonanie, że podejmowane przez Państwa wspólne działania umożliwią zarówno bezrobotnym, jaki i zatrudnionym już pielęgniarkom odnalezienie swojego miejsca na dynamicznie zmieniającym się rynku pracy.

Z wyrazami szacunku,
Minister
Elżbieta Rafalska

Służebnica Boża

Hanna Chrzanowska

1902 - 1973

Hanna Chrzanowska urodziła się 7 X 1902 r. w Warszawie, w rodzinie zasłużonej dla polskiej nauki i kultury oraz pielęgniarstwa polskiego. Jej ojciec, Ignacy Chrzanowski, znany profesor literatury polskiej pochodził z katolickiej rodziny podlaskich ziemian. Matka Wanda, z domu Szlenkier, pochodziła z ewangelickiej rodziny zamożnych warszawskich przemysłowców. Siostra matki, Zofia Szlenkierówna, była fundatorką szpitala dziecięcego w Warszawie oraz dyrektorką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Obie rodziny znane były z rozległej działalności dobroczynnej. W 1910 r. rodzice Hanny przenoszą się do Krakowa, gdzie prof. I. Chrzanowski obejmuje katedrę na Uniwersytecie Jagiellońskim. W Krakowie Hanna uczy się najpierw prywatnie a następnie w Gimnazjum Sióstr Urszulanek, które kończy z odznaczeniem w 1920 r. Po maturze przechodzi krótki kurs pielęgniarstwa, aby nieść pomoc ofiarom wojny polsko-bolszewickiej. W grudniu 1920 r. Hanna rozpoczyna studia polonistyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim. Na wieść o powstaniu Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa przerywa studia i wstępuje do nowo otwartej szkoły, aby całkowicie poświęcić się pielęgniarstwu. Była to dla Hanny kluczowa decyzja, mająca określić dalszą drogę jej życia. Po ukończeniu szkoły w 1924 r. wyjeżdża na stypendia do Francji i Belgii, gdzie pogłębia swą wiedzę, zwłaszcza w zakresie pielęgniarstwa społecznego. W latach 1926-1929 pracuje jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od roku 1929 do 1939 Hanna Chrzanowska redaguje mie-

sięcznik „Pielęgniarka Polska” - pierwsze w Polsce czasopismo zawodowe dla pielęgniarek. Mieszka w tym czasie w Warszawie. Publikuje wiele prac z dziedziny pielęgniarstwa a także podejmuje udane próby twórczości literackiej. Uczestnicząc w pracach Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych bierze czynny udział w przygotowaniu, uchwalonej przez Sejm w 1935 r. „Ustawy o pielęgniarstwie”. Ustawa ta, uznawana za jedną z najlepszych w świecie, ma regulować zawodowy status pielęgniarek i będzie obowiązywać w Polsce prawie do końca XX wieku. Hanna Chrzanowska przyczynia się również w znacznym stopniu do powołania w 1937 r. Katolickiego Związku Pielęgniarek Polskich.

Wybuch II Wojny Światowej przynosi Hannie wiele bolesnych przeżyć. 2 X 1939 r. w bombardowanej Warszawie umiera jej ukochana ciotka Zofia Szlenkierówna. 6 XII 1939 r. w ramach Sonderaktion Krakau zostaje aresztowany jej ojciec i wywieziony wraz z innymi profesorami do obozu koncentracyjnego w Sachsenhausen, gdzie wkrótce umiera (19 I 1940 r.). Wiosną 1940 r. ginie w Katyniu, zamordowany przez Sowietów, jedyny brat Hanny, Bohdan. Wojna nie oszczędza wielu innych, bliskich Hannie osób. Mimo tych tragicznych doświadczeń nie upada na duchu. Już na początku wojny wraca do Krakowa i zgłasza się na ochotnika do pracy w Polskim Komitecie Opiekuńczym, poświęcając wszystkie swe siły opiece nad uchodźcami, więźniami i przesiedlonymi. Szczególną troską otacza osierocone dzieci, w tym dzieci żydowskie, poszukując dla nich rodzin zastępczych i bezpiecznych miejsc



pobytu. Organizuje kolonie letnie i prowadzi akcje dożywiania. Pracuje niezwykle ofiarnie, często z narażeniem zdrowia i życia. Doświadczenie okrucieństwa wojny ma istotny wpływ na rozwój jej życia wewnętrznego. Jest to czas szukania oparcia w Bogu, czas odkrywania siły modlitwy i znaczenia Eucharystii. Ten czas duchowego dojrzewania idzie w parze z formacją ewangelicznej postawy miłości bliźniego,

Po wojnie Hanna Chrzanowska rozpoczyna prace w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko - Położniczej jako kierowniczka działu pielęgniarstwa społecznego. Wyjeżdża na stypendium do USA, gdzie pogłębia swą wiedzę w zakresie pielęgniarstwa domowego. Zdobyte doświadczenie wykorzystuje organizując

MODLITWA

Boże, Ty w szczególny sposób powołałeś Służebnicę Twoją Hannę Chrzanowską do służby chorym, biednym, opuszczonym, daj aby ta, która całym sercem odpowiedziała na Twoje wezwanie, dostąpiła chwały ołtarzy, a nas swoim przykładem stale zachęcała do niesienia pomocy bliźnim. Za jej przyczyną racz nam udzielić łaski, o którą z wiarą i ufnością prosimy. Przez Chrystusa Pana naszego. Amen.

Ojciec nasz... Zdrowaś Mario... Chwała Ojcu...

pielęgniarstwo przyszpitalne i domowe. Przez wiele lat wykłada metodykę pielęgniarstwa otwartego w Szkole Instruktorów Pielęgniarstwa w Warszawie. Jako instruktorka i wychowawczyni kładzie silny nacisk na wychowanie młodych pielęgniarek w duchu autentycznej służby człowiekowi choremu, z uwzględnieniem jego nie tylko zdrowotnych ale i duchowych potrzeb oraz poszanowaniem jego godności. W 1957 r. Hanna Chrzanowska obejmuje funkcję dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie, a w rok później, po niespodziewanej likwidacji tej placówki, przechodzi na wcześniejszą emeryturę. Nadal jednak pozostaje obecna w życiu środowiska pielęgniarskiego. Bierze czynny udział w pracach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Opracowuje, ciesząc się wielkim uznaniem, podręcznik - „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”. Publikuje fachowe artykuły na łamach czasopism pielęgniarskich. Pełniąc wiele znaczących funkcji w strukturach szkolnych oraz innych instytucjach środowiska pielęgniarskiego, Hanna Chrzanowska nie ukrywa swoich przekonań religijnych oraz przywiązania do wartości chrześcijańskich. Przeciwnie, daje swoim życiem czytelne i przejrzyste świadectwo wiary. Taka postawa budzi szacunek i uznanie, zwłaszcza wśród uczennic i współpracowników a rodzi niechęć, a nawet określone represje ze strony władz komunistycznych.

Emerytura nie oznacza dla Hanny stanu odpoczynku. Zna bowiem z autopsji problemy wielu schorowanych ludzi - samotnych, opuszczonych i niepełnosprawnych, pozbawionych jakiegokolwiek opieki. Idąc za głosem wewnętrznego natchnienia postanawia organizować dla nich, opartą o struktury kościelne i niezależną od niewydolnej państwowej służby zdrowia, fachową pomoc pielęgniarską. Z tą myślą zwraca się do ks. Karola Wojtyły, późniejszego biskupa krakowskiego, znajdując u niego pełne zrozumienie dla swoich planów. Przy moralnym i materialnym wsparciu ze strony władz kościelnych, organizuje placówki pielęgniarstwa parafialnego w Krakowie i całej archidiecezji. Obdarzona charakterystyczną osobowością skupia wokół tego dzieła szerokie grono współpracowników i wolontariuszy. Są wśród nich pie-

lęgniarki, siostry zakonne, klerycy, księża, lekarze, profesorowie i studenci. Z ich pomocą organizuje dla swoich podopiecznych rekolekcje wyjazdowe, które przywracają chorym radość życia i dodają sił do niesienia codziennego krzyża. Dzięki jej staraniom upowszechnia się zwyczaj odprawiania Mszy Św. w domu chorego oraz odwiedzin chorych w ramach wizytacji duszpasterskich. Wiele uwagi Hanna Chrzanowska poświęca nadal środowisku pielęgniarskiemu, troszcząc się o duchowy i etyczny poziom pielęgniarek i położnych. Organizuje dla nich okresowe konferencje i doroczne rekolekcje. Rozpowszechnia wnikliwie ułożony „Rachunek sumienia pielęgniarki”. Na wszystkich polach pracy z chorymi, Hanna Chrzanowska współpracuje ściśle z ks. kard. Karolem Wojtyłą. Na jego wniosek, Ojciec Św. Paweł VI odznacza ją medalem „Pro Ecclesia et Pontifice”.

Życie wewnętrzne Hanny formuje się w znacznej mierze w duchowości św. Benedykta - od 1956 r. jest oblatką Opactwa Tynieckiego. Służąc całe życie chorym i cierpiącym coraz wyraźniej uświadamia sobie, że służy w nich samemu Chrystusowi.

Hanna Chrzanowska umiera w Krakowie, 29 IV 1973 r. Uroczystościom pogrzebowym na Cmentarzu Rakowickim przewodniczy ks. kard. Karol Wojtyła. W homilii pogrzebowej powiedział m.in. „Dziękujemy Ci Pani Hanno, że byłaś wśród nas (...) jakimś wcieleniem Chrystusowych błogosławieństw z Kazania na Górze, zwłaszcza tego, które mówi: błogosławieni miłosierni”. Osoby bliżej znające Hannę dają zgodne świadectwo, że w sposób heroiczny wypełniała przykazanie miłości bliźniego. Stąd w środowisku krakowskich pielęgniarek zrodziła się myśl, aby podjąć starania o jej beatyfikację. W 1995 r., pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych, zwróciły się prośbą do ks. kard. F. Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego. Ksiądz Kardynał, który sam powiedział o Hannie, że była „sumieniem środowiska pielęgniarskiego” zyczliwie odniósł się do tej prośby i po spełnieniu niezbędnych wymogów dokonał uroczystego otwarcia procesu w dniu 3 XI 1998 r. Proces beatyfikacyjny Służebnicy Bożej został zamknięty na szczęblu diecezjalnym 30 XII

KRZYŻ NA PIASKACH

*Nie wiem ile, mój Boże,
Gotujesz mi jeszcze czasu.
Może nic pójdę do lasu,
do lasu sosnowego.*

*Może mnie nie dobiegą
Podniebne dzwonki skowrończe?
Modlitwy tej nie skończę,
Na ziemi nic ujrzę słońca.
Bo dzisiejszy deszcz może
Nie będzie miał dla mnie końca?*

*A może mi jeszcze gotujesz
Lat długie, długie szeregi,
Aż włosy moje osnuje
Biel jako pierwsze śniegi?*

*Modlitwa Twego Syna
„Niech wola Twoja się stanie”
Nie gardź, że we mnie, Panie,
Cichą się prośbą nagina:*

*Niech ręka śmierci nie zatrze
Ostrości mego spojrzenia,
Niechaj z radością patrzy
W grające Twoje przestrzenie:*

*Niech umierając nie płacze
Bólem ludzkim zgarbiona,
Że nigdy już nie zobaczę
Jak ruń się śmieje zielona*

*Pochwalon bądź na Twej tęczy
I pośród woni tubinu –
Wielkością Twoją dźwięczy,
Chór ptaków i serafinów!*

(z notatek Służebnicy Bożej)

2002 r. Następnie dokumenty procesowe przekazane zostały do Kongregacji ds. Świętych przy Stolicy Apostolskiej, gdzie trwają dalsze prace związane z oceną świętości życia i heroiczności cnót Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej.

O łaskach, otrzymanych za wstawieniem Służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej, prosimy informować Biuro Postulacji przy Parafii Św. Mikołaja, 31-034 Kraków, ul. Kopernika 9

*Katolickie Stowarzyszenie
Pielęgniarek i Położnych Polskich
Oddział Kraków 31 -034 Kraków
ul. Kopernika 9*

Nr konta:

26 2490 0005 0000 4530 5889 8887

Światowy raport na temat cukrzycy

STRESZCZENIE

Cukrzyca jest poważną, przewlekłą chorobą, która rozwija się, gdy trzustka nie wytwarza wystarczającej ilości insuliny (hormonu regulującego poziom cukru/glukozy we krwi) lub jeżeli organizm nie jest w stanie właściwie wykorzystać wytwarzanej insuliny. Cukrzyca jest również ważnym problemem zdrowia publicznego i jedną z czterech priorytetowych chorób niezakaźnych, którym wydano walkę na całym świecie.

W ciągu ostatnich dziesięcioleci systematycznie rosła liczba zachorowań i rozpowszechnienie cukrzycy.

ŚWIATOWE OBCIĄŻENIE

Według szacunków w 2014 r. na cukrzycę chorowało na świecie 422 mln osób w porównaniu do 108 mln w 1980 r. Globalne rozpowszechnienie cukrzycy (standaryzowane wg. wieku) wzrosło niemal dwukrotnie od 1980 r. z 4,7% do 8,5% dorosłej ludności, co jest odzwierciedleniem wzrostu czynników ryzyka związanych z chorobą, takich jak nadwaga i otyłość. W ciągu ostatnich dziesięciu lat rozpowszechnienie cukrzycy rosło szybciej w państwach o niskich i średnich dochodach niż w krajach zaможnych.

W 2012 r. 1,5 mln osób zmarło z powodu cukrzycy. Kolejne 2,2 mln osób zmarło z powodu podwyższonego poziomu glukozy we krwi zwiększającego ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia i innych schorzeń. Czterdzieści trzy procent (43%) z łącznej liczby 3,7 mln zgonów dotyczyło osób poniżej 70 roku życia. Odsetek zgonów wśród osób poniżej 70 roku życia związanych z wysokim poziomem glukozy we krwi lub cukrzycą jest wyższy w państwach o niskich i średnich dochodach niż w państwach o wysokim poziomie dochodów.

Ponieważ rozróżnienie cukrzycy typu 1 (chorzy muszą stale przyjmować insulinę w formie iniekcji) i typu 2 (organizm nie wykorzystuje właściwie wytwarzanej insuliny) wymaga na ogół przeprowadzenia specjalistycznych badań laboratoryjnych, dlatego nie prowadzi się odrębnych szacunkowych wyliczeń roz-

powszechnienia cukrzycy typu 1 i 2. Niemniej wiadomo, że większość chorych cierpi na cukrzycę typu 2.

Dawniej choroba ta występowała prawie wyłącznie wśród dorosłych, natomiast obecnie cukrzycę typu 2 stwierdza się również wśród dzieci.

POWIKŁANIA

Wszystkie postaci cukrzycy mogą prowadzić do powikłań obejmujących liczne narządy i zwiększać ogólne ryzyko przedwczesnej śmierci. U chorych stwierdza się następujące powikłania: atak serca, udar mózgu, niewydolność nerek, amputacja kończyn dolnych, utrata wzroku i uszkodzenia nerwów. Niekontrolowana cukrzyca w przebiegu ciąży zwiększa ryzyko śmierci płodu i dodatkowych powikłań.

SKUTKI EKONOMICZNE

Cukrzyca i jej powikłania powodują powstanie poważnych strat ekonomicznych - kosztów ponoszonych przez chorych i ich rodziny, jak również stanowią duże obciążenie systemu ochrony zdrowia i gospodarki kraju ze względu na bezpośrednie koszty leczenia i leków oraz utratę możliwości wykonywania odpłatnej pracy. Największe koszty dotyczą opieki szpitalnej i ambulatoryjnej, niemniej ważnym czynnikiem jest również wzrost kosztów związanych ze stosowaniem insulin analogowych¹, które coraz częściej przepisywane są chorym, pomimo nielicznych dowodów potwierdzających ich korzystniejsze działanie w stosunku do tańszych insulin ludzkich.

Są to preparaty otrzymywane na bazie insuliny ludzkiej o modyfikowanej strukturze zmieniającej profil farmakokinetyczny insuliny.

PROFILAKTYKA CUKRZYCY

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy cukrzycy typu 1 nie da się zapobiegać. Natomiast istnieją skuteczne metody zapobiegania cukrzycy typu 2, powikłaniom towarzyszącym obu postaciom choroby i przedwczesnej śmierci. Są to m.in. polityki i interwencje realizowane w skali całej populacji, a także

w konkretnych środowiskach (szkoła, dom, miejsce pracy), wspierające utrzymywanie dobrego stanu zdrowia przez wszystkich, również przez osoby chore na cukrzycę. Obejmują one działania zachęcające do regularnego podejmowania aktywności fizycznej, stosowania zdrowego sposobu żywienia, unikania palenia tytoniu oraz kontrolowania ciśnienia krwi i poziomu lipidów.

Z punktu widzenia profilaktyki cukrzycy typu 2, jak również innych chorób, ważne jest przyjęcie perspektywy całego cyklu życia. Na wczesnym etapie życia kształtowane są nawyki żywieniowe i związane z podejmowaniem aktywności fizycznej. W tym czasie, gdy programowana jest długofalowa regulacja bilansu energetycznego organizmu przypada krytyczny okres dla podejmowania interwencji, które pozwalają obniżyć ryzyko otyłości i rozwoju cukrzycy typu 2 na dalszym etapie życia.

Tego celu nie uda się zrealizować za pomocą jednej polityki czy interwencji. Dlatego potrzebne jest podejście angażujące wszystkie resorty administracji rządowej i całe społeczeństwo, aby we wszystkich sektorach systematycznie uwzględniać skutki zdrowotne planowanych polityk w zakresie handlu, rolnictwa, finansów, transportu i planowania przestrzennego, zdając sobie sprawę z tego, że przyjmowane rozwiązania mogą sprzyjać lub szkodzić zdrowiu.

ZARZĄDZANIE PROCESEM LECZENIA

Wczesna diagnoza choroby jest punktem wyjścia do zapewnienia dobrej jakości życia osobom chorym na cukrzycę. Im dłużej chory żyje z niezdiagnozowaną i nieleczoną chorobą, tym prawdopodobnie gorsze będą wyniki podjętego później leczenia. Dlatego w ramach podstawowej opieki zdrowotnej należy zapewnić łatwy dostęp do podstawowych badań diagnostycznych, takich jak badanie poziomu glukozy we krwi. Niezbędne są również sprawnie działające systemy kierowania pacjentów zarówno na wyższy poziom opieki, jak i późniejszego przekierowania do opieki podstawowej,

ponieważ będą oni potrzebowali okresowych konsultacji specjalistycznych lub leczenia w przypadku wystąpienia powikłań.

Istnieje szereg efektywnych kosztowo interwencji, które mogą poprawić wyniki zdrowotne osób, u których zdiagnozowano cukrzycę bez względu na stwierdzoną postać choroby. Tego typu interwencje obejmują kontrolę poziomu glukozy we krwi, jak również przestrzeganie odpowiedniego sposobu żywienia, podejmowanie aktywności fizycznej i w razie potrzeby przyjmowanie leków. Ponadto zalecana jest kontrola poziomu ciśnienia krwi i lipidów w celu ograniczenia ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia i innych powikłań, a także regularne badania kontrolne stanu oczu, nerek i stóp umożliwiające wczesne podjęcie niezbędnego leczenia w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości. Zarządzanie procesem leczenia chorych na cukrzycę można usprawnić, wykorzystując odpowiednie standardy i protokoły postępowania.

Należy podjąć działania w celu zwiększenia możliwości diagnozowania i leczenia chorych na cukrzycę, stosując zintegrowane metody zapobiegania chorobom niezakaźnym i leczenia osób, u których je zdiagnozowano, które przyczynią się do uzyskania lepszych wyników. W minimalnym wymiarze można połączyć prowadzenie leczenia chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia. Należy również rozważyć możliwość zintegrowanego leczenia chorych na cukrzycę i gruźlicę i/lub HIV/AIDS wszędzie, gdzie choroby te są bardzo rozpowszechnione.

KRAJOWY POTENCJAŁ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I ZWALCZANIA CUKRZYCY

Wyniki przeprowadzonego w 2015 r. badania potencjału państw w zakresie profilaktyki i leczenia chorób niezakaźnych (NCD Country Capacity Survey) wskazują że, sytuacja w poszczególnych państwach jest bardzo zróżnicowana w zależności od regionu i poziomu dochodów. Większość badanych państw zaznaczyła, że przyjęła krajowe polityki dotyczące walki z cukrzycą, jak również zmierzające do zmniejszenia głównych czynników ryzyka, oraz że posiada

krajowe wytyczne i protokoły mające na celu zapewnienie odpowiedniego leczenia i opieki nad osobami chorymi na cukrzycę. Niemniej w niektórych regionach i państwach o niższych dochodach brakuje środków na wdrażanie przyjętych polityk i wytycznych.

Generalnie w państwach o niskich dochodach lekarze pierwszego kontaktu nie mają dostępu do podstawowych technologii umożliwiających właściwe prowadzenie leczenia chorych na cukrzycę. Zaledwie co trzecie państwo o niskich i średnich dochodach informuje, że w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zapewniony jest dostęp do podstawowych technologii służących do diagnozowania cukrzycy i prowadzenia leczenia.

W ciągu ostatnich pięciu lat w wielu państwach przeprowadzono krajowe populacyjne badania rozpowszechnienia nadwagi i otyłości oraz braku aktywności fizycznej, ale pomiary poziomu glukozy we krwi uwzględniono w mniej niż 50% przeprowadzonych badań.

DOSTĘP DO INSULINY I INNYCH PODSTAWOWYCH LEKÓW

Brak dostępu do przystępnej cenowo insuliny nadal stanowi główną przeszkodę w skutecznym leczeniu i prowadzi do występowania niepotrzebnych powikłań i przedwczesnej śmierci. Z badania wynika, że insulina, jak również doustne leki przeciwcukrzycowe są ogólnie dostępne tylko w mniejszości krajów o niskich dochodach. Ponadto podstawowe leki mające istotne znaczenie dla właściwego kontrolowania cukrzycy, w tym leki obniżające ciśnienie krwi lub poziom lipidów są często niedostępne w państwach o niskich i średnich dochodach. Niezbędne jest przyjęcie odpowiednich polityk i zaprogramowanie interwencji zapewniających równy dostęp do leczenia.

WNIOSKI I ZALECENIA

W pierwszym światowym raporcie na temat cukrzycy, opracowanym przez WHO, podkreślono olbrzymią skalę problemu cukrzycy, a także wskazano możliwości odwrócenia obserwowanych obecnie trendów. Istnieje podbudowa polityczna do podjęcia skoordynowanej walki z cukrzycą - wpleciona w przyjęte Cele Zrównoważonego Rozwoju, Dekla-

rację Polityczną ONZ w sprawie Zapobiegania Chorobom Niezakaźnym i ich Zwalczenia oraz Globalny Plan Działania WHO na rzecz Zapobiegania Chorobom Niezakaźnym i ich Zwalczenia, która w przypadku podjęcia dalszych działań, będzie pełnić funkcję katalizatora.

W celu zmniejszenia skutków cukrzycy wszystkie państwa mogą podejmować szereg działań, zgodnie z celami ujętymi w Globalnym Planie Działania WHO na rzecz Zapobiegania Chorobom Niezakaźnym i ich Zwalczenia na lata 2013-2020, który przewiduje:

- Utworzenie krajowych mechanizmów, np. powołanie międzysektorowych komisji wysokiego szczebla w celu zapewnienia poparcia politycznego, przydzielenia odpowiednich zasobów oraz skutecznego przywództwa i rzecznictwa wspierającego zintegrowane działania na rzecz zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczenia, ze szczególnym uwzględnieniem cukrzycy.
- Budowanie potencjału resortów zdrowia w zakresie strategicznego przywództwa i angażowania interesariuszy ze wszystkich sektorów i społeczeństwa. Ustalenie krajowych celów i wskaźników umożliwiających rozliczenie realizowanych działań. Oszacowanie kosztów realizacji przyjętych krajowych polityk i planów działania dotyczących cukrzycy oraz zapewnienie ich finansowania i wdrożenia.
- Wskazanie priorytetowych działań podejmowanych w celu zapobiegania nadwadze i otyłości, poczynawszy od narodzin i wczesnego dzieciństwa. Wdrożenie polityk i programów promujących karmienie piersią i spożywanie zdrowej żywności oraz zniechęcających do spożywania niezdrowej żywności, w tym napojów gazowanych zawierających cukier. Tworzenie środowisk społecznych i zabudowy przestrzennej wspierających aktywność fizyczną. W realizowanej w dowolnej skali promocji zdrowego sposobu żywienia i aktywności fizycznej najlepiej sprawdza się połączenie polityk fiskalnych, inicjatyw legislacyjnych i zmian wprowadzanych w zakresie środowiska oraz zwiększanie

Polska

Liczba ludności: 38 612 000
Grupa dochodów: wysokie

Umieralność*

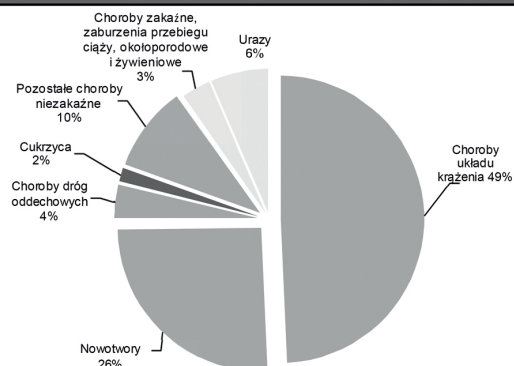
Zgony z powodu cukrzycy

	Mężczyźni	Kobiety
wiek 30–69	1 460	820
wiek 70+	1 480	2 580

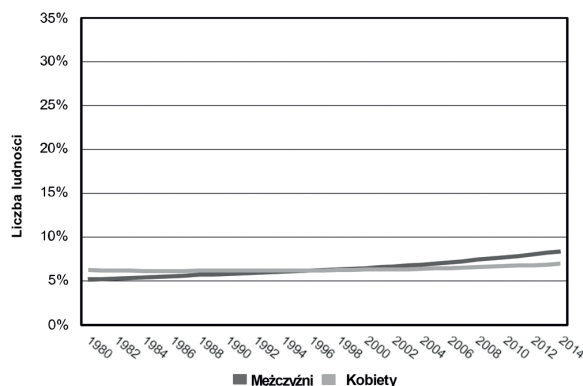
Zgony związane z wysokim poziomem glukozy we krwi

	Mężczyźni	Kobiety
wiek 30–69	5 720	2 030
wiek 70+	7 230	10 900

Proporcjonalna umieralność (% wszystkich zgonów, we wszystkich grupach wiekowych)*



Trendy rozpowszechnienia cukrzycy standaryzowane według wieku



Rozpowszechnienie cukrzycy i związanych z nią czynników ryzyka

	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Cukrzyca	9,8%	9,3%	9,5%
Nadwaga	68,2%	60,5%	64,2%
Otyłość	24,8%	29,1%	27,0%
Brak aktywności fizycznej	14,4%	26,0%	20,5%

Działania krajowe w odpowiedzi na problem cukrzycy

Polityki, wytyczne i monitoring

Realizowana polityka/strategia/plan działania w zakresie zwalczania cukrzycy	Tak
Realizowana polityka/strategia/plan działania w celu zmniejszenia nadwagi i otyłości	Nie
Realizowana polityka/strategia/plan działania w celu zwiększenia aktywności fizycznej	Tak
Opracowane na podstawie dowodów naukowych krajowe wytyczne/protokoły/standardy w zakresie cukrzycy	NW
Standardowe kryteria kierowania pacjentów z placówek podstawowej opieki zdrowotnej do jednostek wyższego poziomu opieki zdrowotnej	NW
Rejestr cukrzycy	Nie
Niedawno przeprowadzone krajowe badanie czynników ryzyka z pomiarem poziomu glukozy we krwi	Tak

Dostępność leków, podstawowych technologii i procedur w sektorze publicznej opieki zdrowotnej

Leki w placówkach POZ

Insulina	NW
Metformina	NW
Pochodne sylfonylomocznika	NW

Procedury

Fotokoagulacja siatkówki	NW
Terapia nerkozastępcza – dializa	●
Terapia nerkozastępcza – przeszczep	●

Podstawowe technologie w placówkach POZ

Pomiar poziomu glukozy we krwi	●
Test doustnego obciążenia glukozą	●
Test HbA1c	●
Badanie dna oka	○
Badanie czucia wibracji kamertonem	○
Badanie naczyń stóp metodą Dopplera	○
Testy paskowe do wykrywania glukozy i ciał ketonowych w moczu	NW

* Dane szacunkowe dotyczące umieralności obarczone są większą niepewnością, ponieważ nie opierają się na krajowych danych dotyczących umieralności z powodu chorób niezakaźnych (patrz: objaśnienia).

NW = odpowiedź udzielona przez dany kraj: "Nie wiem"

○ = nie są ogólnie dostępne ● = są ogólnie dostępne

Światowa Organizacja Zdrowia – Krajowy profil cukrzycy 2016.

- świadomości czynników ryzyka zdrowotnego.
- Wzmocnienie działań podejmowanych przez systemy ochrony zdrowia w celu zapobiegania chorobom zakaźnym i ich zwalczania, w szczególności cukrzycy oraz zapewnienie właściwego leczenia i postępowania w cukrzycy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wdrożenie polityk i programów zapewniających równy dostęp do podstawowych technologii diagnozowania cukrzycy i leczenia.
- Udostępnienie wszystkim potrzebującym chorym niezbędnych, podstawowych i przystępnych cenowo leków, takich jak insulina ludzka.
- Uzupełnienie luk istniejących w obecnie posiadanej wiedzy na temat cukrzycy. Szczególnie ważne jest przeprowadzenie oceny wyników realizowanych, innowacyjnych programów zmierzających do zmiany zachowań.
- Wzmocnienie krajowego potencjału w zakresie gromadzenia, analizy i wykorzystywania reprezentatywnych danych dotyczących obciążenia chorobą oraz trendów cukrzycy i jej głównych czynników ryzyka. Opracowanie, prowadzenie i wzmacnianie rejestru cukrzycy, jeśli istnieją możliwości jego wdrożenia i trwałego funkcjonowania.

Nie ma prostego rozwiązania problemu cukrzycy. Niemniej można wiele osiągnąć, podejmując skoordynowane i obejmujące wiele komponentów interwencje. Każdy może przyczynić się do zmniejszenia zasięgu i oddziaływania wszystkich postaci cukrzycy. Wszyscy - rządy, podmioty systemu opieki zdrowotnej, osoby chorujące na cukrzycę, społeczeństwo obywatelskie, producenci żywności oraz dostawcy leków i technologii są interesariuszami tego procesu. Wspólnie mogą wiele zdziałać i przyczynić się do zahamowania rosnącego rozpowszechnienia cukrzycy i poprawy jakości życia osób żyjących z tą chorobą.

Wszystko, co powinnaś wiedzieć o cytologii w ciąży

Sprawdź, jak przygotować się do badania, jak interpretować wyniki oraz o czym koniecznie powiedzieć lekarzowi.

CYTOLOGIA W CIĄŻY

1. CEL BADANIA:

Wykrycie nieprawidłowych komórek szyjki macicy, które mogą świadczyć m.in. o nowotworze, stanie przed nowotworowym i infekcjach. Materiał, który będzie analizowany później pod mikroskopem, powinien zostać pobrany już podczas pierwszej wizyty ginekologicznej w ciąży, o ile badanie nie było wykonywane w krótkim okresie przed zajęciem w ciążę (do pół roku).

To ważne badanie wykonywane w ramach profilaktyki raka szyjki macicy.

2. PAMIĘTAJ PRZED BADANIEM:

- Dwa, trzy dni wcześniej powinnaś zrezygnować z uprawiania seksu, stosowania dezodorantów do okolic intymnych i leków dopochwowych, bo mogą zafałszować wynik.
- Dzień przed badaniem nie kąp się w wannie.
- Tuż przed wizytą u ginekologa, opróżnij pęcherz.
- Nie musisz być na czczo.

3. PRZEBIEG BADANIA:

Wymaz pobiera się podczas badania ginekologicznego. Lekarz lub położna wprowadza do pochwy wziernik, a potem specjalną szczoteczką pobiera wymaz z tarczy i kanału szyjki macicy. Cały proces może być trochę nieprzyjemny, ale trwa zaledwie kilkadziesiąt sekund. Pobrany materiał jest następnie przekazywany do laboratorium.

4. WYNIK:

Zwykle trzeba na niego czekać około tygodnia.

Jeszcze niedawno wynik opisywano, korzystając z 5-stopniowej skali. Obecnie wykorzystuje się system Bethesda, według którego ocenia się nie tylko komórki i ich budowę, ale także to, czy pobrana próbka była wystarczająco dobra, by można było dokonać na jej podstawie wiarygodnej oceny.

SKRÓTY, JAKIE ZNAJDZIESZ W WYNIKU (ZAMIAST CYFR OD I DO V)

NILM lub FI - nie stwierdzono żadnych niepokojących zmian. Według wcześniej stosowanej klasyfikacji 5-stopniowej byłaby to grupa I.

ASC - to informacja, że znaleziono „nieprawidłowe komórki nabłonkowe o nieokreślonym znaczeniu:

ASC-US - często oznacza zakażenie HPV.

ASC-H - daje podejrzenie obecności komórek, które mogą świadczyć o stanie przed-nowotworowym, dlatego w tym przypadku zwykle lekarz zleca dalsze badania np. kolposkopię.

Gdybyśmy mieli zastosować wcześniejszą, 5-stopniową skalę, wynik wskazywałby na II grupę.

AGC - mówi o obecności atypowych zmian w komórkach gruczołowych (wyżej opisywane zmiany dotyczyły komórek nabłonka płaskiego):

AGC - NOS - wykryto „komórki gruczołowe inaczej niesklasyfikowane”

AGC - FN - znaleziono komórki gruczołowe, które na pewno są zbudowane nieprawidłowo.

W obu przypadkach (a zwłaszcza w przypadku AGC - FN) konieczne jest jak najszybsze wykonanie dalszych badań diagnostycznych. Gdybyśmy mieli zastosować wcześniejszą, 5-stopniową skalę, wynik wskazywałby na II grupę.

SIL - takie oznaczenie świadczy o obecności komórek nabłonka płaskiego, które mają zdecydowanie nieprawidłową budowę:

L-SIL - komórki nabłonka są zmienione w niewielkim stopniu;

H-SIL - zmiany w komórkach są duże.

Gdybyśmy mieli zastosować wcześniejszą, 5-stopniową skalę, wynik wskazywałby na III lub IV grupę.

CZYTAJĄC WYNIK, PAMIĘTAJ!

Jego opis jest dla laika bardzo trudny do zrozumienia. Dlatego z wyciąganiem wniosków poczekaj do rozmowy z lekarzem i jemu pozostaw interpretację. Nie wpadaj w panikę, jeśli znajdziesz informację o jakichś nieprawidłowościach, bo mogą nimi być stosunkowo niegroźne zmiany zapalne.

Czasem ocena pobranej próbki jest bardzo trudna i wtedy dość łatwo o pomyłkę. Szacuje się, że przynajmniej kilka procent wyników jest fałszywie dodatnich, czyli jest w nich informacja o „niebezpiecznych” komórkach, których tak naprawdę nie ma.

Cytologia jest jedynie badaniem przesiewowym, a nieprawidłowe wyniki wymagają weryfikacji za pomocą bardziej dokładnych metod (kolposkopii czy histopatologicznego badania wycinków).

O ewentualnej konieczności pogłębienia diagnostyki decyduje lekarz.

5. POWIEDZ LEKARZOWI:

Po pobraniu wymazu może dojść do niewielkiego krwawienia. W takiej sytuacji należy zgłosić się od razu do lekarza.

Konsultacja:

*Krajowy konsultant perinatologii
prof. dr hab. Mirosław Wielgos*

Pytania i odpowiedzi

OD KTÓREGO MIESIĄCA ŻYCIA DZIECKA PIELEŃNIARKA MOŻE PODAĆ LEK DOMIĘŚNIOWO W WARTUNKACH DOMOWYCH?

Opublikowano: QA 729554 Status: aktualne

Autor odpowiedzi: Choromańska Iwona

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

PYTANIE

Od którego miesiąca życia dziecka pielęgniarka może podać lek domięśniowo w warunkach domowych?

ODPOWIEDŹ

Odpowiedź zawarta jest w uzasadnieniu.

Uzasadnienie

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., w art. 4 ust. 1 u.z.p.p. stanowi, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;

7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Zgodnie z treścią art. 15 ust. 1 u.z.p.p. pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka i położna mają prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę jego wykonania (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.).

Przepisy prawa, a w szczególności ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej nie regulują wprost takich kwestii jak określenie wieku niemowlęcia, któremu można podać lek domięśniowo w warunkach domowych. Powyższe uzależnione jest od szeregu czynników. Z całą pewnością o drodze podania leku decyduje lekarz, który dokonuje stosownych wpisów w dokumentacji medycznej pacjenta. Bez wątplenia istotne jest, jaki produkt leczniczy ma być podany dziecku, waga ciała pacjenta i.t.p. Generalną zasadą jest, że nie podaje się w warunkach domowych leków drogą wstrzyknięć dożylnych lub domięśniowych noworodkom i niemowlętom do 3 miesiąca życia. Od kilku lat pozostają aktualne zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pediatrii w sprawie: zlecenia przez lekarzy rodzinnych do wykonania w domu wstrzyknięć dożylnych bądź domięśniowych antybiotyków - u dzieci do 3-go miesiąca życia. Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego w swojej opinii z dnia 12 sierpnia 2014 r, jednoznacznie stwierdza w pkt 11 opinii, u no-

worodków, niemowląt do ukończenia 3 miesiąca życia oraz u starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej wyklucza się iniekcje domięśniowe w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku przeciwwskazań do doustnej podaży antybiotyków, dziecko powinno być skierowane do szpitala celem realizacji antybiotykoterapii dożylniej. Opinia ta zamieszczona jest na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

W przypadku wątpliwości, pielęgniarka w oparciu o przepis art. 15 ust. 3 u.z.p.p., powinna zwrócić się do lekarza zlecającego podanie leku drogą domięśniową niemowlęciu w warunkach domowych, czy zlecenie nie jest dotknięte błędem.

Podczas wykonywania czynności zawodowych przez pielęgniarkę, winna ona pamiętać o art. 11 ust. 1 u.z.p.p., który wskazuje, że pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Mając zatem na względzie dobro pacjenta, w przypadku wątpliwości pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.). Szczegółowy tryb postępo-

wania w takim przypadku określa art. 12 u.z.p.p.

CZY PIELEŃNIARKI MEDYCYNY SZKOLNEJ UDZIELAJĄC ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU MEDYCYNY SZKOLNEJ SĄ ZOBOWIĄZANE DO UZYSKANIA ZGODY RODZICA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO NA PRZEPROWADZENIE PRZEGLĄDÓW HIGIENY OSOBISTEJ, PODAWANIE LEKÓW NP. PRZECIWBÓLOWYCH, PRZECIWGORĄCZKOWYCH?

Opublikowano: QA 738689 Status: aktualne

Autor odpowiedzi: Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono: 25 lipca 2016 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie
PYTANIE

Czy pielęgniarki medycyny szkolnej udzielając świadczeń z zakresu medycyny szkolnej są zobowiązane do uzyskania zgody rodzica lub opiekuna prawnego na przeprowadzenie przeglądów higieny osobistej, podawanie leków np. przeciwbólowych, przeciwgorączkowych?

ODPOWIEDŹ

Odpowiedź zawarta jest uzasadnieniu.

Uzasadnienie

Sprawowanie profilaktycznej opieki nad uczniem przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania jest udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Rola pielęgniarki medycyny szkolnej została określona w szeregu aktów prawnych.

W myśl przepisu § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą - dalej r.p.o.z., pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Zgodnie z § 10 ust. 1 r.p.o.z. pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna prowadzą dokumentację medyczną uczniów na zasadach określonych w przepisach o dokumentacji medycznej.

Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki realizacji zawiera załącznik nr 4 do rozporządze-

nia Ministra Zdrowia z dnia 24.września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej - dalej r.ś.g.p.o. Zgodnie z pkt 2 części I załącznika do r.ś.g.p.o. świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej obejmują:

1) wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych, zgodnie z warunkami określonymi w części II załącznika r.ś.g.p.o.;

2) kierowanie postępowaniem poprzysiewowym oraz sprawowanie opieki nad uczniami z dodatnimi wynikami testów;

3) czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi;

4) sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole;

5) udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;

6) doradztwo dla dyrektora szkoły w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole;

7) edukacja w zakresie zdrowia jamy ustnej;

8) prowadzenie u uczniów szkół podstawowych (klasy I-VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l, grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni;

9) udział w planowaniu, realizacji i ocenie edukacji zdrowotnej.

Zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - dalej u.p.p., pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9 u.p.p. W imieniu małoletniego pacjenta zgoda taka wyrażana jest przez przedstawiciela ustawowego. Zgoda przedstawiciela ustawowego (opiekuna prawnego)

ucznia wymagana jest zawsze, natomiast nie musi to być wyłącznie zgoda wyrażana na piśmie. Przepisy ustawy w art. 18 ust. 1 u.p.p. wskazują, że w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę, o której mowa w art. 17 ust. 1 u.p.p., tj. na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, wyraża się w formie pisemnej.

Tak więc brak jest podstawy prawnej do twierdzenia, że na każdą czynność wykonywaną przez pielęgniarkę medycyny szkolnej w stosunku do ucznia wymagana jest pisemna zgoda opiekunów prawnych. W przypadku nie wyrażenia zgody przez opiekunów prawnych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, należałoby uzyskać takie oświadczenie na piśmie, pomimo, że przepisy prawa nie wymagają wprost w tym zakresie formy pisemnej. Jeżeli opiekunowie odmawiają złożenia pisemnego oświadczenia w powyższym zakresie, należy sporządzić stosowną notatkę w dokumentacji medycznej.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej ucznia określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie, rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - dalej r.d.m. Paragraf 68 r.d.m. stanowi, że indywidualna dokumentacja ucznia zawiera dane określone w § 10 ust. 1 pkt 1-4 r.d.m. tj.:

1) oznaczenie podmiotu:

a) nazwę podmiotu,

b) kod resortowy, stanowiący część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,

c) nazwę przedsiębiorstwa podmiotu - w przypadku podmiotu leczniczego,

d) nazwę jednostki organizacyjnej oraz jej kod resortowy stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze organizacyjnej wyodrębniono jednostki organizacyjne,

e) nazwę komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kod resortowy stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - w przypadku podmiotu leczniczego, w którego strukturze

organizacyjnej wyodrębniono komórki organizacyjne,

f) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;

g) oznaczenie pacjenta zgodnie z art. 25 pkt 1 u.p.p. tj. nazwisko i imię (imiona), data urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość, nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania

2) przy czym określenie rodzaju dokumentu potwierdzającego tożsamość obejmuje jego nazwę oraz nazwę kraju, w którym został wystawiony;

3) oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie:

a) nazwisko i imię,

b) tytuł zawodowy,

c) uzyskane specjalizacje,

d) numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera,

e) podpis;

4) datę dokonania wpisu oraz:

1) informacje o przebytych chorobach i problemach zdrowotnych ucznia;

2) informacje o innych problemach mających wpływ na zdrowie ucznia;

3) wyniki przeprowadzanych testów przesiewowych.

Zarządzenie nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w § 24 ust. 1 wskazuje, że przedmiot umowy o udzielanie świadczeń pielęgniarki szkolnej stanowi realizacja świadczeń określonych w części I załącznika nr 4 do r.s.g.p.o. Zatem przepisy rozporządzenia, zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa NFZ, jak też rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej nie przewidują przeprowadzania przeglądów higieny osobistej ucznia. Powyższe prowadzi do wniosku, że nie jest to świadczenie zdrowotne, a zatem nie jest to czynność podlegająca wykonaniu przez pielęgniarkę

szkolną. W tym miejscu wskazać należy, że problem kontroli higieny ucznia rozważany był wielokrotnie. Zakład Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie w stanowisku z dnia 29 listopada 2004 r. wyraził negatywną opinię w sprawie publicznego sprawdzania czystości uczniów. Z powyższą opinią należy się w pełni zgodzić.

Odnośnie możliwości bądź konieczności podania uczniowi leku przeciwbólowego lub przeciwgorączkowego wskazać należy, iż wynikać to będzie z przepisu pkt 2 ppkt 5 części I załącznika 4 r.s.g.p.o., który dotyczy obowiązku udzielenie przez pielęgniarkę . pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc.

CZY PIELĘGNIARKA POSIADAJĄCA TYTUŁ MAGISTRA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA MUSI UKOŃCZYĆ KURS SPECJALISTYCZNY W DZIEDZINIE ZDEJMOWANIA SZWÓW, ŻEBY MÓC WYKONYWAĆ POWYŻSZĄ CZYNNOŚĆ?

Opublikowano: QA 742702 Status: aktualne

Autor odpowiedzi: Choromańska Iwona

Odpowiedzi udzielono: 8 sierpnia 2016 r. stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Czy pielęgniarka posiadająca tytuł magistra w dziedzinie pielęgniarstwa musi ukończyć kurs specjalistyczny w dziedzinie zdejmowania szwów, żeby móc wykonywać powyższą czynność?

ODPOWIEDŹ

Pielęgniarka posiadająca tytuł magistra w dziedzinie pielęgniarstwa musi ukończyć kurs specjalistyczny „Leczenie ran dla pielęgniarek”, żeby móc wykonywać zdjęcie szwów.

Uzasadnienie

Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa określa w załączniku nr 4 „Standardy kształcenia dla kierunku studiów: Pielęgniarstwo”. Część A załącznika dotyczy standardów kształcenia studiów pierwszego stopnia, część B załącznika dotyczy standardów kształce-

nia studiów drugiego stopnia. W żadnym z powyższych standardów ustawodawca nie przewidział dla pielęgniarki nabycia umiejętności zdejmowania szwów. Powyższe oznacza, że umiejętność ta winna być nabyta w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarki.

Artykuł 66 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., ustala następujące rodzaje kształcenia podyplomowego:

1) szkolenie specjalizacyjne, zwane w ustawie „specjalizacją”;

2) kurs kwalifikacyjny;

3) kurs specjalistyczny;

4) kurs doształcający.

Program kursu specjalistycznego „Leczenie ran dla pielęgniarek” zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19 sierpnia 2015 r. w zakresie umiejętności, przewiduje w pkt U. 7 nabycie przez pielęgniarkę umiejętności usunięcia szwów z rany (str. 6 programu).

Paragraf 1 ust. 1 pkt 3 lit. i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego stanowi, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń leczniczych obejmujących zdejmowanie szwów, pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Powyższe rozporządzenie wydane zostało na podstawie art. 6 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Ustawa ta została zastąpiona przez ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, jednakże rozporządzenie zachowuje swoją moc na podstawie art. 102 ust. 1 u.z.p.p.

Uwzględniając zatem powołane powyżej przepisy prawa, stwierdzić należy, że pielęgniarka posiadająca tytuł magistra w dziedzinie pielęgniarstwa musi ukończyć kurs specjalistyczny „Leczenie ran dla pielęgniarek”, żeby móc wykonywać zdjęcie szwów.

CZY DODATEK DO WYNAGRODZENIA PRZYSŁUGUJE PIELĘGNIARCOM ŚWIADCZĄCYM PRACĘ NA PODSTAWIE UMOWY CYWILNOPRAWNEJ (KONTRAKTU) W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI

PIELĘGNIARSKIEJ JEŻELI SĄ ONE RÓWNIŻ ZATRUDNIONE NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ W INNYCH KOMÓRKACH ZAKŁADU?

Opublikowano: QA 722274 Status: aktualne

Autor odpowiedzi: Pietraszewska-Macheta Agnieszka

Odpowiedzi udzielono: 16 czerwca 2016 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Od 1 września 2015 r. zostały przyznane dodatkowe środki na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W naszym zakładzie w komórce nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wszystkie pielęgniarki świadczą pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontraktu) w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej. Te same pielęgniarki są jednocześnie zatrudnione na podstawie umowy o pracę winnych komórkach naszego zakładu i dostają z tego tytułu dodatki pieniężne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Czy takie dodatki będą im przysługiwały również w nocnej i świątecznej opiece?

ODPOWIEDŹ

Dodatkowe środki na zwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek powinny być wypłacone proporcjonalnie do liczby etatów, przy czym forma zatrudnienia pielęgniarek nie ma znaczenia, a pojęcie etatu ma charakter umowny i odnosi się do średniej liczby godzin zatrudnienia danych pielęgniarek.

Uzasadnienie

Środki na dodatkowe wynagrodzenia dla pielęgniarek wynikające z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dalej r.o.w.u., z uwzględnieniem zmian wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warun-

ków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dalej r.z.o.w.u., powinny być wypłacone na rzecz osób wykazanych do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w informacji, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia.

W konsekwencji zatem, dodatek do wynagrodzeń wylicza się proporcjonalnie do etatu danej osoby, w liczbie nie większej niż przedstawiona w informacji wynikającej z § 2 r.o.w.u. Jak wynika z treści tego przepisu forma zatrudnienia pielęgniarek nie ma znaczenia.

Ustawodawca wprowadził nie definiuje pojęcia etatu, jednak przyjmuje się w oparciu o postanowienia ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, że etat pracownika medycznego realizującego świadczenia zdrowotne w podmiotach leczniczych to 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut. Zatem ostatecznie, stwierdzenie, czy wskazanym w pytaniu pielęgniarkom należy się dodatkowe wynagrodzenie, zależy od tego czy:

- 1) etaty przeliczeniowe mieszczą się w informacji przekazanej do OW NFZ;
- 2) jaka jest liczba etatów przeliczeniowych, na których zatrudnione są pielęgniarki.

Przykładowo, jeżeli w ramach umowy NIŚOZ jest zatrudnionych 6 pielęgniarek, łącznie na trzech etatach (niezależnie od formy prawnej zatrudnienia, w przypadku umów cywilnoprawnych będzie to umowne przeliczenie godzinowe), jednocześnie w innych komórkach te pielęgniarki są zatrudnione na przykładowo 0,75 etatu, to wysokość dodatku należy wyliczyć proporcjonalnie - w tym wypadku dla każdej pielęgniarki w wysokości

1,25 etatu według zasad uzgodnionych ze związkami zawodowymi albo pozytywnie zaopiniowanych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych, względnie zgodnie z podziałem środków ustalonym przez świadczeniodawcę (§ 2 ust. 4 r.o.w.u.).

CZY PIELĘGNIARKA ZATRUDNIONA NA UMOWĘ O ZASTĘPSTWO NA CZAS OKREŚLONY Z DNIEM 1 MAJA 2016 ROKU U PIERWSZEGO PRACODAWCY BĘDZIE WYKAZANA PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ DO NFZ JAKO ETAT, KTÓREMU PRZYSŁUGUJE PRAWO DO PODWYŻKI ZGODNIE Z ROZPORZĄDZENIEM W SPRAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ?

Opublikowano: QA 728513 Status: aktualne

Autor odpowiedzi: Pietraszewska-Macheta Agnieszka

Odpowiedzi udzielono: 29 czerwca 2016 r., stan prawny dotychczas nie uległ zmianie

PYTANIE

Czy pielęgniarka zatrudniona na umowę o zastępstwo na czas określony z dniem 1 maja 2016 r. u pierwszego pracodawcy będzie wykazana przez świadczeniodawcę do NFZ jako etat, któremu przysługuje prawo do podwyżki zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej?

ODPOWIEDŹ

Świadczeniodawca może przeznaczyć środki finansowe na dodatkowe wynagrodzenie dla osoby zatrudnionej na zastępstwo, jeżeli kwota zobowiązana przeznaczona w aneksie do umowy, zawartym z OW NFZ w zakresie przekazania dodatkowych środków finansowych uwzględnia dany etat, a podział będzie zgodny z ustaleniami podjętymi ze związkami zawodowymi lub izbami pielęgniarskimi w trybie § 2 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dalej r.o.w.u., oraz § 2 ust. 4-6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dalej r.z.o.w.u.

Uzasadnienie

Zasady przyznawania dodatkowych środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek (położnych) określają postanowienia rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia zmieniającego. Zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 1 r.o.w.u. w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, był zobowiązany do przekazania dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, (...), informacji, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia. Informacja, objęła następujące dane:

1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej albo informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska;

2) wymiar etatu albo równoważnika etatu pielęgniarki albo położnej.

Na podstawie tych informacji Fundusz przedstawił świadczeniodawcy aneks na podstawie którego świadczeniodawca uzyskuje środki finansowe na dodatkowe wynagrodzenie, które przeznacza na wynagrodzenia dla pielęgniarek w zgłoszonej liczbie etatów.

Realizując delegację zawartą w § 2 ust. 6 w dniu 16 października 2015 r. Prezes NFZ wydał zarządzenie Nr 70/2015/DSOZ zmieniające zarządzenia Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów, w którym określił wzór aneksu (załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ), szczegółowo określającego warunki wypłaty wyżej wskazanych środków oraz wzór oświadczenia (załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ), które świadczeniodawca jest zobowiązany przedłożyć wraz z dokumentami określonymi w § 2 ust. 4 i 5 r.o.w.u. (porozumienie ze związkami zawodowymi, albo pozytywnie zaopiniowany sposób podziału środków, albo sposób podziału środków dokonany przez świadczeniodawcę).

Zgodnie z § 1 ust. 4 aneksu (załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ) środki finansowe przeznaczone na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych, będą przekazywane:

1) w okresie do dnia 31 grudnia 2015 r. - na zasadach określonych w przepisach załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. - na zasadach określonych w przepisach załącznika do r.o.w.u.,

- po dostarczeniu przez świadczeniodawcę rachunku za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne i oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ, świadczeniodawca oświadcza w oświadczeniu, iż środki, które są przedmiotem rachunku przekazał już zgodnie z ustaleniami zawartymi w stosownych dokumentach (porozumieniu ze związkami zawodowymi, pozytywnie zaopiniowanym podziale środków lub podziale środków dokonany przez świadczeniodawcę). Sformułowanie zawarte w oświadczeniu (załącznik nr 8 zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ) wskazuje, że jego złożenie w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, wymaga przekazania środków, zgodnie z uzgodnieniami (ze związkami zawodowymi lub izbą pielęgniarską) lub podziałem środków. Jeżeli zatem, etat pielę-

niarski osoby pracującej na zastępstwo jest uwzględniony w przedstawionym zestawieniu, a rozdysponowana kwota, również na ten etat, będzie zgodna z zawartym porozumieniem ze związkami zawodowymi albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału środków, albo sposobem podziału środków dokonany przez świadczeniodawcę, zdaniem autorki można przeznaczyć dodatkowe środki finansowe dla tej osoby.

CZY DODATKOWE ŚRODKI PRZEKAZANE ŚWIADCZENIODAWCY NA PODWYŻKI DLA PIELĘGNIAREK MOGĄ BYĆ PRZEZNACZONE NA KOSZTY PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI?

Opublikowano: QA 745299 Status: aktualne

Autor odpowiedzi: Kaczorowska-Kossowska Iwona

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

PYTANIE

Czy pracodawca zatrudniający pielęgniarki POZ na umowę o pracę może przyjmując następujący podział środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek POZ. Z iloczynu stawki i ilości pacjentów wynika wzrost finansowania o 460 zł dla każdej pielęgniarki, 400 zł do wynagrodzenia dla każdej pielęgniarki a 60 zł nadwyżki pozostawić na koszty prowadzenia działalności w zakresie pielęgniarki POZ (np. koszty transportu, materiały opatrunkowe itp.) koszty te ponosi pracodawca?

W przypadku indywidualnych praktyk koszty te ponosi pielęgniarka.

ODPOWIEDŹ

Wszystkie dodatkowe środki przekazane świadczeniodawcy na świadczenia opieki zdrowotnej w trybie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - dalej r.z.o.w.u., powinien on przeznaczyć na zwiększenie wynagrodzeń, bez możliwości przeznaczenia ich na inne cele (tu: koszty prowadzenia działalności).

Uzasadnienie

Zgodnie z § 3 ust. 2 r.z.o.w.u. środki, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 r.z.o.w.u. tego przepisu przeznacza w taki

sposób, aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł dla:

1) pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej;

2) pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielającej świadczeń w środowisku nauczania i wychowania;

3) położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Po pierwsze więc, w przypadku podziału środków dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej mówi on o zapewnieniu średniego wzrostu wynagrodzeń o 400 zł „w skali kraju”, co oznacza, iż ilość środków przekazanych przez NFZ określonego świadczeniodawcy może być mniejsza lub większa od ilości etatów pielęgniarek i położnych przemnożonych przez kwotę 400 zł. Po drugie, w dalszej części § 3 (ust. 3) r.z.o.w.u. przepis ten odsyła do § 2 ust. 4-9 i ust. 10 r.z.o.w.u. zdanie pierwsze, stosowa-

nych odpowiednio. Zgodnie zaś z § 2 ust. 4 świadczeniodawca niezwłocznie po otrzymaniu zmiany umowy przekazuje propozycję podziału środków na podwyżki w sposób określony w ust. 2 tego przepisu. Ten zaś mówi o obowiązku zapewnienia średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia, w tym dodatku za pracę w porze nocnej i dodatku za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz z składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej.

Powyższy system odesłań prowadzi do wniosku, iż w przypadku POZ świadczeniodawca obowiązany jest tak zagospodarować środki przyznane na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, aby zapewnić średni wzrost wynagrodzeń o wskazaną kwotę, przy czym z uwagi na „odpowiednie” zastosowanie § 2 ust. 4 r.z.o.w.u., nie jest to kwota okre-

ślona w rozporządzeniu, lecz wynikająca ze zmiany umowy przedstawionej przez oddział wojewódzki NFZ. Tym samym w przypadku pielęgniarek i położnych POZ (realizujących świadczenia rozliczane według stawki kapitacyjnej) środki przeznaczone na zwiększenie wynagrodzeń mogą przekraczać kwotę 400 zł w przeliczeniu na etat lub jego równoważnik (lub też stanowić kwotę mniejszą).

Oznacza to, że wszystkie dodatkowe środki przekazane świadczeniodawcy na świadczenia opieki zdrowotnej w trybie wyżej wymienionego rozporządzenia powinien on przeznaczyć na zwiększenie wynagrodzeń, bez możliwości przeznaczenia ich na inne cele (tu: koszty prowadzenia działalności). W przypadku przeznaczenia ich na cel inny niż wzrost wynagrodzeń będą one podlegały zawrotowi w trybie § 2 ust. 1 pkt 1 r.z.o.w.u.

Stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego województwa lubuskiego w sprawie pozostawienia u pacjenta leczonego w domu kaniuli dożylniej – wenflonu

W podstawowej opiece zdrowotnej stosuje się na zlecenie lekarza podawanie leków drogą dożylną. Zlecenia te wykonuje się z zachowaniem określonych zasad postępowania zgodnych z sztuką zawodu pielęgniarki i położnej.

Zasady podawania leku drogą dożylną oraz zakładania wkłucia dożylnego, jego pielęgnacji i jego monitorowania znajdują się m. in. w podręczniku do nauki zawodu pt. „Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwa i położnictwa”. Tom II – Wybrane działania pielęgniarstwa, str. 911.

Z powodu licznych powikłań jakie mogą wystąpić podczas kaniulacji, np. przekłucie albo pęknięcie żyły, podanie leku czy przetoczenie płynu poza żyłę, złe unieruchomienie kaniuli, zapalenie żyły w miejscu wkłucia, zakrzepowe zapalenie nakłutej żyły, nagła posocznica odcewnikowa oraz liczne reakcje uczuleniowe na materiał, z którego wykonana jest kaniula i wiele innych powikłań, wykluczają się pozostawienie cewnika dożylnego

jakim jest wenflon na czas leczenia w żyłę i odesłanie pacjenta do domu z kaniulą.

Ograniczone monitorowanie wkłucia u pacjenta będzie wówczas wpływało na podniesienie czynników ryzyka i wystąpienia zakażeń cewnika.

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. nr 234 poz. 1370) w rozdziale 3 str. 11 pkt 1. 2 i 3 nakłada odpowiedzialność i zobowiązuje kierowników podmiotów leczniczych i personel medyczny wykonujący świadczenia medyczne do odpowiednich działań służącym zapobieganiu zakażeniom powstałym na skutek udzielania świadczeń zdrowotnych, a które związane są z zerwaniem ciągłości tkanek ludzkich.

Jedną z takich czynności związanych są z zerwaniem ciągłości tkanek jest kaniulacja, czyli założenie wenflonu do żył obwodowych celem wprowadzenia leku, nawodnienia pacjenta czy też żywienia pozajelitowego itp.

Pielęgniarka odpowiada za zabezpieczenie i pielęgnację miejsca wkłucia. Gdy pacjent znajduje się w domu pielęgniarka nie ma takiej możliwości.

Jeżeli więc w trakcie pobytu pacjenta z wenflonem w domu dojdzie do infekcji, a nawet posocznicy, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej utraci kontrolę nad wkłuciem.

Podsumowując, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z zasadami postępowania i w związku z ryzykiem związanym z tą procedurą nie może zostawiać kaniuli dożylniej w naczyniu i odesłać pacjenta do domu.

Nadto należy pamiętać, że jeżeli jest to zlecenie lekarskie, to powinno być ono sporządzone na piśmie z określeniem pełnej odpowiedzialności wydającego to zlecenie.

*mgr Beata Majchrzak
Konsultant Wojewódzki
w Dziedzinie Pielęgniarstwa
Rodzinnego na województwa lubuskie*

Gorzów Wlkp. dnia 4 lutego 2016 r.

Komunikat

w sprawie kursów specjalistycznych stanowiących warunki zakwalifikowania się na specjalizację lub kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek, położnych

W związku z napływającymi informacjami o trudnościach w spełnieniu warunku dopuszczenia na specjalizację lub kurs kwalifikacyjny, jakim jest legitymowanie się zaświadczeniami o ukończeniu określonych kursów specjalistycznych na etapie postępowania kwalifikacyjnego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, poniżej przedstawia co następuje:

- W celu ułatwienia podjęcia kształcenia podyplomowego przez pielęgniarki i położne, kursy specjalistyczne wskazane w założeniach organizacyjno-programowych szkolenia specjalizacyjnego lub kursu kwalifikacyjnego nie muszą stanowić warunku wstępnego dopuszczenia do danego rodzaju kształcenia.

- Warunek ten musi zostać spełniony przed rozpoczęciem zajęć stażowych,

realizowanych w ramach danej specjalizacji lub kursu kwalifikacyjnego, przedłożeniem Organizatorowi kształcenia zaświadczenia o ukończonych kursach specjalistycznych.

Maria Jolanta Królak
Dyrektor Centrum Kształcenia
Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych



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

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

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: RS Druk, Rzeszów. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 5 IX 2016 roku.



Szanowni Państwo Pielęgniarki i Pielęgniarze oraz Położne z woj. podkarpackiego

Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie informuje, że w związku z uzyskaniem z Ministerstwa Zdrowia dotacji na realizację projektu **„Recepta na pielęgniarskie kwalifikacje”** nasze placówki szkoleniowe w Rzeszowie, Krośnie i Tarnobrzegu będą organizować na obszarze woj. podkarpackiego nieodpłatne, dofinansowane ze środków UE kursy specjalistyczne:

- **Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I**
(dla mgr i specjalistów) – 8 grup po 20 osób;
- **Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. II**
(dla licencjatów) – 6 grup po 20 osób;
- **Wywiad i badania fizykalne** – 6 grup po 20 osób;
- **Wykonywanie i interpretacja zapisów EKG** – 3 grupy
- **Wykonywanie badania spirometrycznego** – 1 grupa
- **Opieka pielęgniarska na chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów** – 1 grupa
- **Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi** – 1 grupa

oraz kursy kwalifikacyjne w trzech dziedzinach:

- **Pielęgniarstwo onkologiczne** – 1 grupa
- **Pielęgniarstwo psychiatryczne** – 1 grupa
- **Pielęgniarstwo geriatryczne** – 1 grupa

Łącznie w proponowanych przez OKPPIP powyższych kursach dofinansowanych jest 420 miejsc. Każdy uczestnik będzie mógł skorzystać z jednego wybranego kursu projektowego. Zainteresowani skorzystaniem z ww. nieodpłatnych szkoleń mogą zgłaszać się do Ośrodka z własnej inicjatywy, bez konieczności uzyskania oddelegowania przez pracodawcę.

Preferowaną w projekcie grupą uczestników są pielęgniarki i pielęgniarze oraz położne współpracujący z POZ (niezależnie od rodzaju i formy zatrudnienia w POZ).

Pierwsze kursy rozpoczną się w czerwcu 2016 i będą systematycznie wdrażane do końca 2017r.

Bliższe informacje na temat naboru i rekrutacji na www.okppip.pl, w Biurze projektów OKPPIP przy ul. Rymanowskiej 3 - tel. 17/ 77 88 481, kom. 510 976 425, email: projektszansa@interia.pl oraz placówkach w Krośnie – tel. 13/ 43 72 781 i Tarnobrzegu - tel. 15/ 823 23 23