

FORUM

ZAWODOWE

6(99)2015



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

W numerze

- 4** Słowo Przewodniczącej
- 5** Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w latach 2011-2015 za okres VI kadencji
- 9** Sprawozdanie Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres VI kadencji
- 10** Sprawozdanie Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres VI kadencji
- 12** Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres VI kadencji
- 12** Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 13** Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie
- 14** Sprawozdanie z przebiegu XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 17** Wniosek XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Delegatów
- 28** Rozporządzenie Ministra Zdrowia
- 37** Nowe programy kursów
- 40** Kwalifikacje wymagane od osób przeprowadzających szczepienia ochronne
- 42** List w trybie konsultacji w sprawie włączenia testów przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu do Rozporządzenia Ministra Zdrowia
- 44** Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu

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

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.00

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 wtorek miesiąca w godzinach 10-14

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

Skaldowie

ZŁOTA JEROZOLIMA I BIEDNE BETLEJEM

*Zawieja i beznadzieja
Złota Jerozolima,
a w biednym Betlejem Pani
Syneczka w grocie powiła.
Zima się ludzi trzyma,
Złote denary wszędzie,
bieda straszna w Betlejem
Tam tylko Pan przybędzie!*

*ref. Do szopy, do szopy wszyscy
kto ogrzać pragnie ręce,
z darami, z darami, z darami,
by odtajało serce/x2*

*Nie do złota i mirry,
Nie do różanych kadzideł,
ale do szopy w zawieję
Tej nocy Pan do nas przybył.
Nie do wieży z księgami,
Gdzie mędracy świata najwięksi,
ale do szopy w zawieję,
gdzie pastuszkowie są pierwsi.*

*ref. Do szopy, do szopy wszyscy
kto ogrzać pragnie ręce,
z darami, z darami, z darami,
by odtajało serce/x2*

**W oczekiwaniu na zbliżające się Święta
Bożego Narodzenia i Nowy Rok
Pełni nadziei spoglądamy w przyszłość.
W tych wyjątkowych dniach
Chcę Państwu życzyć
Zdrowia, pogody ducha,
Spełnienia wszystkich marzeń,
Zawodowej satysfakcji i wielu sukcesów
Oraz wszelkiej pomyślności
W nadchodzącym Nowym Roku**

**Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie**

Bardzo dziękuję Delegatom za zaufanie i oddany na moją osobę głos w wyborach w dniu 27 listopada 2015 r. na XXX Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

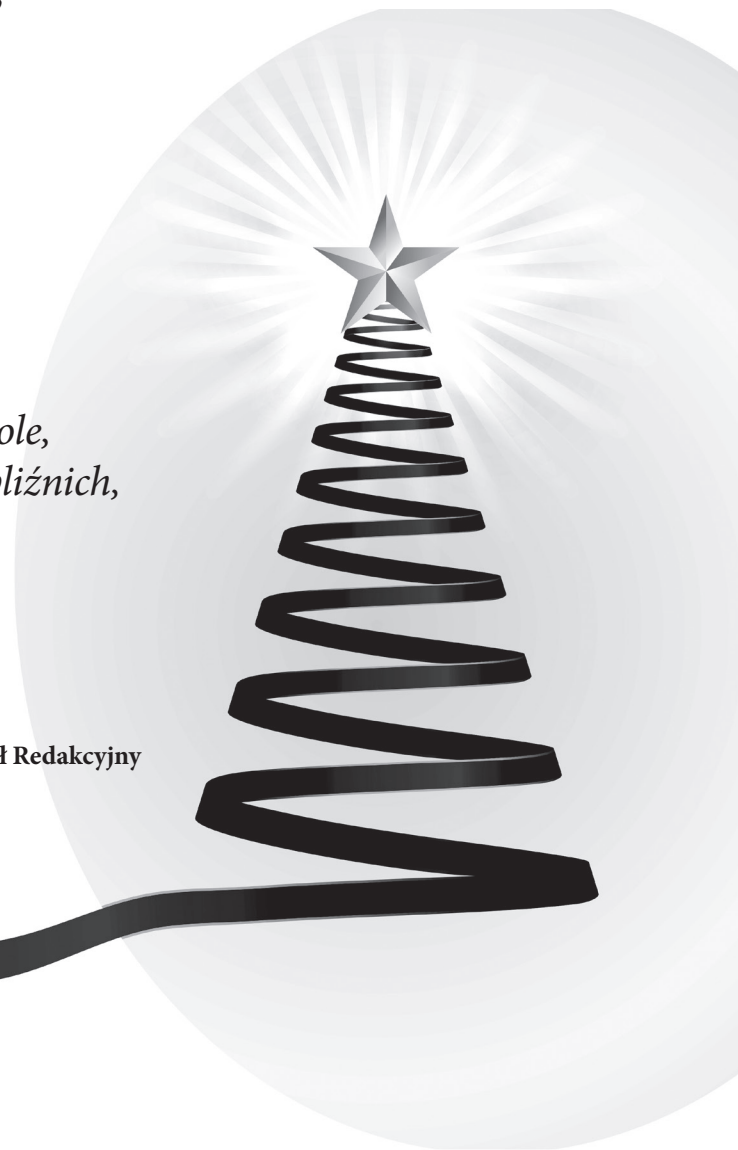
*Renata Michalska
Przewodnicząca ORPiP w Krośnie*

**„Znowu minął rok,
Znów za oknem pada śnieg,
Blask choinki w domu lśni,
Bo świąteczne idą dni.
Kolędnicy już odwiedzają każdy dom,
Dzwonią sanie spośród zasp,
Bo kolędy nadszedł czas”.**

*Wszystkim Czytelnikom biuletynu życzymy:
radosnego kolędowania w rodzinnym gronie,
sianka pod białym obrusem na wigilijnym stole,
betlejemskiej miłości, która pomaga kochać bliźnich,
uśmiechu i pokoju, jakie dają poczucie
bezpieczeństwa i ufności.*

WESOŁYCH ŚWIĄT!

Zespół Redakcyjny



Od redakcji

Kolęda to nieodłączny składnik okresu Bożego Narodzenia, który ongiś przypadał po Świętach, a dziś coraz bardziej zbliża się do dnia świętego Mikołaja lub świętego Andrzeja. W sklepach już od dawna widać okolicznościowe dekoracje i świąteczne towary, które przykuwają naszą uwagę. W dużych miastach organizowane są świąteczne jarmarki. Zbliżają się najpiękniejsze w roku święta. Kolęda

towarzyszy nam w tym okresie szczególnie. Ten utwór poruszający tematy związane z religią i tradycją przybliża nam klimat i nastrój świąt. Jednakże zaobserwować można coraz bardziej nowoczesne podejście do kolęd, których brzmienie umiła rodzinne świętowanie. Kolędy pisało wielu autorów. Te najstarsze tworzone jeszcze w wiekach średnich pogubiły swoich tekściarzy już dawno, zresztą

nie pisano wówczas dla pieniędzy, sławy czy rozgłosu, lecz „ad majorem dei gloriam”. Dziś teksty kolędowe wychodzą spod piór wybitnych i popularnych pisarzy i poetów. Polskie kolędy mają charakter poważny. Budzą refleksje, nawołują do pokoju i obdarowywania się sercem. Natomiast tradycyjne pastorałki mają najczęściej charakter kołysanki lub hymnu sławiącego Przyjście Zbawiciela.

Słowo Przewodniczącej



Czteroletnia VI kadencja działalności samorządu pielęgniarek i położnych dobiegła końca. Czas więc dokonać podsumowania minionego okresu.

Delegaci na Okręgowym zjeździe sprawozdawczo-wyborczym w 2011 r. wyrazili wolę i dane mi było kierować II kadencję pracami Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Dziękuję za zaufanie. Pełnienie tej funkcji to zaszczyt, ale i ogromny obowiązek godnego i rzetelnego reprezentowania naszego samorządu. Lata minionej kadencji nie były łatwe. Przeżyliśmy wiele niepokoju związanych z niepewnością jutra o warunki pracy i płacy. Zgłaszano wiele problemów np. związanych z niesprawiedliwym traktowaniem przez kadrę kierowniczą. Problem wprowadzania kontraktów i samo zatrudnienia. Niestabilna sytuacja dotycząca kontraktowania świadczeń pielęgniarskich z NFZ, niedostateczne finansowanie tych świadczeń itp.

Przed wszystkim zmieniły się oczekiwania społeczeństwa, a także zwiększyły się aspiracje zawodowe samych pielęgniarek i położnych.

W 2011 roku weszły w życie m.in. ustawa o działalności leczniczej i znowelizowana ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Dziesiątki, a nawet setki godzin poświęciliśmy na analizę i opiniowanie projektów aktów prawnych. Były sukcesy, ale i rozgoryczenie, że nie zawsze udało się wprowadzić satysfakcjonujące nas zapisy, mimo ogromnego zaangażowania i racjonalnych argumentów.

Szósta kadencja to także czas radykalnych zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, do wdrożenia którego przygotowaliśmy się w ostatnim roku. Wychodząc naprzeciw

oczekiwaniom środowiska ułatwiłymi naszym koleżankom i kolegom podnoszenie kwalifikacji i pogłębianie wiedzy poprzez organizację konferencji szkoleniowych i innych szkoleń oraz przez przyznawanie refundacji do kształcenia podyplomowego.

Dużo uwagi poświęcono działaniom wspierającym i integrującym nasze środowisko, bo jak mówi stara maksyma...w jedności siła... Bieżący rok to protesty i negocjacje płacowe prowadzone z wielką determinacją przez przedstawicieli NRPiP i OZZPiP z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów i NFZ. Tuż przed wyborami udało się je sfinalizować, chociaż nie do końca. Część pielęgniarek nie została w nich uwzględniona. Częste prawie cotygodniowe spotkania zaowocowały wpisaniem do tzw. rozporządzeń kosztowych wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych rodzajach świadczeń, gwarantujących odpowiednie obsady pielęgniarskie i położnicze. NRPiP czyniła starania o zmianę wadliwego rozporządzenia MZ w sprawie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Wprowadzenie w/w wskaźników zatrudnienia ułatwi wyliczenie właściwych osad pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Oby tylko konsultacje społeczne przebiegły pomyślnie. Ufam, że opracowany przez NRPiP **Raport o stanie zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w opiece pielęgniarskiej i położniczej** spowoduje działania zmierzające do poprawy dramatycznej sytuacji. **Kampania społeczna „Ostatni dyżur”** skierowana również przez NRPiP do społeczeństwa, polityków i Rządu w sposób bardzo wymowny pokazuje w najbliższej przyszłości niewystarczające zastępstwo pokole-

niowe pielęgniarek i położnych. Średnia wieku w tych grupach zawodowych rośnie, a liczba absolwentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo maleje. Natomiast społeczeństwo polskie starzeje się, wydłuża się średnia wieku i wzrasta zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarские.

Część naszego środowiska zawodowego poddaje krytyce działania samorządu. Jednak są też osoby, które tworzą atmosferę popierającą działania samorządu, sprzyjającą podnoszeniu kwalifikacji, samodzielności zawodowej, rozwojowi firm pielęgniarskich i położniczych oraz praktyk zawodowych.

Dzisiaj można śmiało powiedzieć - pielęgniarka, położna jest dobrze przygotowana do pełnienia wielu ról obejmujących różne dziedziny pielęgniarstwa. Mamy status zawodu z wyższym wykształceniem. Nasze koleżanki uzyskują tytuły specjalistek czy też tytuły naukowe. Nie szkodzi, że nie wszystkie jesteśmy po studiach, prawa nabyte pielęgniarki dyplomowanej mają wysoką rangę i nikt ich nie odbierze. Dobra jakość praktyki, solidna ciężka, codzienna praca powoduje, że społeczeństwo darzy pielęgniarki i położne jako grupę zawodową najwyższym zaufaniem.

Wiem, że część koleżanek pielęgniarek/położnych ma poczucie, że jest spychana do roli „najemników”, bez możliwości stanowienia o bezpiecznym wykonywaniu zawodu, bez prawa do określenia swej roli w systemie ochrony zdrowia i nad tym trzeba nadal pracować, aby to zmienić.

Myszę, że rozwiązania problemów musimy szukać również u nas samych. Od naszego nastawienia w dużej mierze zależy jak będziemy postrzegane. Popierajmy własnych liderów w zawodzie, by

ich głos był silny w sprawach zawodowych i społecznych. Ograniczmy konflikty i intrygi, które stają się coraz bardziej powszechne i dzielą, a nawet niszczą nasze środowiska zawodowe.

Życzę Wam Koleżanki, Koledzy i sobie dużo satysfakcji z faktu przynależności do korporacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Na koniec słowa podziękowania kieruję do przedstawicieli instytucji i organów z którymi dane mi było współpracować. Dziękuję Komisjom i Zespołom problemowym, moim najbliższym współpracownikom biura za te cztery, a właściwie osiem lat współpracy. Wam Pielęgniarki i Położne za aktywność zawodową i okazaną życzliwość. Pragnę szczególnie podziękować wszystkim, którzy pomagali mi w codziennej pracy, wspierali w trudnych momentach i dodawali otu-

chy w chwilach zwątpienia, a dzielili ze mną radości z odnoszonych sukcesów.

W dniu 27 listopada odbył się XXX nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Był to zjazd sprawozdawczo wyborczy. Delegaci dokonali wyboru osób do poszczególnych organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych została wybrana koleżanka mgr Renata Michalska, która w poprzedniej kadencji pełniła funkcję sekretarza ORPiP. Składam jej szczerze gratulacje i życzę dużo sił do wytężonej pracy i wzmaganie się z nierozwiązanymi problemami wielotysięcznej grupy pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych.

DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia przyjmijcie od nowo wybranej Przewodniczącej i ode mnie serdeczne życzenia. Niechaj te Święta przeżyte w zdrowiu przyniosą wiele radości Wam i Waszym najbliższym. Niektórzy z Was spędzą świąteczne dni pełniąc dyżury w szpitalu. Miejcie wówczas świadomość, że jest to czas poświęcony choremu i potrzebującemu człowiekowi. Niech to dobro niesione drugiemu człowiekowi będzie dla Was źródłem wielu pozytywnych duchowych przeżyć.

Serdecznie życzę Wam zdrowia, pogody ducha, aby oczekiwania naszego środowiska zostały zrealizowane i przyniosły więcej satysfakcji z wykonywanego zawodu.

*Barbara Błażejowska-Kopiczak
ustępująca przewodniczącą ORPiP*

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w latach 2011-2015 za okres VI kadencji

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie działa na podstawie ustawy z dnia 1 lipca 2011r. „O samorządzie pielęgniarek i położnych” /Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm./ planu pracy oraz planu finansowego zatwierdzonego przez coroczny okręgowy zjazd sprawozdawczy, realizując zadania samorządu.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w okresie sprawozdawczym pracowała w 25 osobowym składzie. Pracą Okręgowej Rady kierowała przewodnicząca rady. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych /ORPiP/ w okresie objętym sprawozdaniem odbyła 25 posiedzeń, w tym dwa nadzwyczajne. Wszystkie posiedzenia były prawomocne. Podjęto 589 uchwał, które zostały zrealizowane.

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych/PORPiP/ w składzie 16 osobowym w okresie sprawozdawczym odbyło 23 posiedzeń

w tym jedno nadzwyczajne. Wszystkie posiedzenia były prawomocne. Podjęto 527 uchwał.

Okręgowa Rada realizowała swoje zadania statutowe **przy współudziale pełnomocników, a także powołanych komisji i zespołów problemowych:**

- Komisji finansowo – socjalnej,
- Komisji do spraw kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- Komisji do spraw uczestnictwa w konkursach na stanowiska pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz inne kierownicze stanowiska w służbie zdrowia,
- Komisja ds. kontroli indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych,
- Komisja do spraw opieki długoterminowej,
- Komisja pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej i higieny szkolnej, /POZ/
- Komisja do spraw położnych,

- Komisja kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie,
- Komisja do spraw etyki,
- Komisja do spraw zmian systemowych, funkcjonowała od listopada 2011r. Na wniosek przewodniczącej komisji została połączona w roku 2012 z komisją kadry zarządzającej w pielęgniarstwie i położnictwie i funkcjonuje pod taką nazwą,
- Zespół pielęgniarek epidemiologicznych,
- Zespołu pielęgniarek uzdrowiskowych,
- Zespołu ds. oceny minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, który został powołany od 8 maja 2014 r.

Realizując zadania ustawowe w ramach realizacji działań przejętych od administracji państwowej ORPiP **prowadzi okręgowy rejestr pielęgniarek i położnych**, w którym na dzień 31 paź-

dziennika 2015r. zarejestrowanych było **4800** pielęgniarek i **539** położnych.

W VI-kadencji :

- stwierdzono i wydano prawo wykonywania zawodu dla pielęgniarki - **335**, położnej - **15**; razem **350**
- skreślono z rejestru pielęgniarek - **122**, położnych - **7**, razem **129**
- wpisano do rejestru pielęgniarek - **51**, położnych - **10**, razem **61**

Od czasu przystąpienia Polski do Unii Europejskiej, do zadań Okręgowej Izby należy **wydawanie pielęgniarkom i położnym, decydującym się na podjęcie pracy w krajach Unii Europejskiej zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje oraz przebieg pracy zawodowej w formie papierowej lub elektronicznej za pomocą systemu IMI.**

W okresie mijającej kadencji wydano takie zaświadczenia dla - **81** pielęgniarek i **1** - położnej.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w ramach swoich zadań zajmuje się również **uznawaniem kwalifikacji zawodowych obywatelom państw członkowskich Unii Europejskiej oraz cudzoziemcom zamierzającym wykonywać zawód na obszarze RP.** Do chwili obecnej uznano kwalifikacje 1 pielęgniarki /z Niemiec/.

Jesteśmy zobowiązani również do **prowadzenia ośrodka informacyjno - edukacyjnego**, udzielającego informacji obywatelom Unii Europejskiej w zakresie regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia oraz ubezpieczeń społecznych niezbędnych do wykonywania zawodu.

Okręgowa Rada sprawuje również ustawy nadzór nad wykonywaniem indywidualnej i grupowej praktyki zawodowej. Prowadzi rejestr praktyk zawodowych w formie elektronicznej. Na bieżąco rozpatrywane były wnioski o nowe wpisy. Na dzień 31 października 2015 r. stan w rejestrze przedstawiał się następująco:

- indywidualne praktyki pielęgniarek - **155**,
- indywidualne praktyki położnych - **20**.

Z tego tytułu wynika obowiązek prowadzenia kontroli w/w. praktyk. Dlatego w ramach nadzoru nad indywidualnymi praktykami pielęgniarek/ położnych

prowadzono wymaganą kontrolę, wydano zalecenia pokontrolne z wyznaczonym terminem realizacji.

Ustawowym zadaniem Rady **jest kierowanie pielęgniarek i położnych na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich sześciu lat.** Wydano zaświadczenia o w/w przeszkoleniu dla **47** pielęgniarek i **15** położnych. Zadania dotyczące przeszkolenia realizowane są w zakładach opieki zdrowotnej we współpracy z pielęgniarską kadrą kierowniczą tych zakładów.

Do priorytetowych zadań Okręgowej Rady należy **wspieranie samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych.** Niekorzystne zapisy w rozporządzeniach koszykowych Ministra Zdrowia dotyczących pielęgniarek i położnych zostały opracowane przez zespół przedstawicieli NRPIP i Ministerstwa Zdrowia w nowym brzmieniu, po wcześniejszych uzgodnieniach z OIPiP. Obecnie wypracowany projekt jest poddany pod konsultacje społeczne. Ufamy, że wkrótce zostanie podpisane nowe rozporządzenie MZ, które kolejno przełoży się na nowe zapisy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W warunkach kontraktowania określona zostanie wymagana liczba pielęgniarek.

Przewodnicząca i członkowie Okręgowej Rady uczestniczyli:

- w **pracach komisji konkursowych** na kierownicze stanowiska pielęgniarskie/położnicze i inne kierownicze stanowiska w placówkach ochrony zdrowia,
- w pracach komisji kwalifikacyjnych przy naborze na specjalizacje,
- w pracach komisji egzaminacyjnych w poszczególnych formach kształcenia,

Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła również:

- w posiedzeniach Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
- Prezydium Naczelnej Rady,
- w pracach Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych,
- w spotkaniach z Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ, parlamentarzystami, władzami samorządowymi Województwa Podkarpackiego i Powiatów,
- systematycznie uczestniczy w posiedzeniach Rady Wojewódzkiego Od-

ziału Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z przedstawicielami innych samorządów zawodowych,

- w posiedzeniach Rady Społecznej Centrum Rehabilitacji KRUS w Iwonicy Zdroju,
- w spotkaniach ze Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych,
- w spotkaniach z dyrektorami szpitali i innych podmiotów leczniczych, w których pracują pielęgniarki oraz z kierowniczą kadrą zarządzającą w pielęgniarstwie i położnictwie.

Organizowała spotkania z Dyrektorem i przedstawicielami Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie kontraktowania i realizacji świadczeń przez pielęgniarki/położne.

Jednym z głównych zadań samorządu na polu legislacji jest wywieranie wpływu na kształt regulacji prawnych związanych z ochroną zdrowia publicznego, rozwojem kadr medycznych, prestiżem zawodu pielęgniarki i położnej. Realizując te zadania na bieżąco przygotowaliśmy opinie do tworzących się aktów prawnych. W roku 2015 od 1 stycznia do 31 października zaopiniowano 144 projektów ustaw, rozporządzeń bądź zarządzeń prezesa NFZ.

Okręgowa Rada i Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej prowadzą działalność szkoleniową w ramach prewencji dotyczącej odpowiedzialności zawodowej. Ponadto Okręgowa Rada obserwując zmniejszające się zainteresowanie pielęgniarek i położnych w uczestniczeniu w szkoleniach podyplomowych takich jak: kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne (mniejsza ilość refundacji) postanowiła przeznaczyć środki finansowe na organizację szkoleń dla większych grup na terenie OIPiP w Krośnie.

W VI kadencji liczba uczestniczących pielęgniarek i położnych w konferencjach i szkoleniach wynosiła **5169**, a zgłoszonych było **5513** osób.

Poniższe tabele obrazują rodzaje szkoleń i ilość uczestników oraz osób zgłoszonych na szkolenia.

Zorganizowane zostały **następujące nieodpłatne konferencje i szkolenia dla członków samorządu:**

Lp.	Nazwa szkolenia- rok 2012	Ilość edycji lub miejsce	Liczba uczestniczących	Liczba zgłoszonych
1.	Szkolenie "Niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu porodowego oraz prowadzenie porodu w pozycjach wertykalnych"	17 luty SPZOZ Sanok	50	50
2.	Szkolenie „Ochrona danych osobowych”	5 czerwiec OIPIP Krosno	32	32
3.	Konferencja „Pielęgniarka i położna XXI w. uprawnienia a odpowiedzialność”	20 czerwiec RCKP Krosno	500	500
4.	Szkolenie „Nowoczesne leczenie ran przewlekłych - dobór opatrunków”	11 grudzień OIPIP Krosno	30	30
		Razem:	612	612

Lp.	Nazwa szkolenia- rok 2013	Ilość edycji lub miejsce	Liczba uczestniczących	Liczba zgłoszonych
1.	Szkolenie „Efektywna komunikacja w relacji z pacjentem/klientem”	14 edycji (7.02-8.06)	491	537
2.	Szkolenie „Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie, zadania dla pielęgniarek, położnych wynikające z zapisów znowelizowanej ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie oraz procedury Niebieskich kart”	7 marzec OIPIP Krosno	61	72
3.	Szkolenie „Podstawy leczenia ran przewlekłych- teoretyczne i praktyczne zastosowanie specjalistycznych opatrunków firmy CONWATEC”.	5 edycji Krosno (27.02 –14.11)	261	303
4.	Konferencja „Dokumentacja w pracy pielęgniarki i położnej, a odpowiedzialność zawodowa”	4 kwiecień RCKP Krosno	490	549
5.	Szkolenie „Międzynarodowa klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej”	6 i 7 czerwiec OIPIP Krosno	41	41
		Razem:	1344	1502

Lp.	Nazwa szkolenia- rok 2014	Ilość edycji lub miejsce	Liczba uczestniczących	Liczba zgłoszonych
1.	Szkolenie „Sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami”	5 marzec OIPIP Krosno	52	52
2.	Ogólnopolska Konferencja Opieki Długoterminowej „ Wyzwania współczesnej opieki nad osobami niesamodzielnymi”	7 marzec Urząd Marszałkowski Rzeszów (współpraca z „Porozumieniem Śląskim”)	210	215
3.	Szkolenie „Diagnostowanie i profilaktyka zachowań samobójczych w pracy z pacjentem oraz odpowiedzialność zawodowa w pracy pielęgniarki i położnej”	12 marzec OIPIP Krosno	62	79
4.	Warsztaty dla pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii i pielęgniarek epidemiologicznych na temat: „Zapobiegania zakażeniom szpitalnym w oddziale intensywnej terapii”	21 marzec OIPIP Krosno (współpraca z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa)	96	96
5.	Konferencja szkoleniowa "Żywnie dojelitowe i pozajelitowe dla członków zespołów żywieniowych w szpitalu”	10 kwiecień ART-KINO Krosno	296	322
6.	Konferencja „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”	11 czerwiec RCKP Krosno	403	459
7.	Konferencja „Nietrzymanie moczu jako problem zdrowia psychicznego”	27 październik RCKP Krosno	444	456
8.	II Epidemiologiczna Konferencja „ Choroby zakaźne nadal groźne- szczepienia ochronne”	7 listopad Krosno	203	195
9.	Konferencja” Pielęgniarka rodzinna profesjonalnym wsparciem dla pacjentów i ich opiekunów. Damy radę z pielęgniarką rodzinną”	18 listopad OIPIP Krosno	90	85
10.	Szkolenie „ Zdarzenia niepożądane w pracy pielęgniarki i położnej. Szukanie winnych, czy rozwiązań	16 grudzień OIPIP Krosno	22	25
		Razem:	1458	1542

Lp	Nazwa szkolenia- rok 2015	Ilość edycji lub miejsce	Liczba uczestniczących	Liczba zgłoszonych
1.	Szkolenie „Opieka i pielęgnacja pacjenta leżącego”	13 luty OIPIP Krosno	24	28
2.	Szkolenie nt., Cukrzyca wczoraj ... i dziś- wyzwania przeszłości”	12 edycji (8.04 -7.10) Teren OIPIP Krosno	554	568
3.	II konferencja szkoleniowa ginekologiczno-położniczo –neonatologiczna ”Standard opieki okołoporodowej”	20 marzec Krosno	160	160
4.	Szkolenie nt „ Prawa pacjenta- prawa dziecka w szpitalu”	20 marzec OIPIP Krosno	53	82
5.	Konferencja szkoleniowa „ Świadczenie pracy przez personel medyczny w aspekcie wymogów określonych przepisami prawa pracy”	21 kwiecień Krosno	181	186
6.	Szkolenie „Nowoczesne leczenie ran przewlekłych. Opatrunki firmy ConvaTec w leczeniu ran. Rola żywienia enteralnego i diet przemysłowych w leczeniu ran i odleżyn”	3 edycje (18.05 – 6.10) Teren OIPIP Krosno	168	180
7.	Konferencja szkoleniowa „ Tendencje zmian w dokumentowaniu praktyki pielęgniarskiej”	22 maj Krosno	291	306
8.	III Konferencja epidemiologiczna „ Choroby zakaźne i zakażenia szpitalne w aspekcie lokalnym, prawnym i szpitalnym”	24 wrzesień Krosno	324	347
		Razem:	1755	1857

Ponadto Okręgowa Rada **przyznawała dofinansowania** do konferencji naukowo-szkoleniowych organizowanych przez Państwową Wyższą Szkołę Zawodową Instytut Pielęgniarstwa w Sanoku, Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła w Krośnie, Szpital Specjalistyczny Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. Ks. Bronisława Markiewicza Brzozowie, Szpital Specjalistyczny w Jasle.

Bardzo cenimy sobie współpracę z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową w Sanoku i w Krośnie. Od 2014 zostało podpisane porozumienie o współpracy z Wyższą Szkołą Biznesu i Przedsiębiorczości w Ostrowcu Świętokrzyskim. W ramach tej współpracy realizowane są Studia podyplomowe „Organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia”.

W okresie sprawozdawczym dofinansowano różne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego w tym: studia pielęgniarskie/położnicze, doktoranckie. Dofinansowano kształcenie podyplomowe tj. specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, doksztalające, udział w konferencjach naukowo – szkoleniowych na łączną kwotę **484.690,60 zł** Komisja do spraw szkolenia i doskonalenia zawodowego pracując raz w miesiącu **przyznała refundacje dla 1093 osób.**

Prowadząc działalność szkoleniowo informacyjną Okręgowa Rada wydaje Biuletyn Informacyjny Forum Zawodowe co

drugi miesiąc w nakładzie **600 sztuk.** Biuletyn ten dociera do koleżanek przez pełnomocników lub poprzez pocztę – bezpłatnie. Prowadzimy również stronę internetową.

Raz w miesiącu Komisja finansowo – socjalna rozpatruje podania, które napływają od członków samorządu i zgodnie z obowiązującym regulaminem przyznaje bezzwrotne zapomogi, które zatwierdza ORPiP uchwałą. W bieżącej kadencji z tej formy pomocy **skorzystało 585 osób**, na łączną kwotę **261.900.00 zł.**

Okręgowa Rada na prośbę Wojewody Podkarpackiego wskazała z naszego środowiska zawodowego kandydatki na stanowiska:

- konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa – koleżankę Ewę Zawilińską,
- konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego – koleżankę Zenonę Radwańską,
- konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego – koleżankę Krystynę Krygowską

Wojewoda Podkarpacki powołał nasze koleżanki na w/w. stanowiska konsultantów dla obszaru województwa podkarpackiego.

Ponadto na przestrzeni kadencji członkowie okręgowej rady:

Uczestniczyli w postępowaniach konkursowych na pielęgniarskie stanowiska

kierownicze i w konkursach na stanowiskach: zastępcy dyrektora do spraw lecznictwa, ordynatorów,

W ramach współpracy z uczelniami zawodowymi, przewodnicząca i członkowie rady aktywnie uczestniczyli w organizowanych spotkaniach, uroczystościach i konferencjach,

Członkowie rady uczestniczyli w radach społecznych niektórych ZOZ-ów,

Organizowaliśmy spotkania z pielęgniarską kadrą kierowniczą, oraz konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach pielęgniarstwa w celu omówienia problemów zawodowych pielęgniarek i położnych – norm zatrudnienia, kwalifikacji zawodowych czy też przestrzegania zasad etyki zawodowej,

Publikowaliśmy wystąpienia przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Prezesa Naczelnej Rady, Radców Prawnych, Konsultantów Krajowych i Wojewódzkich w różnych sprawach trudnych.

Członkowie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych uczestniczyli w szkoleniu zorganizowanym w Krośnie przez NSPiP dla Okręgowych Sądów: Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, Podkarpackiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku i Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie. Szkolenie prowadziła Przewodnicząca i Radca Prawny Naczelnego Sądu – wszystkie izby partycipowały w kosztach szkolenia.

Mija kolejna kadencja działalności naszego samorządu. Nie była ona łatwa. Ciągłe uczymy się rozwiązywania stawianych przed nami problemów, których jest coraz więcej i które są coraz „trudniejsze”.

W dniu 21 stycznia 2015 roku w Warszawie zostało podpisane porozumienie w sprawie ustalenia zasad współpracy pomiędzy Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych. Przedmiotem porozumienia było „...stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Polsce”.

W ślad za tym Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych podpisały porozumienia o współpracy z Zarządami Regionu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych na terenie całej Polski, aby wspólnie podjąć działania zmierzające do poprawy sytuacji w pielęgniarstwie.

NIPiP w ramach swojej działalności prowadzi informacyjną kampanię społeczną „**Ostatni Dyżur**”, która zosta-

ła zainaugurowana konferencją prasową zorganizowaną w dniu 27 maja 2015 r. w Warszawie. NIPiP przygotowała raport o zabezpieczeniu społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych, w którym dokonała m.in. charakterystyki populacji pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. Przedstawiła też strukturę wiekową zatrudnionych pielęgniarek i położnych z podziałem na województwa. Określiła wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w wybranych krajach. W Polsce wynosi on 5,4. W ramach kampanii „Ostatni Dyżur” przygotowano receptę, która uwidoczniła nasze główne problemy. Skierowana jest ona do Premiera Rządu RP, Rady Ministrów RP, Posłów i Senatorów RP od pacjentów. Przedstawione w receptce statystyki, świadczą, iż pojawiło się realne zagrożenie pozbawienia opieki pielęgniarskiej i położniczej w środowisku szpitalnym, domowym, w środowisku nauczania i wychowania oraz w środowisku pracy.

Wspólne działania w ramach porozumienia doprowadziły do podjęcia trud-

nych i żmudnych rozmów z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów i NFZ, dzięki którym pielęgniarki i położne otrzymają podwyżki w ciągu najbliższych 4 lat.

W tym miejscu składam serdeczne podziękowania wszystkim koleżankom i kolegom, którzy w tej kadencji pracowali w organach Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za zaangażowanie, poświęcony czas, siły i serce na rzecz samorządu.

W imieniu własnym i ustępującej Okręgowej Rady składam przesłanie do nowo wybranej Przewodniczącej i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o przeznaczenie wypracowanych w bieżącej kadencji środków finansowych na utworzenie „Domu Złotej Starości” dla pielęgniarek i położnych.

W tym zakresie konieczne będzie podjęcie rozmów z władzami samorządowymi o przekazanie działki lub lokalu na ten cel oraz utworzenie Fundacji dla pozyskiwania dodatkowych środków finansowych. Na ten cel przeznaczone są również na najbliższe lata środki finansowe z funduszy Unii Europejskiej.

Sprawozdanie Sekretarza Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres VI kadencji

tj. od 1 listopada 2011 r. do 31 października 2015 r.

Zakres zadań Sekretarza wynika z § 22 załącznika Nr 1 do uchwały nr 6 XXVI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 marca 2012r. w sprawie przyjęcia Regulaminu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zgodnie z którym Sekretarz Okręgowej Rady nadzoruje wykonanie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady.

Funkcja Sekretarza została powierzona mi po raz drugi w listopadzie 2011 roku. Funkcja ta zobowiązywała mnie do kierowania pracą Biura OIPiP w Krośnie.

W okresie VI kadencji swoje obowiązki wykonywałam przez:

1. Przygotowywanie projektów uchwał ORPiP i PORPiP.

2. Sporządzanie protokołów z posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

3. Nadzorowanie i czuwanie nad sprawozdawczością Okręgowej Rady i jej Prezydium.

4. Nadzór nad bieżącą korespondencją.

5. Udzielanie informacji o pracach Prezydium Okręgowej Rady Organom Okręgowej Izby.

6. Przyjmowanie skarg i wniosków.

W okresie VI kadencji Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie od-

była 25 posiedzeń. Wszystkie posiedzenia były prawomocne. Łącznie podjęto 589 uchwał zwykłą większością głosów przy zachowaniu quorum.

W okresie sprawozdawczym Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych spotkało się 23 razy i podjęło łącznie 527 uchwał.

W okresie sprawozdawczym VI kadencji Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, które działało w imieniu Okręgowej Rady (w sprawach określonych jej uchwałą) podejmowały uchwały w następujących sprawach:

1. Zatwierdzenie składów osobowych komisji oraz regulaminów

2. Stwierdzanie prawa wykonywania zawodu oraz dokonywanie wpisów do rejestru

3. Wykreślanie z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych

4. Wpisywanie do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych

5. Wpisywanie do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

- Spółka z o.o. Becton Dickinson - Warszawa

- Centrum Szkolenia Zawodowego - Gorlice

- Fundacja Twórczych Kobiet - Warszawa

6. Skierowanie do odbycia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat i wydawanie zaświadczenia o odbytych przeszkoleniach.

Ponadto podejmowano uchwały w sprawach finansowych i w sprawach związanych z bieżącym funkcjonowaniem Izby.

Wszystkie uchwały zarówno Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych jak i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych realizowano na bieżąco. Do chwili obecnej wszystkie uchwały zostały zrealizowane. Z posiedzeń Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady sporządzone były protokoły, które przyjmowano w głosowaniu jawnym, na każdym następnym posiedzeniu ORPiP czy

Prezydium Okręgowej Rady. Pełna dokumentacja z przebiegu obrad w postaci protokołów, list obecności i treści uchwał znajduje się w Biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

W tym miejscu pragnę serdecznie podziękować wszystkim Koleżankom i Kolegom za dobrą współpracę, zrozumienie i wsparcie mojej osoby w pełnionej funkcji. Jednocześnie zapewniam, że staram się i w dalszym ciągu będę dokładała wszelkich starań, aby pracować na rzecz samorządu w sposób jak najbardziej odpowiedzialny i zgodny z obowiązującymi przepisami prawa.

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

Sprawozdanie Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres VI kadencji

tj. od 1 listopada 2011 do 31 października 2015

Funkcja Skarbnika została mi powierzona w listopadzie 2011 r. Pracę swoją wykonywałam zgodnie z powierzonym mi zakresem obowiązków, wynikającym z ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych, obowiązujących zasadach rachunkowości i uchwałą nr VI Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 marca 2012 r.

Do zadań Skarbnika w okresie kadencji należało:

1. uczestniczenie w przygotowaniu preliminarzy budżetowych na poszczególne lata,

2. opracowywanie planów finansowych,

3. opracowywanie analiz i sprawozdań z wykonania budżetu za poszczególne kwartały i prezentowanie ich na posiedzeniach Okręgowej Rady,

4. przygotowywanie sprawozdań z wykonania planów finansowych na Okręgowy Zjazd,

5. wykonywanie i nadzorowanie czynności związanych z zarządzaniem majątkiem Izby,

6. nadzorowanie windykacji składek członkowskich,

Wpływy ze składek członkowskich poddawane są kontroli Urzędu Skarbowego, stąd w bieżącej kadencji wprowadzono elektroniczny rejestr składek członkowskich indywidualny dla każdej pielęgniarki i położnej, który jest częścią Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych. Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt. 4 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, każda pielęgniarka i położna jest zobowiązana regularnie opłacać składkę członkowską. W imieniu ORPiP Skarbnik systematycznie prowadził kontrolę płatności składek i wzywał pisemnie do ich realizacji (telefonicznie, na łamach biuletynu, tablicy ogłoszeń siedziby izby oraz poprzez indywidualne wysyłanie pism przypominających o braku opłacania składek).

W wyniku podjętych działań uzyskano wzrost składek,

7. wykonywanie uchwał Prezydium Okręgowej Rady w kwestii dotyczącej finansów izby,

8. składanie informacji komisji finansowo-socjalnej i komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego o stanie środków na ich działalność,

W ciągu mijającej kadencji kilkakrotnie zostały zmienione regulaminy w celu podwyższenia przyznawanych kwot pieniężnych na dofinansowanie szkoleń i zapomóg dla pielęgniarek i położnych. ORPiP w każdym przypadku wyrażała akceptację w postaci uchwały,

9. uczestniczenie w przygotowywaniu sprawozdań dotyczących rozliczania dotacji budżetowych na poszczególne lata,

10. czuwanie nad terminowym przekazywaniem składek do NIPiP,

11. współpraca ze skarbnikiem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

12. przygotowywanie lub uzgadnianie projektów uchwał dotyczących finansów OIPiP,

Poniżej przedstawiam, jak kształtowały się finanse Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za poszczególne lata tj. od 2011-2015

Rok 2011

Bilans otwarcia	47 749,31
Przychody	858 024,01
Wydatki na działalność statutową Izby	679 000,32
Pozostałe wydatki na działalność statutową	325 454,96
Dotacja – zadania przejęte od administracji państwowej:	105 817,38
Ogółem wydatki:	1 110 272,66

Rok 2012

Bilans otwarcia	106 473,34
Przychody	908 785,71
Wydatki na działalność statutową Izby	299 709,07
Pozostałe wydatki na działalność statutową	403 883,88
Dotacja – zadania przejęte od administracji państwowej:	164 666,45
Ogółem wydatki:	868 259,40

Rok 2013

Bilans otwarcia	59 874,59
Przychody	984 184,57
Wydatki na działalność statutową Izby	356 483,11
Pozostałe wydatki na działalność statutową	505 059,91
Dotacja – zadania przejęte od administracji państwowej:	171 261,26
Ogółem wydatki:	1 032 804,28

Rok 2014

Bilans otwarcia	254 560,75
Przychody	1 045 521,29
Wydatki na działalność statutową Izby	353 350,72
Pozostałe wydatki na działalność statutową	303 368,85
Dotacja – zadania przejęte od administracji państwowej:	200 977,46
Ogółem wydatki:	857 697,03

Rok 2015 od I -X

Bilans otwarcia	455 074,59
Przychody	941 539,03
Wydatki na działalność statutową Izby	316 388,21
Pozostałe wydatki na działalność statutową	287 590,92
Dotacja zadania przejęte od administracji państwowej:	160 279,63
Ogółem wydatki:	764 258,76
Rezerwa na dzień 31 październik 2015r.	487 854,86

OIPiP/ORPiP w Krośnie w okresie sprawozdawczym 2011-2015:

1. W okresie sprawozdawczym ORPiP pozytywnie zaakceptowała wnioski rozpatrzone zgodnie z obowiązującymi regulaminami przez:

- komisję ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego na refundacje szkoleń w kwocie 484 690,60 zł dla 1093 osób,
- komisję finansowo-socjalną na zapomogi w kwocie 261 900,00 zł dla 585 osób,

2. Dostosowała lokal do pracy i doposażyła Izbę w niezbędny sprzęt (dokonała: wymiany okien, drzwi wejściowych ogniotrwałych, remontu posadzki, założyła klimatyzację i nagłośnienie w sali konferencyjnej i dokupiła potrzebne meble),

3. ORPiP dokonała spłaty kredytu zaciągniętego na zakup lokalu - siedziby OIPiP w Krośnie w roku 2011. Spłata kredytu w ratach planowana była na okres 25 lat. Ostatnia ratę/transzę kredytu spłacono w grudniu 2013 r.,

4. Założyła lokaty finansowe,

5. OIPiP zachowała płynność finansową przez okres całej kadencji,

6. Zakończyła kadencję na 31 października 2015 r. rezerwą w budżecie w kwocie 487 854,86 zł.

Skrupulatne prowadzenie gospodarki finansowej miało na celu dobro pielęgniarek i położnych członków naszej OIPiP w Krośnie. Wygospodarowane środki przeznaczano na cele statutowe jak również na środki pomocowe dla pielęgniarek i położnych. Z uzyskanej rezerwy obecnie ustępująca ORPiP proponuje w dalszej działalności przeznaczyć środki na utworzenie „Dому Złotej Starości dla pielęgniarek i położnych”. W tym zakresie konieczne będzie podjęcie rozmów z władzami samorządowymi o pozyskanie lokalu lub działki na ten cel oraz utworzenie fundacji dla pozyskiwania dodatkowych środków finansowych.

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres VI kadencji

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych został powołany uchwałą XXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 20 października 2011 r. w składzie:

Przewodnicząca Halina Paślawska
członkowie:
Teresa Borek
Ewa Grysztar
Jadwiga Orłowska
Dorota Pająk
Ewa Poniatowska

Do zadań Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych należy wykonywanie czynności związanych z postępowaniem w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych na podstawie:

- ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038)

- ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Porad prawnych Okręgowemu Sądowi Pielęgniarek i Położnych udzielali radcy prawni: Dawid Grysztar i Piotr Świątek.

Biuro Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych było czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–15.00. Obsługę biura Sądu prowadziła Bożena Pacek.

W okresie sprawozdawczym odbyło się cztery spotkania szkoleniowe przewodniczącej i członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie.

W dniach 15–16 kwietnia 2013 r. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej, Komisja etyki, Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych w Warszawie zorganizowały Konferencję Naukową „Pielęgniarstwo: prawo – praktyka – etyka”, w tej Konferencji udział wzięła Przewodnicząca Okręgowego Sądu Halina Paślawska.

Tematem szkolenia było:

- postępowanie przed Okręgowym Sądem Pielęgniarek i Położnych I i II instancji i procedury odwoławcze,
- odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych,
- Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej,

- Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych,
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej,
- Regulamin Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
- Ustawa z dnia 26 czerwca 2014 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

W przedstawionym okresie sprawozdawczym Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych prowadził dwie sprawy z zakresu etyki zawodowej i przepisów prawa obowiązujących w zawodzie pielęgniarki i położnej.

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

Przewodnicząca i członkowie Okręgowego Sądu prowadzili działania prewencyjne, udzielając wyjaśnień osobom zainteresowanym z zakresu interpretacji przepisów prawnych dotyczących odpowiedzialności zawodowej.

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

za okres od 2011 roku do 2015 roku na XXX Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Na podstawie art. 33 ust. 2 z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

Okręgowa Komisja Rewizyjna w składzie:

Przewodnicząca:
Stanisława Stoparczyk
Wiceprzewodnicząca: Anna Kędzior

Wiceprzewodnicząca:

Jolanta Rzeszutek
Sekretarz: Jolanta Walczak
Członek: Michalina Kasprzyk
Członek: Grażyna Miksiewicz
przedstawia XXX Okręgowemu Zjazdowi Pielęgniarek i Położnych sprawozdanie następującej treści:

W okresie sprawozdawczym Okręgowa Komisja Rewizyjna pracowała według przyjętego Planu pracy.

W minionej kadencji Okręgowa Komisja Rewizyjna odbyła 19 posiedzeń.

Przedmiotem posiedzeń była:
1. Działalność organizacyjna

- przyjęcie Regulaminu Okręgowej Komisji Rewizyjnej
 - opracowanie i przyjęcie Planu pracy Okręgowej Komisji Rewizyjnej
 - prowadzenie dokumentacji i sprawozdań
2. Działalność finansowa
- kontrola ściągłości składek
 - kontrola inwentaryzacji sprzętu
 - kontrola wykonania planu finansowego
 - kontrola kasy
- W zakresie przedmiotowej kontroli Okręgowa Komisja Rewizyjna kontro-

lowała działalność kasy i pogotowia kasowego.

Sprawdzano zgodność wydatków z przyjętym Planem budżetowym, przeprowadzano kontrolę ściągłości składek oraz kontrolę prawidłowości rozliczania dotacji.

Na podstawie danych przedstawionych przez Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie mgr Danutę Oberc wynika, iż przyjęty Plan finansowy był przestrzegany i realizowany zgodnie z założeniami.

Na posiedzeniach Okręgowa Komisja Rewizyjna kontrolowała wykonanie i realizację uchwał podjętych przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.

Okręgowa Komisja Rewizyjna ocenia pracę Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady pozytywnie.

Mając na uwadze powyższe Okręgowa Komisja Rewizyjna na podstawie art. 33 ust. 2 z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174) zgłasza wniosek o udzielenie absolutorium ustępującej Radzie.

Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie

za okres VI kadencji tj. od 2011 r. do 2015 r.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej działał na mocy ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.).

W okresie sprawozdawczym Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pracował w następującym składzie:

1. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – Urszula Górnik
2. Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Małgorzata Sawicka

3. Z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej – Marta Bryś

Porad prawnych Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej udzielał radca prawny Pan Piotr Świątek.

Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej było czynne od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 15.00. Na stanowisku sekretarza pracowała Pani Renata Michalska.

W czasie czteroletniej kadencji Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej we współpracy z Przewod-

niczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie zorganizował w ramach prewencji 5 konferencji naukowo – szkoleniowych tj.

1. W dniu 20 czerwca 2012 r. na temat „Pielęgniarka i Położna XXI wieku, uprawnienia a odpowiedzialność”. W konferencji uczestniczyło 487 osób.

2. W dniu 4 kwietnia 2013 r. na temat „Dokumentacja w pracy pielęgniarki i położnej, a odpowiedzialność zawodowa”. W konferencji uczestniczyło 489 osób.

3. W dniu 11 czerwca 2014 r. na temat „Kim jest pielęgniarka i położna we współczesnej opiece zdrowotnej”. W konferencji udział wzięło 403 osoby.

4. W dniu 22 maja 2015 r. na temat „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej z wyłączeniem odpowiedzialności wobec pacjenta w ramach prewencji i wykroczeń zawodowych”. W konferencji uczestniczyło 291 osób.

5. W dniu 24 września 2015 r. na temat „Dokumentacja medyczna – tajemnica zawodowa w aspekcie roszczeń pacjenta”. W konferencji uczestniczyło 304 osoby.

W okresie sprawozdawczym odbyło się 14 szkoleń prewencyjnych Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Szkolenia dotyczyły:

1. Dokumentacji w pracy pielęgniarki i położnej, a odpowiedzialności zawodowej.
2. Odpowiedzialności pielęgniarek i położnych w świetle przepisów prawnych i etycznych.
3. Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej.
4. Zdarzeń niepożądanych w pracy pielęgniarki i położnej.
5. Etyki i prawa w pracy pielęgniarki.
6. Mobbingu – symbolu wypalenia zawodowego.

Podczas 3 konferencji obecna była Pani dr nauk med. Grażyna Rogala- Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W swoich wystąpieniach przedstawiła pielęgniarkom i położnym problemy etyki, odpowiedzialności zawodowej, praw pacjenta, a także roszczenia pacjenta i rodziny wobec pielęgniarek i położnych.

W okresie 2011 - 2015 odbyły się szkolenia Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Tematami szkoleń było:

- organizacja pracy biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- prowadzenie biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
- interpretacja przepisów prawnych związanych z naszymi zawodami,
- odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych,
- procedura postępowania wyjaśniającego,
- prawa i obowiązki pacjenta w świetle Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.

W okresie sprawozdawczym do biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wpłynęło 5 spraw spornych. Prowadzono postępowania sprawdzające w sprawie możliwości popełnienia przewinienia, z czego 4 zakończyły się postanowieniem o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego. W przypadku jednego postępowania wyjaśniającego dotyczącego naruszenia zasad etyki zawodowej i przepisów dotyczących wykonywania zawodu skierowano do Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnioski o ukaranie.

Ponadto w biurze Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

udzielano pielęgniarkom i położnym porad dotyczących wykonywania zawodu.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i jego zastępcy uczestniczyli we wszystkich szkoleniach organizowanych przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie.

W okresie sprawozdawczym Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczył z głosem doradczym w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

*Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Urszula Górnik*

Sprawozdanie z przebiegu XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

z dnia 27 listopada 2015 r.

W dniu 27 listopada 2015r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przy ulicy Bieszczadzkiej 5 odbył się XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

W XXX NOZPIP jako goście zaproszeni uczestniczyli:

- Przedstawiciel NRPIP w Warszawie mgr Halina Synakiewicz- Przewodnicząca ORPIP w Częstochowie,
- Konsultanci Wojewódzcy dla województwa podkarpackiego w dziedzinach:
 - pielęgniarstwa onkologicznego - mgr Zenona Radwańska,
 - pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego- mgr Krystyna Krygowska,
- Naczelne Pielęgniarki ze szpitali SS Jasło- mgr Jadwiga Małek, WSzP Krosno- mgr Dorota Kostrzewa, SPZOZ Sanok- mgr Katarzyna Kruczek, SPZOZ Ustrzyki Dolne- mgr Irena Szewczyk, Dyrektor SPGZOZ w Jedliczu – mgr Teresa Jurczak.

W czasie zjazdu koleżanka Halina Synakiewicz wraz z Przewodniczącą ORPIP w Krośnie Panią mgr Barbarą Błażejowską- Kopiczak wręczyły Odnaczenia za zasługi dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych koleżankom i koledze z terenu działania naszej okręgowej izby. Odnaczenia zostały przyznane Uchwałą Nr 362/VI/2015 z dnia 30 września 2015r. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na wniosek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie (Uchwała Nr 576/VI/2015 ORPIP z dnia 20 sierpnia 2015r.)

Przyznano:

I. Odnaczenie złote „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych”:

1. Witusik Teresa

II. Odnaczenie srebrne „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych”:

1. Jastrzębska Bożena

2. Kamińska Bożena
3. Krygowska Krystyna
4. Mendyka Bożena
5. Michalska Renata
6. Oberc Danuta
7. Radwańska Zenona
8. Zabierowska Urszula

III. Odnaczenie brązowe „Zasłużony dla samorządu pielęgniarek i położnych”:

- 1) Barańska Beata
- 2) Górnik Urszula
- 3) Jurczak Teresa
- 4) Kafel Dorota
- 5) Kryś Marek
- 6) Łuszcz Jolanta
- 7) Moskal Bożena
- 8) Pająk Dorota
- 9) Rychlicka Agnieszka
- 10) Sidor Małgorzata
- 11) Wilusz Agnieszka

Odnaczonym zostały złożone podziękowania i gratulacje.

W XXX Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe uczestniczyło 96% delegatów wybranych w 14 okręgach wyborczych. XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd spośród obecnych delegatów powołał Prezydium Zjazdu, Komisję Mandatową, Komisję Wyborczą, Komisję Skrutacyjną, Komisję Uchwał i Wniosków i asesorów do liczenia głosów. Po przedstawieniu porządku obrad i przyjęciu Regulaminu Zjazdu przedstawiono sprawozdania z działalności poszczególnych Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Komisja Rewizyjna w swoim sprawozdaniu kadencyjnym udzieliła absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych.

Po przedstawieniu wszystkich sprawozdań przystąpiono do wyborów.

Delegaci Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu wybrali **Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych na okres VII kadencji.**

Została nią Pani mgr Renata Michalska.

Następnie odbyły się wybory na członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

W skład Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych weszli:

1. Barańska Beata - SS POO Brzozów
2. Błażejowska-Kopiczak Barbara - OIPiP Krosno
3. Bryś Marta - WSzP Krosno
4. Buba Małgorzata - SPM-G ZOZ Jasło
5. Czupska Ewa - OIPiP Krosno
6. Dybaś Anna - SPZOZ Lesko
7. Górnik Urszula - SPMZPOZ Sanok
8. Grysztar Ewa - WSzP Krosno
9. Iwaniec Teresa - SS Jasło
10. Jastrzębska Bożena - SPZOZ Sanok
11. Kamińska Bożena - SS Jasło
12. Krochmal Dorota - OKPPIP Krosno
13. Krygowska Krystyna - WSzP Krosno
14. Kryś Marek - SPPR Krosno
15. Mendiya Bożena - SS POO Brzozów
16. Miksiewicz Grażyna - SS POO Brzozów
17. Moskal Bożena - WSzP Krosno
18. Oberc Danuta - OIPiP Krosno

19. Paślawska Halina -SPZOZ Ustrzyki Dolne
20. Poniatowska Ewa - SS Jasło
21. Radwańska Zenona - SS POO Brzozów
22. Szydło Agnieszka - DPS Krosno
23. Wilusz Agnieszka -indywidualna praktyka Krosno
24. Witusik Teresa - NZOZ CDOP „LIBRA” Jasło
25. Zabierowska Urszula - SS Jasło

Kolejne głosowanie to wybór **Przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Została nią koleżanka mgr Dorota Guśpiel** z Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie.

Następne głosowanie odbyło się na członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

W skład Okręgowej Komisji Rewizyjnej weszły:

1. Karkoszka Wioletta - SPZOZ Lesko
2. Kędra Małgorzata - SS POO Brzozów
3. Kędzior-Gajda Edyta - SS Jasło
4. Mogilany Agnieszka - SPMZPOZ Sanok
5. Rzeszutek Jolanta - SPZOZ Sanok
6. Stoparczyk Stanisława - WSzP Krosno

Następnie delegaci XXX NOZPiP głosowali nad wyborem delegatów na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

W skład Delegatów na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Warszawie weszły:

1. Barańska Beata - SS POO Brzozów
2. Krygowska Krystyna - WSzP Krosno
3. Michalska Renata - OIPiP Krosno
4. Radwańska Zenona - SS POO Brzozów
5. Sawicka Małgorzata - SPZOZ Sanok
6. Witusik Teresa - NZOZ CDOP „LIBRA” Jasło

W dalszej części obrad odbyły się głosowania na stanowisko Przewodniczącej Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych i członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

Przewodniczącą Okręgowego Sądu na VII kadencję została wybrana mgr Teresa Borek zatrudniona w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie.

W skład Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych weszły:

1. Ginalska- Wilk Ewa-WSzP Krosno
2. Kafel Dorota - SPGZOZ Rymanów
3. Łobaza Stanisława -SS POO Brzozów
4. Orłowska Anna - SPZOZ Ustrzyki Dolne
5. Słota Anna - SS POO Brzozów
6. Władyka Agata - SS Jasło

Kolejne głosowanie to wybór **Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W VII kadencji w/w funkcję będzie pełnił koleżanka mgr Małgorzata Sawicka** zatrudniona w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku.

W wyniku przeprowadzonego głosowania **zastępcami Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej zostały:**

1. Małgorzata Bieniasz-SPZOZ Ustrzyki Dolne
2. Edwarda Kozuba - indywidualna praktyka pielęgniarska Krosno

Podczas Zjazdu delegacji podjęli:

Uchwałę Nr 1 w prawie przyjęcia „Regulaminu XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie”

Uchwała Nr 2 w sprawie zatwierdzenia kadencyjnego sprawozdania z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie za okres od 2011-2015 roku

Uchwała Nr 3 w sprawie zatwierdzenia kadencyjnego sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych za okres od 2011- 2015 roku

Uchwała Nr 4 w sprawie zatwierdzenia kadencyjnego sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika za okres od 2011- 2015 roku

Uchwała Nr 5 w sprawie zatwierdzenia kadencyjnego sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za okres od 2011- 2015 roku

Uchwała Nr 6 w sprawie udzielenia absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Uchwała Nr 7 w sprawie ustalenia liczby członków poszczególnych organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Uchwała Nr 8 w sprawie wyboru Przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Uchwała Nr 9 w sprawie wyboru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Uchwała Nr 10 w sprawie wyboru Przewodniczącego Okręgowej Komisji Rewizyjnej

Uchwała Nr 11 w sprawie wyboru członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej

Uchwała Nr 12 w sprawie wyboru delegatów na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 13 w sprawie wyboru Przewodniczącego Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Uchwała Nr 14 w sprawie wyboru członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Uchwała nr 15 w sprawie wyboru Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Krośnie

Podczas obrad delegaci przyjęli następujące apele i wnioski:

APEL NR 1

XXX NADZWYCZAJNEGO OKRĘGOWEGO ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 listopada 2015 r.

w sprawie:

włączenia programów kształcenia kursów specjalistycznych tj. badań fizykalnych, w zakresie ordynowania leków i wyrobów medycznych oraz wypisywania recept do programów szkoleń specjalizacyjnych.

skierowany do:

Ministra Zdrowia, Departamentu Pielęgniarek i Położnych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Delegaci XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie apelują do Ministra Zdrowia, Departamentu Pielęgniarek

i Położnych oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o włączenie kursu specjalistycznego z badań fizykalnych, kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków i wyrobów medycznych oraz wypisywania recept jako dodatkowych modułów w każdym programie szkolenia specjalizacyjnego. Obecnie planowane rozwiązania zakładają, iż kursy te będą realizowane wyłącznie poza szkoleniem specjalizacyjnym, a ukończenie kursu specjalistycznego z badań fizykalnych będzie warunkować możliwość przystąpienia do szkolenia specjalizacyjnego. Mając na względzie, iż Minister Zdrowia co roku w drodze obwieszczenia, określa limit miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego proponowane rozwiązanie pozwoli pielęgniarkom i położnym na możliwości ukończenia specjalizacji bez konieczności wcześniejszego ponoszenia kosztów na realizację wymaganego kursu specjalistycznego.

APEL NR 2

XXX NADZWYCZAJNEGO OKRĘGOWEGO ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 listopada 2015 r.

w sprawie:

zwolnienia pielęgniarek i położnych z konieczności odprowadzania podatku dochodowego:

- od organizowanych przez samorząd zawodowy szkoleń i konferencji szkoleniowych,
- od dofinansowanych/ refundowanych przez samorząd zawodowy kosztów kształcenia podyplomowego według obowiązujących regulaminów.

skierowany do:

Prezesa Rady Ministrów, Ministra Finansów, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów / Klubów Poselskich.

Delegaci XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie apelują do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Finansów, Ministra Zdrowia oraz Parlamentarzystów/ Klubów Poselskich o podjęcie pilnych dzia-

łań mających na celu zwolnienie pielęgniarek i położnych z konieczności odprowadzania podatku dochodowego od osób fizycznych. W przypadku uczestnictwa w szkoleniach i konferencjach szkoleniowych organizowanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych oraz od częściowej refundacji kosztów kształcenia - dofinansowań udzielanych członkom samorządu do realizowanych wymaganych form kształcenia podyplomowego.

Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych jest zadaniem samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wynikające z art. 61, ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r.

Kształcenie organizowane przez samorząd zawodowy jak i częściowa refundacja kosztów kształcenia są pokrywane z obowiązkowych składek członkowskich pielęgniarek i położnych. Składki obliczane są od wynagrodzenia zasadniczego, po potrąceniu od nich podatku dochodowego. Taka sytuacja powoduje dwukrotne nałożenie na pielęgniarki i położne obowiązku odprowadzenia podatku dochodowego.

APEL NR 3

XXX NADZWYCZAJNEGO OKRĘGOWEGO ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 listopada 2015 r.

w sprawie:

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

skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą do Ministra Zdrowia, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych o dokonanie aktualizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu

świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

UZASADNIENIE

Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego - określa zakres świadczeń udzielanych samodzielnie przez pielęgniarkę lub położną. Od 2007 roku zmieniła się diametralnie sytuacja pielęgniarek i położnych, w obszarze wykształcenia podstawowego i podyplomowego.

W nowych zapisach rozporządzenia należy uwzględnić zapisy:

- w sprawie świadczeń wykonywanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego z uwzględnieniem podziału na świadczenia, które może wykonać pielęgniarka/ położna z uwzględnieniem uzyskanych kwalifikacji zawodowych,

- w sprawie aktualizacji zapisów dotyczących zestawu przeciwwstrząsowego i możliwości podawania doraźnie leków w nagłych wypadkach bez zlecenia lekarskiego.

APEL NR 4 XXX NADZWYCZAJNEGO OKRĘGOWEGO ZJAZDU DELEGATÓW

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie z dnia 27 listopada 2015 r.

w sprawie:
objęcia wzrostem wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych wykonujących zawód bez względu na podmiot zatrudniający lub formę wykonywania zawodu.

skierowany do:
Ministra Zdrowia,
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą do Ministra Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o objęcie wzrostem wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych wy-

konujących zawód bez względu na podmiot zatrudniający lub formę wykonywania zawodu.

UZASADNIENIE

Obecnie realizowane podwyżki płac dla pielęgniarek i położnych nie dotyczą pielęgniarek wykonujących zawód:

- w POZ jako pielęgniarki w gabinecie,
- w POZ w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- w Domach Pomocy Społecznej,
- w Stacjach Sanitarno- Epidemiologicznych,
- w Medycynie Pracy,
- w ramach indywidualnych praktyk,
- w Regionalnych Stacjach Krwiodawstwa,
- w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych,
- w żłobkach,
- u „podwykonawców”.

Taki stan prawny spowoduje zróżnicowanie płac, co zaowocuje rozgorczyeniem i dezintegracją w grupie zawodowej. Następstwem takiej sytuacji będzie odejście pielęgniarek i położnych z tych placówek.

Wniosek XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Delegatów

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, z dnia 27 listopada 2015 r. w sprawie zmiany ustawy art. 16 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.)

Do:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

UZASADNIENIE

Delegaci na XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie wnoszą o wprowadzenie zmian w treści art. 16 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.).

Przywołany przepis wprowadza obowiązek zwolnienia od pracy pracownika będącego członkiem organu izby lub wykonującego czynności na rzecz izby. Za okres zwolnienia nie przysługuje wynagrodzenie.

Kompensacja wynagrodzenia następuje na podstawie uchwały Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Wnioskodawcy uznają, że pielęgniarki i położne będące członkami organów Izby oraz wykonujące czynności na rzecz Izby powinny być zwolnione od pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia.

Dodatkowo w czasie obrad koleżanka Małgorzata Sawicka ustnie złożyła wniosek w sprawie przeprowadzenia w poszczególnych placówkach szkolenia z zakresu prawa pracy w aspekcie wykonywania zawodu pielęgniarek i położnych a odpowiedzialności zawodowej.

Po wyczerpaniu porządku obrad przewodnicząca zjazdu Teresa Witusik dokonała zamknięcia obrad. Wraz z Zastępcą Przewodniczącej Zjazdu podziękowały członkom komisji pracującym w czasie okręgowego zjazdu oraz wszystkim delegatom za sprawne przeprowadzenie XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

*Sekretarz Zjazdu
Renata Michalska*

*Przewodnicząca Zjazdu
Teresa Witusik*



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 26 sierpnia 2015 r.

Pan prof. dr hab. med. Marian Zembala
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Upriejmie informuję, że w dniu 25 sierpnia 2015 r. odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, którego przedmiotem było wyrażenie stanowiska do projektu Porozumienia z dnia 21 sierpnia 2015 r. przesłanego do NRPiP przez Ministerstwo Zdrowia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zaakceptowała projektu ze względu na brak w nim zapisów gwarantujących realizację propozycji Ministerstwa Zdrowia bez względu na ewentualne zmiany polityczne i gospodarcze. Proponowany wzrost wynagrodzeń w tym roku, czyli 2015 jest za niski do oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, ale rozumiemy, że realny i możliwy do wprowadzenia od 1 września br.

Pragniemy jednak z całą mocą oświadczyć, iż wyrażamy wolę dalszych rozmów w kwestiach zmian:

- rozporządzeń zawartych na podstawie art 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 (tzw. koszykowy));

- rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określające między innymi mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne;

- rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne;

- uwzględnienia udziału pielęgniarki i położnej w projektach i badaniach naukowych oraz grantach krajowych i międzynarodowych.

Jednocześnie wyrażamy przekonanie, że raport „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” opracowany przez

Zespół do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalenia priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 13 z późn. zm.) zostanie zaakceptowany i przyjęty przez Ministra Zdrowia oraz będzie podstawą wspólnych działań.

Proponowany w projekcie porozumienia wzrost wynagrodzeń nie jest zgodny z rozwiązaniami postulowanymi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Jednak ze względu na sytuację ekonomiczną pielęgniarek i położnych oczekujemy, że zrealizowane zostaną przez Pana Ministra propozycje wzrostu wynagrodzenia od 1 września br. a rozmowy dotyczące powyższych kwestii będą kontynuowane.

Z wyrazami szacunku

Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Minister Zdrowia

Warszawa, 2015.08.31

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
oraz Pielęgniarki i Położne w Polsce

Szanowna Pani Przewodnicząca.

Szanowne i Drogie Panie, Panno, Państwo,

Odpowiadając na list z dnia 26 sierpnia dziękuję w imieniu własnym i współpracowników za zajęcie stanowiska, które jak przyjmujemy, jest wyrazem akceptacji dla działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia.

W szczególności dziękuję za akceptację inicjatywy uruchomienia z dniem 1 września kwoty średnio 300 zł miesięcznie (pierwszy etap) do końca tego roku oraz w wysokości 300 zł miesięcznie (drugi etap) w roku następnym dla

pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach podległych Ministrowi Zdrowia. Dalszy ciąg podwyżek będzie możliwy w latach kolejnych, jeżeli stan finansów publicznych na to pozwoli i spotka się z akceptacją pracodawców.

Takie rozwiązania Ministra Zdrowia zostały wielokrotnie przedstawione środowisku w ramach cyklu spotkań „Polaków Zdrowia Portret Własny 2015”. W wielu miastach i województwach podczas bezpośrednich rozmów spotkały się

z aprobatą jako wyraz bardzo konkretnej pomocy finansowej i widocznych reform.

Pragniemy podziękować też za wyrażoną w liście wolę dalszych rozmów. Mamy nadzieję na rozwiązanie wielu istotnych dla obu stron spraw, które systematycznie i wspólnie przygotowujemy (rozporządzenia koszykowe, rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń i inne akty prawne, m.in. regulujące rolę pielęgniarki w systemie opieki zdrowotnej i podnoszące jej rangę).

Warto przypomnieć, że to z inicjatywy Ministra Zdrowia zwrócono uwagę na konieczność uwzględnienia udziału pielęgniarki i położnej w projektach i badaniach naukowych, grantach krajowych i międzynarodowych. Rola pielęgniarek i położnych w tego rodzaju działalności była, jak dotąd, niedoceniana w naszym kraju, a przecież w wielu państwach stanowi źródło dodatkowego dochodu i satysfakcji z zawodowego rozwoju.

Przypominamy także z satysfakcją, że to właśnie dzięki staraniom Ministerstwa Zdrowia pozyskano i wykorzystano środki unijne na rozwój i kształcenie pielęgniarek i położnych w wysokości 250 mln zł w latach 2007-2013 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Ponadto do wykorzystania w roku bieżącym i kolejnych wynegocjowano dodatkowo aż 450 mln zł przeznaczonych na kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek i położnych.

Jednocześnie, odnosząc się do projektowanych przepisów dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określających między innymi mechanizmy otrzymania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielanej przez pielęgniarki i położne, zaznaczamy, że zarówno świadczeniodawcy,

jak i środowisko pielęgniarskie powinno przygotować się do sprawnego sięgnięcia po uruchomione środki. Przepisy regulujące ww. mechanizm wejdą w życie w dniu ogłoszenia, tak więc od tego dnia będzie już można podejmować czynności formalne, wskazane w rozporządzeniu dotyczące uruchomienia środków. Prace nad tymi rozwiązaniami są skoordynowane w taki sposób, aby jednocześnie ukazało się zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Świadczeniodawcy będą mogli przystąpić do procesu uruchamiania środków na podwyżki po ogłoszeniu ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. W rozporządzeniu określono, że świadczeniodawcy będą mieli 14 dni na przekazanie danych o zatrudnionych pielęgniarkach. Po otrzymaniu danych Dyrektorzy OW NFZ w ciągu 14 dni przedstawią świadczeniodawcom propozycje aneksowania umów w tym zakresie. Po otrzymaniu propozycji aneksu świadczeniodawca w ciągu także dwóch tygodni powinien zwrócić podpisany aneks wraz z dokumentami potwierdzającymi osiągnięcie porozumienia co do sposobu podziału środków.

Podział otrzymanych środków powinien uwzględniać wiedzę, kompetencje i umiejętności pielęgniarek i położ-

nych, ale oczywiście kwestia ta pozostaje do decyzji i oceny świadczeniodawcy. Po otrzymaniu podpisanych aneksów oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia będą miały formalną podstawę do wypłaty środków finansowych.

Założenia procedury przekazania środków finansowych świadczeniodawcom opisane powyżej przedstawiają maksymalny termin na poszczególne czynności, aby procedura przebiegła w jak najkrótszym możliwym czasie i aby środki finansowe zabezpieczone w wysokości należnej od dnia 1 września br. mogły zostać przekazane świadczeniodawcom jeszcze w październiku.

Warto wspomnieć, że powyższe działania, które mają na celu poprawę sytuacji pielęgniarek i położnych, znalazły akceptację organizacji zrzeszających pracodawców i pracowników, takich jak Business Center Club i Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych.

Środki na podwyżki zostały przez Ministerstwo Zdrowia zabezpieczone i będą możliwe do uruchomienia niezależnie od przebiegu dalszych rozmów lub ewentualnych zmian na scenie politycznej.

*Z szacunkiem
Marian Zębala*



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 8

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 września 2015 r.

w sprawie kontynuacji rozmów z Rządem RP w zakresie poprawy aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarskie i położnicze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach prerogatyw ustawowych (art 22 ust. 1 pkt 6 i 12 w zw. z art. 4 ust. 1, 6 - 7 i ust. 2 pkt 4 i 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) w interesie swoich członków i społeczeństwa Rzeczypospolitej Polskiej, postanawia kontynuować rozmowy z Rządem RP, zastrzegając sobie prawo do podejmowania wszelkich działań zmierzających do poprawy aktualnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje kontynuowanie rozmów w zakresie umocowania pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia oraz deklaruje rozpoczęcie prac legislacyjnych polegających na zagwarantowaniu pielęgniarkom i położnym wzrostu wynagrodzenia.

Oczekujemy przedstawienia przez Rząd RP programu przeciwdziałania złażamaniu systemu opieki pielęgniarskiej i położniczej nad obywatelami Polski.

Proponowane dotychczas przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązania w żaden sposób nie poprawiają sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz nie gwarantują społeczeństwu bezpieczeństwa zdrowotnego.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander
Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 22
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 2 września 2015 r.

**w sprawie wzrostu wynagrodzeń
pielęgniarek i położnych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż należy jak najszybciej podjąć prace nad projektem aktów prawnych mających zagwarantować pielęgniarkom i położnym wzrost wynagrodzenia.

Uregulowanie wynagrodzeń na poziomie ustawowym pozwoli na wzrost wynagrodzeń wszystkich pielęgniarek i położnych jak również powstrzyma nasilające się ucieczki osób wykonujących

zawody pielęgniarki i położnej poza granice państwa, pozwoli na zniwelowanie stale rosnącej dysproporcji między zarobkami pielęgniarek i położnych a innymi zawodami.

Ponadto poprawi zwiększenie atrakcyjności zawodów, a w konsekwencji zachęci absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych do podejmowania zatrudnienia w kraju.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, iż tylko powyższe uregulowania prawne zagwarantują pielęgniarkom i położnym stabilną sytuację

i odpowiednią pozycję w systemie ochrony zdrowia.

Dostrzegając trudną sytuację ekonomiczną pielęgniarek i położnych Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera działania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk*

Minister Zdrowia

Warszawa, 08.09.2015 r.

Rekomendacje

zawarte w dokumencie „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Rekomendacje i ich realizacja”, zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 02.09.2015 r.

I. Rekomendacja ogólna:

1. Opracowanie i wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.

II. Rekomendacje szczegółowe:

1. Określenie docelowego wskaźnika pielęgniarek aktywnych zawodowo na 1 tysiąc mieszkańców.

2. Zabezpieczenie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.

3. Stworzenie polityki zatrudnienia pielęgniarek i położnych:

- zgodnie z przygotowaniem zawodowym;

- zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

4. Stworzenie mechanizmów zapewniających wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:

- zgodnie z przygotowaniem zawodowym;

- zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

5. Zabezpieczenie możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.

6. Wprowadzenie systemu akredytacji podmiotów kształcenia podyplomowego w zakresie specjalizacji.

7. Uregulowanie kwestii minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednolicenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

8. Analiza zapotrzebowania na pielęgniarki i położne o określonych specjalnościach wynikających z wymagań kwalifikacyjnych i dostępności określonych

przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.

9. Prowadzenie kampanii informującej o działaniach rządowych na rzecz niwelowania konsekwencji braku pielęgniarek i położnych dla zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

10. Ustalenie minimalnej liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa dla każdego województwa.

Niżej podpisani deklarują wolę współpracy w realizacji powyższych Rekomendacji.

*Przewodnicząca OZZPiP
Prezes NRPiP
Minister Zdrowia
Dyrektor CKPPiP
Prezes NFZ*

Minister Zdrowia

Warszawa, 2015.09.09

Szanowna Pani Barbara Błżejowska-Kopiczak Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Powodowany troską o losy chorych, ich bezpieczeństwo w czasie zmagania się z chorobą zwracam się z uprzejmą prośbą o wsparcie działań Ministra Zdrowia mających na celu załagodzenie zarzewia konfliktu, którego wyrazem ma być protest środowiska pielęgniarskiego w dniu 10 września br.

Szczerze powiem, dla mnie jako lekarza oraz ministra zdrowia jest to podwójnie przykre zaskoczenie, że pomimo trzech miesięcy prowadzenia negocjacji środowisko związkowe pielęgniarstwa nie jest otwarte do kompromisu, domagając się jednoznacznie przyznania kwoty

500 zł miesięcznie w tym roku i w kolejnych najbliższych dwóch latach. Takie ultimatum stawia w bardzo trudnej sytuacji ochronę zdrowia w Polsce, kosztem nie tylko innych grup zawodowych, ale staje się także źródłem niepotrzebnego dodatkowego konfliktu.

W poczuciu odpowiedzialności za dobro leczonych, jako minister zdrowia przygotowałem propozycje podwyżki dla pielęgniarek i położnych już od września 2015 r. w kwocie średniej 300 zł miesięcznie, co w latach 2015 - 2016 daje łącznie ponad 1 mld zł ze środków NFZ. Spotykając się w kraju ze środowi-

skiem pielęgniarek i położnych wiem, że bardzo czekają na te środki, które stanowią uczciwy początek procesu reformy wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

Będę wielce zobowiązany licząc na przychyłność wobec tej inicjatywy pozostawionej politycznego wymiaru, będącej wyrazem uznania dla tego środowiska, ale też realnych możliwości budżetu Państwa.

Jednocześnie pozwalam sobie przesłać w załączeniu komunikat Ministra Zdrowia.

Marian Zębala

Minister Zdrowia: Są podwyżki dla pielęgniarek od września 2015

zarezerwowane są środki w budżecie na 2015 - 2016 r. oraz wprowadzonych jest wiele systemowych rozwiązań

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, uwzględniając jednak także potrzeby innych zawodów medycznych.

Cieszy nas fakt, że w przesłanym 26 sierpnia do Ministerstwa Zdrowia stanowisku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, po ponad dwumiesięcznych negocjacjach ze zrozumieniem stwierdziła, że proponowany wzrost wynagrodzeń, pomimo że jest niższy od oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, jest możliwy do spełnienia cyt; „rozumiemy jako realny i możliwy do wprowadzenia od 1 września 2015 roku”.

Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia zaplanowały na podwyżki dla pielęgniarek i położnych następujące kwoty:

- około 228 mln zł - w 2015 roku
- około 808 mln zł - do końca 2016 roku
- około 1,5 mln zł - w 2017 roku

Łącznie jest to kwota w wysokości około 2,5 mld zł.

Jednocześnie informujemy, że w pozostałych obszarach będących przedmiotem negocjacji Ministra Zdrowia ze środowiskiem pielęgniarek i położnych zostały podjęte bądź będą realizowane następujące działania:

1. Minister Zdrowia, na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, wydał w dniu 8 września 2015 roku nowe rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, określające między innymi mechanizmy otrzymywania przez świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielone przez pielęgniarki i położne. Skutkuje to możliwościami wprowadzenia podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w ramach umowy z NFZ już od września br. w kwocie średnio 300 zł na etat. Decyzja należy do dyrektora podmiotu leczniczego

w uzgodnieniu z reprezentacją pielęgniarek i położnych z zaleceniem uwzględnienia doświadczenia, umiejętności i kompetencji jako kryterium;

2. Minister Zdrowia dokona nowelizacji rozporządzeń wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) zwanej dalej „ustawą”, w zakresie doprecyzowania kwalifikacji i liczby pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach;

3. Minister Zdrowia, na podstawie znowelizowanego art. 148 ust 3 ustawy wyda rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

4. Prezes NFZ wyda zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne.

5. Podwyżkami wynagrodzeń, o których mowa powyżej, zostaną objęte pielęgniarki i położne udzielające świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawców mających zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ;

6. Strony podejmą możliwe działania, w szczególności legislacyjne i organizacyjne, w celu zagwarantowania wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, które w perspektywie nie dłuższej niż 5 lat (to jest do końca 2020 r.) pozwoli wraz ze wzrostem wynagrodzeń, o których mowa wcześniej, na uzyskanie średniego wzrostu wynagrodzenia w przeliczeniu na etat pielęgniarki i położnej w wysokości 1.500 zł brutto (to jest

w okresie 1 września 2015 r. - 31 grudnia 2020 r.).

7. Ministerstwo Zdrowia w dialogu ze środowiskiem rekomenduje celowość włączenia pielęgniarki i położnej także do obszaru badań naukowych i wdrożeniowych jako wyraz awansu zawodowego, ale także wzorem krajów rozwiniętych jako dodatkowe źródło dochodu.

8. Przypominamy także, że dzięki staraniom Ministerstwa Zdrowia uzyskano i wykorzystano środki unijne na rozwój i kształcenie pielęgniarek i położnych w wysokości 250 mln w latach 2007-2013 w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki. Ponadto do wykorzystania w roku bieżącym i kolejnych wynegocjowano dodatkowo aż 450 mln

zł przeznaczonych na kształcenie przed i podyplomowe pielęgniarek i położnych.

9. Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia i środowisko pielęgniarek i położnych reprezentowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych w dniu 8 września 2015 podpisało rekomendacje zawarte w dokumencie pt: „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze -rekomendacje i ich realizacja”.

10. Strony zobowiązały się, że do 15 października tego roku uzgodnią ostateczną treść ww. dokumentu oraz harmonogram wdrażania rekomendacji.

POROZUMIENIE

Zawarte w dniu 23 września 2015 r. w Warszawie pomiędzy:

Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, 00-252 Warszawa, ul. Podwale 11, reprezentowanym przez Lucynę Dargiewicz Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych,

Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, 02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, reprezentowaną przez Grażynę Rogalę-Pawelczyk Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

a

Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia Tadeuszem Jędrzejczykiem, 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186,

i

Ministrem Zdrowia Marianem Zembalą, 00-952 Warszawa, ul. Miodowa 15,

zwanymi dalej „Stronami”. Mając na uwadze:

- przepisy ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U z 2014 r. poz. 167 oraz z 2015 r. poz. 791),

- art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz.

1038, z 2013 r. poz. 779, 1247 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004),

- art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.),

- art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812), w trosce o zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dbając o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, starając się zabezpieczyć ilość wykwalifikowanych kadr na należyty poziomie oraz stwarzając warunki powodujące wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej dla nowych, napływających do zawodu kadr, Strony postanowiły zawrzeć niniejsze Porozumienie o następującej treści:

§1 1. Minister Zdrowia, na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą”, dokona nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400), w celu wprowadzenia zmian mających na celu dostosowanie jego przepisów do warunków określonych w niniejszym Porozumieniu. Minister Zdrowia w terminie do dnia 25 września 2015 r. przedłoży Stronom niniejszego Porozumienia projekt nowelizacji ww. rozporządzenia uwzględniającej treść warunków zawartego Porozumienia oraz niezwłocznie rozpocznie procedurę związaną z wprowadzeniem nowelizacji w życie.

2. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia dokona nowelizacji zarządzenia nr 61/2015/DSOZ z dnia 16 września 2015 r. w celu realizacji niniejszego Porozumienia i znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do dnia 28 września 2015 r. przedłoży Stronom niniejszego Porozumienia projekt nowelizacji ww. zarządzenia uwzględniającego treść warunków zawartego Porozumienia.

3. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie znowelizowa-

nego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przewidzianych w planach finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia środki finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne umożliwiające wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w sposób określony w ust. 4-6.

4. U świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi (dodatek stażowy, dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek świąteczny, składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy), w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej wyniesie:

1) 400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r., z uwzględnieniem kwoty 300,00 zł w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r., o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

2) 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;

3) 1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2;

4) 1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 3.

5. U świadczeniodawców, bez względu na formę organizacyjno-prawną, posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna świadczenia będą objęte zwiększonym finansowaniem poprzez wzrost stawki kapitałowej dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w sposób zapewniający średni wzrost mie-

sięcznego wynagrodzenia, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu tych pielęgniarek i położnych w wysokości:

1) 400,00 zł od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.;

2) 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 1;

3) 1200,00 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 2;

4) 1600,00 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwota, o której mowa w pkt 3.

6. Przepisy znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą gwarantowały od dnia 1 września 2019 r. utrzymanie średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzeń w kwocie nie mniejszej niż określona w ust. 4 pkt 4 oraz ust. 5 pkt 4.

7. Podział środków finansowych stanowiących wzrost wartości umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy nastąpi na poziomie tego świadczeniodawcy.

W przypadku:

1) nieosiągnięcia porozumienia z przedstawicielami związków zawodowych pielęgniarek i położnych zrzeszających wyłącznie pielęgniarki i położne, działających u świadczeniodawcy dotyczącego sposobu podziału kwot, o których mowa w ust. 4 pkt 2-4 i ust. 5, albo

2) braku pozytywnie zaopiniowanego przez upoważnionego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych przedstawiciela samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sposobu podziału kwot, o których mowa w ust. 4 pkt 2-4 i ust. 5 - gdy u danego świadczeniodawcy nie działają związki zawodowe określone w pkt 1 - podział tych kwot nastąpi w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu.

8. Zasady wynikające z ust. 7 stosuje się również do podziału kwoty wynikającej z ust. 4 pkt 1 określonej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

9. Kolejne wzrosty wynagrodzeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2-4 oraz

ust. 5, będą poprzedzone każdorazowo ustalaniem liczby etatów oraz równoważników etatów pielęgniarek i położnych wykonujących zawód pielęgniarki i położnej u świadczeniodawcy i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, z tym że w przypadku wzrostu wynagrodzeń, o których mowa w ust. 4 pkt 2-4 - według stanu na dzień odpowiednio 1 sierpnia 2016 r., 1 sierpnia 2017 r., 1 sierpnia 2018 r. oraz 1 sierpnia 2019 r. i z uwzględnieniem zasady, że dla zawarcia porozumienia lub wydania pozytywnej opinii zostanie uwzględniony okres do 21 dni.

10. Minister Zdrowia przedstawi do dnia 10 października 2015 r. propozycje średniego wzrostu wynagrodzeń wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarek i położnych, w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa.

11. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych:

1) zawiesi od dnia 30 września 2015 r. ogólnopolską akcją protestacyjną, pod warunkiem, że projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie zawierał postanowienia wynikające z niniejszego Porozumienia;

2) zakończy ogólnopolską akcją protestacyjną najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod warunkiem, że rozporządzenie to będzie zawierało postanowienia wynikające z niniejszego Porozumienia;

3) niezwłocznie po zakończeniu ogólnopolskiej akcji protestacyjnej podejmie działania zmierzające do zakończenia sporów zbiorowych prowadzonych przez zakładowe organizacje związkowe Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w części dotyczącej warunków wynagradzania.

12. Strony zgodnie oświadczają, że akceptują powyższe ustalenia i będą zgodnie współdziałać w ich realizacji w ramach kompetencji własnych i wy-

łącznych danej Strony wynikających z przepisów ustawowych oraz przepisów prawa wewnętrznego.

§2 Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowi załącznik do niniejszego Porozumienia i Strony ustalają, że Sta-

nowisko to w zakresie pkt I i II będzie obowiązywać także przy kolejnych wzrostach wynagrodzeń określonych w § 1 ust. 4 pkt 2-4 oraz ust. 5.

§3 Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

§4 Porozumienie wchodzi w życie z dniem 23 września 2015 r.

w imieniu:

Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Lucyna Dargiewicz
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk
Minister Zdrowia
Marek Zembala



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 6 października 2015 r.

Pani/Pan Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam pismo Krystyny Barbary Kozłowskiej Rzecznika Praw Pacjenta kierowane do prof.

dr hab. med. Mariana Zembała w sprawie poinformowania o podjętych działaniach systemowych dotyczących zabezpieczenia pacjentów w świadczenia

zdrowotne realizowane przez pielęgniarki i położne.

Z poważaniem - Prezes NRPiP
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Pacjenta
Krystyna Barbara Kozłowska

Warszawa, 24.09.2015 r.

Pan prof. dr hab. med. Marian Zembala
Minister Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

Szanowny Panie Ministrze,

Mając na uwadze doniesienia medialne, w tym wnioski Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz apele Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych¹, działając na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 7 i 8 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta² (dalej: ustawa), zwracam się z uprzejmą prośbą o poinformowanie o podjętych działaniach systemowych dotyczących zabezpieczenia pacjentów w świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki i położne.

Uzasadniając powyższe należy wskazać, iż jednym z głównych elementów gwarantujących pacjentom należyta opiekę pielęgniarską i położniczą oraz właściwy poziom udzielania świadczeń zdrowotnych - zgodnie z wymogami fachowymi - stanowi dostateczna liczba zatrudnionego personelu medycznego jak również umożliwienie ustawicznego szkolenia oraz doskonalenia zawodowego.

Natomiast jak wynika z informacji przekazywanych do Biura Rzecznika Praw Pacjenta jak również prowadzonych postępowań wyjaśniających na podstawie art. 50-53 ustawy, brak zapewnienia odpowiedniej liczby zatrudnionego personelu medycznego zgodnie z realnymi potrzebami podmiotu leczniczego - może wpływać na bezpieczeństwo pacjentów³.

Ponadto, z raportu sporządzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych⁴ wynika, iż wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek na tysiąc mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem dla Polski w roku 2013 r. wyniósł 5,4. Wśród 16 wybranych krajów, wskaźnik ten sytuuje Polskę na ostatnim miejscu i wskazuje na ograniczony w znacznym stopniu dostęp do świadczeń pielęgniarskich (w Szwajcarii przedmiotowy wskaźnik wynosi 16, w Danii 15,4, Norwegii 14,4, a w Niemczech 11,3).

W przedmiotowym dokumencie podano również, iż z populacji pielęgniarek

i położnych zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych wynika, że systematycznie wzrasta średnia wieku ww. personelu medycznego. Mianowicie średni wiek pielęgniarki w roku 2014 r. wyniósł 48,43 lata, a położnej ukształtował się na poziomie 47,21 lat, co oznacza starzenie się ww. grupy zawodowej.

Dodatkowo należy podkreślić, iż średni wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek i położnych na tysiąc mieszkańców w Polsce w roku 2015 wynosi 4,82. Natomiast analiza wykorzystania limitów miejsc na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo od roku akademickiego 2006/2007 do roku 2011/2012 wskazuje, iż zostały one wykorzystane w ok. 76 % co stanowi 35 333 absolwentów I i II stopnia. Z tej liczby tylko 11 489 osobom przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, co stanowi 25,10% ustalonych przez Ministra Zdrowia potrzeb w zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Powyższe dane mogą świadczyć o braku zainteresowania młodzieży wykonywaniem w dorosłym życiu zawodów pielęgniarstwa i położnictwa.

Jednocześnie dodać należy, iż w rze- czonym Raporcie ustalono, iż liczba ukończonych przez pielęgniarki i położ- ne specjalizacji wynosi 30191, co sta- nowi niecałe 10% ogólnej liczby zare- jestrowanych pielęgniarek i położnych. Uwzględniając szybki rozwój medycy- ny oraz sytuację demograficzną i epi- demiologiczną społeczeństwa polskiego wskazano, iż: „liczba ta nie gwarantuje zabezpieczenia realizacji świadczeń specjalistycznych wykonywanych przez pielęgniarki i położne. W konsekwen- cji istnieje konieczność oceny zapotrze- bowania na specjalistów w danych dzie- dzinach w oparciu o faktyczne potrzeby systemu ochrony zdrowia w danym wo- jewództwie. Tym samym zasadnym by- łoby ustalenie docelowej liczby specjali- stów w poszczególnych dziedzinach dla danego województwa”.

Natomiast w prognozie dotyczącej liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek w latach 2015-2025 wska- zano, że: „systematycznie zmniejszać będzie się liczba zarejestrowanych pie- lęgniarek i położnych - mimo zmniejsza- jącej się liczby populacji społeczeństwa polskiego nie wzrośnie wskaźnik zatrud- nionych pielęgniarek na 1000 miesz- kańców. Wskaźnik będzie się zmniejszał z powodu większego tempa ubytku pie- lęgniarek niż ubytku naturalnego ludno- ści - w kontekście sytuacji demograficz- nej i epidemiologicznej społeczeństwa polskiego istnieje zagrożenie dla możli- wości realizacji świadczeń zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce w związku z prognozą liczby pielęgni- ark i położnych w Polsce”.

Mając na uwadze wskazane wyżej in- formacje należy zauważyć, iż istnieje re- alne niebezpieczeństwo zarówno dla ww. personelu medycznego, jak i pacjentów. Liczba pacjentów przypadających na jed- ną pielęgniarkę oraz położną ma bezpo- średni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych i gdy jest niewystarczają- ca stwarza bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia.

Niedostateczna obsada pielęgniarsko- położnicza powoduje wzrost obowią- zków personelu medycznego w zakresie

udzielanych świadczeń zdrowotnych. Konsekwencją powyższego jest obniże- nie jakości świadczeń zdrowotnych, co dodatkowo wpływa na poziom bezpie- czeństwa zdrowotnego pacjentów.

Ponadto, brak odpowiedniej liczby pie- lęgniarek i położnych uniemożliwia pod- noszenie im kwalifikacji - z uwagi na konieczność pełnienia dyżurów i brak zastępstwa.

Powyższe może skutkować narusze- niem prawa określonego w art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy, zgodnie z którym pa- cjent ma prawo do świadczeń zdrowot- nych udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z należytą sta- rannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odręb- nych przepisach wymaganiom facho- wym i sanitarnym.

W kontekście przedstawionej analizy dodać należy, iż w celu zapewnienia wła- ściwej jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych wydane zostało rozporzą- dzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grud- nia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielę- gniarek i położnych w podmiotach lecz- niczych niebędących przedsiębiorcami⁵. Akt ten stanowi — z punktu widzenia pacjenta - formalną gwarancję standardu opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Zgodnie z zapisami ww. rozporządze- nia przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych uwzględnia się między innymi liczbę pacjentów obej- mowanych opieką w danym roku oraz liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki⁶. Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich oraz położni- czych ustala się w zależności od katego- rii opieki, do której dany pacjent został zakwalifikowany⁷.

Z kolei art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności lecz- niczej⁸ wskazuje, iż podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą stosuje mini- malne normy zatrudnienia pielęgniarek, które określone są w treści przytoczone- go wyżej rozporządzenia z dnia 28 grud- nia 2012 r. Minimalne normy ustala kie- rownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami lub ko- mórkami organizacyjnymi określony-

mi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pie- lęgniarek i związków zawodowych pie- lęgniarek i położnych działających na te- renie tego podmiotu.

Ponadto, do minimalnych norm za- trudnienia odnosi się dyspozycja § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdro- wia z dnia 22 listopada 2013 r. w spra- wie świadczeń gwarantowanych z za- kresu leczenia szpitalnego⁹, w którym wskazano kryteria, od których występo- wania uzależniona jest liczba oraz kwa- lifikacje personelu pielęgniarskiego oraz położniczego w podmiotach udzielają- cych świadczeń gwarantowanych z za- kresu leczenia szpitalnego.

Wobec powyższego, mając na uwadze dobro pacjentów oraz zapewnienie im ochrony praw wynikających z treści usta- wy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, konieczne jest podjęcie stosow- nych działań legislacyjnych oraz organi- zacyjnych mających na celu zagwaran- towanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w związku z udzielanymi im świadczeniami zdrowotnymi. Niezbęd- ne jest bowiem uszczegółowienie obo- wiązującego ustawodawstwa w zakresie ustanowienia minimalnych wymogów dotyczących liczby oraz kwalifikacji pie- lęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych, w szczególności z zakresu opieki szpitalnej będącej przedmiotem kontraktowania przez Narodowy Fun- dusz Zdrowia.

Opisane wyżej rozporządzenie z dnia 28 grudnia 2012 r. nie zawiera bowiem przepisów regulujących zatrudnienie, czy też organizację pracy pielęgniarek i położnych wskazuje jedynie na sposób ustalania minimalnych norm. Podobnie rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego nie okre- śla liczby równoważników etatów dla pielęgniarek i położnych.

W związku z powyższym wnoszę o od- niesienie się do przedmiotowych kwe- stii, w tym o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Jakie działania systemowe, legisla- cyjne oraz organizacyjne w zakresie wy- konywania zawodu pielęgniarek i położ- nych zostały bądź zostaną podjęte celem zabezpieczenia niezbędnej liczby pielęg-

niarek i położnych w podmiotach leczniczych, w szczególności w placówkach szpitalnych udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych?

2. W jaki sposób Ministerstwo Zdrowia planuje zabezpieczyć możliwość wystąpienia niedoborów personelu pielęgniarskiego/położniczego w perspektywie długoterminowej?

3. Czy w związku ze zmieniającą się strukturą demograficzną kraju podejmowane lub planowane są działania mające na celu wprowadzenie mechanizmów zachęcających młodych ludzi do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej?

4. Czy planowane jest ustalenie minimalnej liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa oraz położnictwa w każdym z województw? W jaki sposób zagwarantowano kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych?

Dodatkowo informuję, iż w związku z art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy oraz art. 121 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Rzecznik Praw Pacjenta wystąpił do wybranych organów two-

rzących podmioty lecznicze o udzielenie informacji dotyczących oceny realizacji obowiązku ustalania minimalnych norm zatrudnienia w nadzorowanych podmiotach leczniczych. Ponadto - w przypadku wystąpienia nieprawidłowości - ww. podmioty, zostały zobowiązane do poinformowania o podjętych działaniach celem poprawy sytuacji pacjentów.

Mając na uwadze powyższe - w kontekście ochrony praw pacjentów - proszę jak na wstępie o poinformowanie Rzecznika Praw Pacjenta o podjętych działaniach oraz zajętych stanowisku.

Z wyrazami szacunku

*Z upoważnienia Rzecznika Praw Pacjenta
Zastępca Rzecznika Praw Pacjenta
Grzegorz Błażewicz*

Do wiadomości:

1) Pani Ewa Kopacz, Prezes Rady Ministrów; Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa;

2) Pani dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelna Izba Pie-

lęgniarek i Położnych, ul. Pory 78, lok. 10,02-757 Warszawa.

¹ Dostępne na stronie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: <http://www.nipip.pl/>

² Dz. U. z 2012 r., poz. 158 z późn. zm.

³ Np. w jednym z prowadzonych postępowań wyjaśniających ustalono, iż jedna pielęgniarka dyżuruje na oddziale noworodkowym i zajmuje się zdrowymi a także chorymi noworodkami oraz jest także członkiem zespołu porodowego i opieki nad noworodkiem.

⁴ Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” wydany przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych z maja 2015 r.

⁵ Dz.U.z 2012 r.,poz.1545.

⁶ por. § 1 ust 1 pkt. 2 oraz pkt. 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

⁷ Przedmiotowe kategorie zostały szczegółowo opisane w załączniku do omawianego Rozporządzenia

⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.

⁹ Dz. U z 2013, poz. 1520 z późn. zm.



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

Warszawa, dnia 15 października 2015 r.

LIST DO WIERNYCH

Szanowni Państwo,

Z prawdziwą radością pragnę poinformować, iż Jego Ekscelencja Ksiądz Arcybiskup Stanisław Gądecki Metropolita Poznański Przewodniczący Konferencji Episkopatu udzielił pasterskie błogosławieństwo dla inicjatywy Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, jaką jest Kampania pt. „Ostatni dyżur”.

Życie składa się z pewnych rozdziałów. Ma to swoje dobre strony. Przechodząc z jednego etapu w drugi dostajemy od losu idealną szansę, by coś zmienić. Dziś jest ten moment, w którym My, Polacy, skupieni w wierze Kościoła Katolickiego możemy walczyć o swoje zdrowie i zdrowie Naszych najbliższych.

Sukces kampanii będzie odzwierciedleniem Naszej wspólnej drogi po dobro i należyty Szacunek dla ciała i ducha człowieka. Godna i holistyczna opieka pielęgniarska i położnicza może być odpowiednio zapewniona, a sukces kampanii zależy wyłącznie od Nas, Polaków.

Jesteśmy społeczeństwem silnym, które przetrwało zło otaczającego świata, doświadczyło cierpienia i ubóstwa. Jednak siła i wiara w Boga zjednoczyła Nas i pomogła odzyskać poczucie bezpieczeństwa, wolności i godności.

Dzisiaj znowu stajemy przed trudnym zadaniem. Liczba pielęgniarek i położnych nieustannie maleje, maleją Nasze szanse na godną i troskliwą opiekę

zdrowotną. W najbliższym czasie puste szpitale, brak opieki pielęgniarek i położnych w domu, szkole może stać się rzeczywistością. Jest to realne zagrożenie dla Naszego zdrowia, ale także wolności, poczucia bezpieczeństwa oraz poszanowania godności ciała i ducha.

Tylko ludzie, w których jest siła walki są zdolni zmienić rzeczywistość, dlatego jeszcze raz zwracam się do Państwa z prośbą o dołączenie do akcji i podpisanie petycji. Będzie to wspaniały dowód poparcia inicjatywy oraz chęć wspólnego działania na rzecz walki o zapewnienie Polakom należytej opieki zdrowotnej.

Prezes

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Abp Stanisław Gądecki

METROPOLITA POZNAŃSKI

PRZEWODNICZĄCY KONFERENCJI EPISKOPATU POLSKI

Warszawa, dnia 20 lipca 2015 r.

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do listu z dnia 21 lipca br. (NIPiP-NRPiP-DM.0028.16.2015. AS), w sprawie Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Ostatni Dyżur” chciałbym poinformować, że przekazałem informację o inicjatywie polskim bisku-

pom diecezjalnym, którzy w dniach 25-26 sierpnia br. obradowali na Sesji Rady Biskupów Diecezjalnych na Jasnej Górze w Częstochowie. Dołączone materiały zostały przekazane wszystkim diecezjom w Polsce.

Mam nadzieję, że wspólnym wysiłkiem uda się uwrażliwić społeczeństwo

na problem zmniejszającej się liczby pielęgniarek w Polsce.

Łączę wyrazy szacunku i pozdrowień w Chrystusie.

+ Stanisław Gądecki

Arcybiskup Metropolita Poznański

Przewodniczący Konferencji

Episkopatu Polski

Opinia Prawna

DLA: Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

DOTYCZĄCA: stosowania postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) względem pielęgniarek i położnych bezpośrednio uczestniczących w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej przez „podwykonawców” świadczeniodawców posiadających umowy na ich realizację z Narodowym Funduszem Zdrowia.

SPORZĄDZONA PRZEZ:

r. pr. Piotra Siłakiewicza

Wniosek:

Pielęgniarki i położne posiadające np. umowę o pracę u „podwykonawcy” określonego świadczeniodawcy, realizujące bezpośrednio świadczenia opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ zawartej przez tego świadczeniodawcę również powinny być objęte postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015r. poz. 1400).

Uzasadnienie:

Przedmiot zapytania dotyczy objęcia przewidzianym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) wzrostem wynagrodzeń dla pielęgniarek i po-

łożnych, uczestniczących w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ w oparciu o stosunek prawny łączący je nie bezpośrednio z tym świadczeniodawcą lecz z jego podwykonawcą.

W pierwszym rzędzie wypada przywołać regułę wyrażoną w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400) zgodnie, z którą w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia rozporządzenia świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne, przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informację, 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 (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), 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.

Z przywołanej normy prawnej nie wynika, aby pielęgniarki i położne musiały posiadać jakąkolwiek umowę bezpośrednio z tym konkretnym świadczeniodawcą. Warunkiem jest natomiast wykonywanie u tego świadczeniodawcy zawodu w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej także realizowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zasadne będzie zatem stanowisko zgodnie, z którym pielęgniarki i położne posiadające np. umowę o pracę u „podwykonawcy” określonego świadczeniodawcy, realizując bezpośrednio świadczenia opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ zawartej przez tego świadczeniodawcę również powinny być objęte postanowieniami przywołanego rozporządzenia.

Powyższe stanowisko potwierdza także brzmienie art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, t. późn. zm.), stosownie z którym to świadczeniodawcy mogą zlecać udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych zawartej z Funduszem, jeżeli umowa tak stanowi. Ponadto umowa zawierana przez świadczeniodawców z NFZ w myśl reguły wyrażonej w art. 136 ust. 1 pkt 3 przywołanej wyżej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinna zawierać wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach.

Z powyższego jednoznacznie wynika zatem, że świadczeniodawcy mogą realizować umowy w oparciu o podwykonawców, jednakże ustawodawca nałożył na nich w tym zakresie pewne obowiązki informacyjne względem NFZ.

Objęcie zakresem rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie pielęgniarki i położne, które bezpośrednio łączy umowa ze świadczeniodawcą byłoby nieuzasadnionym ograniczeniem. Mając na względzie

zasadę racjonalnego działania polskiego prawodawcy jak również posługując się literalną wykładnią przepisów omawianego rozporządzenia trzeba wyrazić przekonania, że winno ono znaleźć zastosowanie względem tych pielęgniarek i położnych, które u danego świadczeniodawcy uczestniczą w realizacji świadczeń w ramach umowy, którą zawarł on z NFZ.

Konkludując należy stwierdzić, że brak jest podstaw do zawężającej interpretacji norm sformułowanych w cytowa-

nym rozporządzeniu i ograniczaniu jego stosowania wobec pielęgniarek i położnych, które posiadają wprawdzie bezpośrednią umowę z tzw. „podwykonawcą” świadczeniodawcy, lecz w rzeczywistości to u niego i na jego rzecz realizują określone w umowie świadczenia zdrowotne.

Piotr Siłakiewicz
Radca Prawny

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 28 października 2015 r.

w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne

Na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 3–6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób i tryb wystawiania recept przez pielęgniarki i położne, zwanych dalej „receptami”;
- 2) wzór recepty uprawniającej do nabycia leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego;
- 3) sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania;
- 4) sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji.

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) oddział wojewódzki Funduszu – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) osoba wystawiająca receptę – pielęgniarkę i położną, o której mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 3) osoba uprawniona – osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. d i e 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 i 1830);

4) osoba wydająca – osobę uprawnioną do wykonywania czynności fachowych w aptece, zgodnie z art. 90 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.);

5) przepisy o koordynacji – przepisy o koordynacji, o których mowa w art. 5 pkt 32 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);

6) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

7) ustawa o refundacji – ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych;

8) ustawa o przeciwdziałaniu narkomanii – ustawę z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r. poz. 124, z późn. zm.);

9) ustawa Prawo farmaceutyczne – ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne;

10) ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej – ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Rozdział 2

Wystawianie recept

§ 2. 1. Wystawienie recepty polega na:

1) czytelnym oraz trwałym naniesieniu na awersie recepty, w tym za pomocą wydruku, treści obejmującej dane określone w rozporządzeniu;

2) złożeniu na awersie recepty własnoręcznego podpisu osoby wystawiającej receptę.

2. Poprawki na recepcie mogą być dokonywane wyłącznie przez osobę wystawiającą receptę, z wyjątkiem sytuacji, o których mowa w § 16 ust. 1 pkt 1 lit. a, e, g oraz pkt 2 i 3. Każda poprawka wymaga dodatkowego złożenia własnoręcznego podpisu i odcisnięcia pieczęci osoby wystawiającej receptę przy poprawianej informacji.

3. Na recepcie nie mogą być zamieszczone informacje i znaki niezwiązane z jej przeznaczeniem, w tym stanowiące reklamę.

4. Na dole recepty zamieszcza się, w formie wydruku, nazwę i adres lub numer REGON podmiotu drukującego receptę, a w przypadku gdy wydruk dokonuje osoba wystawiająca receptę – zwrot „wydruk własny”.

§ 3. 1. Recepta, na której co najmniej jeden z przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, dla którego wydano decyzję o obje-

ciu refundacją w rozumieniu przepisów ustawy o refundacji, ma być wydany za odpłatnością, o której mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, obejmuje:

1) dane dotyczące osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. e ustawy o refundacji, albo świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy, u którego wykonuje zawód osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. d ustawy o refundacji, określone w § 4;

2) dane dotyczące pacjenta:

a) imię i nazwisko,

b) adres (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nada-no):

– miejsca zamieszkania albo

– miejsca pełnienia służby wojskowej, jeżeli dotyczy, albo

– miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby urzędu gminy lub gminnego ośrodka pomocy społecznej

– w przypadku świadczeniobiorcy, wobec którego wydano decyzję, o której mowa w art. 54 ust. 1 ustawy, albo siedziby świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia opieki zdrowotnej – w przypadku osoby bezdomnej, o której mowa w art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 163, z późn. zm.),

c) wiek – w przypadku pacjenta do lat 18, o ile nie można go ustalić na podstawie numeru PESEL znajdującego się na recepcie,

d) kod uprawnień dodatkowych pacjenta określony w tabeli 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia, jeżeli dotyczy,

e) numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ust. 2 pkt 9 ustawy – w przypadku korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w razie braku tego poświadczenia – numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji wystawionego przez właściwą instytucję zagraniczną,

f) numer PESEL – jeżeli dotyczy, a w przypadku dziecka nieposiadającego numeru PESEL lub niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.)

wraz z adnotacją o zamieszczeniu numeru PESEL osoby innej niż pacjent i podpisem osoby uprawnionej,

g) numer paszportu lub innego dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość – w przypadku cudzoziemca niebędącego osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, a w przypadku osoby posiadającej Kartę Polaka – numer Karty Polaka;

3) identyfikator płatnika:

a) określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, a w przypadku:

– braku miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazany zgodnie z art. 77 ust. 2 pkt 1 ustawy albo miejsca pełnienia służby wojskowej,

– osoby bezdomnej – identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy dla miejsca zamieszkania osoby uprawnionej albo siedziby świadczeniodawcy, albo

b) znak „X” – w przypadku pacjentów nieposiadających dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub pacjentów niebędących osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w tabeli 2 załącznika nr 1 do rozporządzenia, albo

c) symbol instytucji właściwej dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;

4) dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, o których mowa w § 7;

5) datę wystawienia recepty;

6) datę realizacji recepty „od dnia”, a jeżeli nie dotyczy – znak „X”;

7) dane dotyczące osoby uprawnionej:

a) imię i nazwisko,

b) numer prawa wykonywania zawodu osoby uprawnionej, o którym mowa w przepisach o zawodach pielęgniarstwa i położnej,

c) podpis.

2. Dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 7, są nanoszone w sposób czytelny za

pomocą nadruku, pieczętki lub naklejki przymocowanej do recepty w sposób uniemożliwiający jej usunięcie bez zniszczenia druku recepty.

3. Jeżeli osoba uprawniona, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. e ustawy o refundacji, wystawia receptę dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa, w części recepty przeznaczonej na wpisanie danych dotyczących pacjenta:

1) osoba, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. e tiret pierwsze ustawy o refundacji – może wpisać,

2) osoba, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. e tiret drugie ustawy o refundacji – wpisuje

– dodatkowo adnotację: „pro auctore” albo „pro familiae” lub inną równoważną.

4. Na recepcie wystawianej z adnotacją, o której mowa w ust. 3, dane dotyczące pacjenta mogą nie zawierać danych, które są zamieszczane na nadruku, pieczętce lub naklejce z danymi osoby uprawnionej, o których mowa w ust. 1 pkt 7 i § 4.

5. Na recepcie, o której mowa w ust. 1, zamieszcza się dodatkowo unikalny numer identyfikujący receptę nadawany przez oddział wojewódzki Funduszu, którego sposób budowy określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

6. Dane, o których mowa w ust. 1 pkt 7 lit. b i ust. 5 oraz § 4 ust. 1 pkt 4, są, a dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1–7 lit. a, mogą być przedstawione dodatkowo techniką służącą do ich automatycznego odczytu, w szczególności w postaci jedno- lub dwuwymiarowych kodów kreskowych.

7. Sposób przedstawiania danych w postaci kodu kreskowego, o którym mowa w ust. 6, określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

8. Oddział wojewódzki Funduszu jest obowiązany do zapewnienia dostępu osobie uprawnionej albo świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1 pkt 1, do automatycznego generowania kodów, o których mowa w ust. 6.

9. Recepta, o której mowa w ust. 1, może również zawierać dane, o których mowa w § 6.

§ 4. 1. Dane dotyczące osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, obejmują:

1) nazwę albo firmę wynikającą z umowy na wystawianie recept refundowanych zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia;

2) adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano), a w przypadku pielęgniarzek lub położnych wykonujących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki pielęgniarstwa lub położnych wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa lub położnych wyłącznie w miejscu wezwania – adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej;

3) numer telefonu;

4) identyfikator stanowiący dziewięć pierwszych cyfr numeru identyfikacyjnego REGON, właściwego dla miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego, jeżeli dotyczy.

2. Jeżeli recepta jest wystawiona przez osobę uprawnioną, o której mowa w art. 2 pkt 14 lit. e tiret drugie ustawy o refundacji, dane osoby uprawnionej obejmują:

1) imię i nazwisko;

2) adres miejsca zamieszkania (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu, jeżeli nadano);

3) numer telefonu;

4) dziewięciocyfrowy numer identyfikacyjny określony w umowie upoważniającej do wystawiania recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, na który składają się:

a) dwie pierwsze cyfry o wartości „98”,

b) dwie następne cyfry będące identyfikatorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, który zawarł umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych,

c) pięć pozostałych cyfr będących numerem ustalonym przez oddział wojewódzki Funduszu, o którym mowa w lit. b.

§ 5. Jeżeli na recepcie przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji, osoba wystawiająca receptę może ograniczyć dane zamieszczane na recepcie do danych określonych w § 3 ust. 1 pkt 2 lit. a–c, pkt 5 i 6 i § 7 ust. 1 pkt 1–5 i ust. 3 oraz do swojego imienia, nazwiska i numeru prawa wykonywania zawodu,

o którym mowa w przepisach o zawodach pielęgniarstwa i położnej, i podpisu.

§ 6. 1. Recepta w rozumieniu art. 3 lit. k dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 04.04.2011, str. 45), wystawiona przez osobę wystawiającą receptę, na prośbę pacjenta, który zamierza ją zrealizować w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, zwana dalej „receptą transgraniczną”, zawiera następujące dane:

1) imię lub imiona i nazwisko pacjenta;

2) datę urodzenia pacjenta;

3) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę;

4) kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (tytuł zawodowy);

5) dane do bezpośredniego kontaktu osoby wystawiającej receptę (adres e-mail lub numer telefonu lub faksu wraz z prefiksem międzynarodowym);

6) dane, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, oraz oznaczenie „Polska” albo skrót „PL”;

7) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) albo nazwę handlową, jeżeli:

a) przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub

b) osoba wystawiająca receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych – w takim przypadku na recepcie zwięźle podaje powody użycia nazwy handlowej;

8) postać;

9) dawkę (moc);

10) ilość;

11) sposób dawkowania;

12) datę wystawienia recepty;

13) podpis.

2. Recepta transgraniczna może zawierać także inne dane, o których mowa w § 3.

3. Do recepty transgranicznej stosuje się przepis § 2 ust. 1.

§ 7. 1. Dane dotyczące przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych obejmują:

1) nazwę lub nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) leku albo rodzajową lub handlową nazwę środka

spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego lub ich nazwę skróconą, która w jednoznaczny sposób pozwala określić przepisany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny;

2) postać, w jakiej lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny ma być wydany, jeżeli występuje w obrocie w więcej niż jednej postaci;

3) dawkę leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej dawce;

4) ilość leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego;

5) sposób dawkowania, w przypadku przepisania ilości leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określonego w § 9 ust. 1 pkt 2;

6) odpłatność leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, określoną w sposób następujący:

a) jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w jednej odpłatności, osoba uprawniona nie wpisuje tej odpłatności,

b) jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w więcej niż jednej odpłatności, osoba uprawniona:

– wpisuje symbol „P” w przypadku przepisywania tego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego za najniższą odpłatnością wynikającą z wykazu,

– nie wpisuje poziomu odpłatności w przypadku przepisywania tego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu me-

dycznego za najwyższą odpłatnością wykazującą z wykazu,

– wpisuje odpłatność określoną w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w przypadkach innych niż wskazane w tiret pierwsze i drugie,

c) jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny jest przepisywany poza zakresem refundacji, osoba uprawniona wpisuje symbol „X”;

7) odpłatność, o której mowa w pkt 6, może także być określona w następujący sposób:

a) B lub równoważne – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydawanego bezpłatnie,

b) R lub równoważne – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością ryczałtową,

c) 30% – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 30% limitu finansowania,

d) 50% – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydawanego za odpłatnością 50% limitu finansowania,

e) 100% – dla leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wydawanego poza zakresem refundacji.

2. Oznaczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 6 i 7, nie są wymagane w przypadku recept wystawianych dla pacjentów posiadających uprawnienie, o którym mowa w I p. 2 tabeli 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia.

3. Na recepcie, poza danymi dotyczącymi przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, można dodatkowo zamieścić:

1) polecenie pilnej realizacji przez zamieszczenie adnotacji „Cito” lub innej równoważnej;

2) zastrzeżenie o konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyro-

bu medycznego przez zamieszczenie adnotacji „nie zamieniać” lub „NZ” przy pozycji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, którego dotyczy.

4. W przypadku recepty wystawianej w ramach zlecenia lekarskiego, o którym mowa w art. 15a ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarzy i położnej, zastrzeżenie, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, osoba wystawiająca receptę nanosi zgodnie z danymi zawartymi w dokumentacji pacjenta.

§ 8. Ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określa się cyframi arabskimi lub słownie.

§ 9. 1. Osoba wystawiająca receptę może przepisać dla jednego pacjenta jednorazowo maksymalnie:

1) bez podawania na recepcie sposobu dawkowania:

a) ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego odpowiadającą dwóm najmniejszym opakowaniom:

– tego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określonych w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne, wymienione w tym wykazie,

– tego leku dla leku dopuszczonego do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku recept na leki niepodlegające refundacji wystawionych dla pacjentów posiadających uprawnienie, o którym mowa w I p. 2 tabeli 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia,

b) 100 sztuk strzykawkę do insuliny wraz z igłami,

c) 100 sztuk pasków diagnostycznych;

2) podając na recepcie sposób dawkowania – ilość leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego niezbędną pacjentowi do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepcie sposobu dawkowania.

2. Osoba uprawniona może wystawić do czterech recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 120 dni stosowania.

3. Jeżeli recepta została wystawiona na leki posiadające kategorię dostępności „Rp” i „Rpz”, farmaceuta może wystawić odpis recepty, który jest realizowany za pełną odpłatnością wyłącznie w aptece, w której został sporządzony. Odpis recepty zawiera:

1) co najmniej adres apteki w formie nadruku lub pieczęci;

2) dane pacjenta, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 lit. a–c;

3) nazwę leku, który ma być wydany;

4) postać farmaceutyczną;

5) dawkę;

6) ilość leku, będącą różnicą między ilością przepisaną na recepcie i wydaną w aptece;

7) sposób użycia, jeżeli na oryginale recepty zawarta była taka informacja;

8) imię i nazwisko osoby uprawnionej;

9) termin realizacji;

10) datę wystawienia i numer ewidencyjny recepty, której dotyczy odpis, nadany przez aptekę;

11) imię i nazwisko farmaceuty sporządzającego odpis recepty, w formie nadruku lub pieczęci;

12) podpis farmaceuty sporządzającego odpis recepty.

4. Odpis recepty realizuje się w terminie odpowiadającym terminowi realizacji recepty.

§ 10. 1. Wzór recepty, o której mowa w § 3 ust. 1, określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.

2. Wymiary recepty, o której mowa w ust. 1, nie mogą być mniejsze niż 200 mm długości i 90 mm szerokości.

3. Oddział wojewódzki Funduszu, na wniosek osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, przydziela im zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty. Świadczeniodawca przydziela wykonującym u niego zawód osobom uprawnionym, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. d ustawy o refundacji, zakresy liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty.

4. Po uzyskaniu zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty osoby uprawnione albo świadczeniodawcy, o którym mowa

w § 3 ust. 1 pkt 1, zaopatrują się w druki recept we własnym zakresie. Możliwy jest również wydruk recepty w trakcie jej wystawiania.

5. Oddział wojewódzki Funduszu może zawierać z podmiotami zajmującymi się drukiem recept umowy określające sposób i warunki przydzielania, za pośrednictwem tych podmiotów, zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty; zawarte umowy nie ograniczają prawa osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, do otrzymywania zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty bezpośrednio w oddziale wojewódzkim Funduszu. Przepis ust. 3 zdanie drugie stosuje się.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, osoba uprawniona albo świadczeniodawca, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, składa do oddziału wojewódzkiego Funduszu wnioski, o którym mowa w ust. 3, za pośrednictwem podmiotu zajmującego się drukiem recept.

7. Druki recept lub zakresy liczb, przydzielone zgodnie z ust. 3 lub 5, są wykorzystywane wyłącznie przez osoby uprawnione, którym te druki lub zakresy liczb zostały przydzielone przez oddział wojewódzki Funduszu lub świadczeniodawcę, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi recepty mogą być wykorzystane tylko raz.

8. Zakresy liczb będące unikalnymi numerami identyfikującymi recepty mogą być również przydzielane przez oddział wojewódzki Funduszu osobie uprawnionej albo świadczeniodawcy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, na podstawie przedstawionej przez świadczeniobiorcę karty ubezpieczenia zdrowotnego lub innego dokumentu elektronicznego potwierdzającego ubezpieczenie. Wydruk recepty wraz z unikalnym numerem identyfikującym receptę oraz danymi, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 lit. a, b, d, f i g oraz pkt 3, następuje u osoby uprawnionej albo u świadczeniodawcy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1.

§ 11. Recepta, na której przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji posiadające kategorię dostępności „Rp” i „Rpz”, nie musi odpowiadać wzorowi

określonemu w załączniku nr 6 do rozporządzenia.

§ 12. Na jednej receptce można przepisać do pięciu leków gotowych lub środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

Rozdział 3 Realizacja recept

§ 13. 1. Realizacja recepty obejmuje potwierdzenie realizacji recepty, jej otaksowanie oraz wydanie przepisanych na niej leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych przez osobę wydającą.

2. Potwierdzenie realizacji recepty jest dokonywane na receptce i polega na zamieszczeniu na niej:

1) imienia i nazwiska osoby wydającej, w formie nadruku lub pieczęci;

2) podpisu osoby wydającej.

3. Otaksowanie recepty polega na czytelnym naniesieniu na receptce lub na odrębnym dokumencie przechowywanym łącznie z receptą, której dotyczy, następujących danych dotyczących każdego z różnych opakowań wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych:

1) własnej nazwy leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, ich postaci i dawki albo rodzajowej lub handlowej nazwy wyrobu medycznego;

2) wielkości opakowania;

3) liczby wydanych opakowań;

4) wartości wydanych opakowań;

5) rodzaju odpłatności;

6) wysokości limitu ceny dla wydanej ilości refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego;

7) wysokości opłaty wnoszonej przez pacjenta;

8) kwoty podlegającej refundacji.

4. Na receptce lub odrębnym dokumencie, o którym mowa w ust. 3, osoba wydająca umieszcza nazwę, adres apteki, datę, godzinę realizacji recepty i numer nadany receptce w aptece, a jeżeli odrębny dokument, o którym mowa w ust. 3, jest dokumentem zbiorczym, zawierającym dane dotyczące wielu recept, to:

1) numer nadany receptce w aptece zamieszcza się na receptce oraz na dokumencie zbiorczym obok danych dotyczących tej recepty;

2) jeżeli na receptce występuje numer recepty, na dokumencie zbiorczym zamieszcza się go obok danych dotyczących tej recepty.

§ 14. W przypadku realizacji recepty, na której przepisano wyłącznie leki niepodlegające refundacji, otaksowanie recepty obejmuje naniesienie danych, o których mowa w § 13 ust. 3 pkt 1–4 oraz ust. 4.

§ 15. Osoba wydająca może zrealizować recepty zawierające dane, o których mowa w § 3, lub zamieszczone zgodnie z § 16, także w przypadku gdy:

1) rozmieszczenie tych danych nie odpowiada poszczególnym częściom wzoru recepty przeznaczonym na ich rozmieszczenie lub

2) recepta pod względem graficznym, jej rozmiar lub kształt nie odpowiadają wzorowi recepty;

3) adres pacjenta nie jest zgodny z numerem oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 16. 1. Jeżeli na receptce nie wpisano danych, wpisano je w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z rozporządzeniem, osoba wydająca może ją zrealizować w następujących przypadkach:

1) jeżeli na receptce nie wpisano, wpisano w sposób nieczytelny, błędny lub niezgodny z rozporządzeniem:

a) kod uprawnień dodatkowych pacjenta – osoba wydająca określa go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta przedstawionych przez osobę okazującą receptę; osoba wydająca zamieszcza go na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza ten kod w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji,

b) postać leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego – osoba wydająca określa ją na podstawie posiadanej wiedzy,

c) dawkę leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego – osoba wydająca przyjmuje, że jest to najmniejsza dawka dopuszczona

do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

d) sposób dawkowania – osoba wydająca wydaje maksymalnie dwa najmniejsze opakowania leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a w przypadku leków lub wyrobów medycznych niepodlegających refundacji – dwa najmniejsze opakowania dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

e) numer poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ust. 2 pkt 9 ustawy, albo numer dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji oraz symbol państwa, w którym znajduje się zagraniczna instytucja właściwa dla osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji – osoba wydająca ustala go na podstawie odpowiednich dokumentów dotyczących pacjenta przedstawionych przez osobę okazującą receptę; osoba wydająca zamieszcza numer tego poświadczenia lub dokumentu na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza ten numer w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji,

f) datę realizacji recepty „od dnia” – osoba wydająca przyjmuje, że wpisano znak „X”,

g) wiek, w przypadku pacjenta do 18 roku życia, a wieku nie można ustalić na podstawie numeru PESEL – osoba wydająca określa wiek na podstawie innego dokumentu przedstawionego przez osobę okazującą receptę; osoba wydająca zamieszcza tę informację na rewersie recepty oraz składa swój podpis,

h) odpłatność:

– w przypadku gdy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w jednej odpłatności w wykazie refundowanych leków, środków spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100%” – osoba wydająca wydaje lek,

środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością dla tego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określoną w tym wykazie,

– w przypadku gdy lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny występuje w więcej niż jednej odpłatności w wykazie refundowanych leków, środków spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i nie wpisano oznaczenia „X” albo „100%” – osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za najwyższą odpłatnością dla tego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego określoną w tym wykazie,

– w przypadku gdy recepta zawiera kod uprawnienia dodatkowego pacjenta, osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z tego uprawnienia, chyba że zachodzą okoliczności, o których mowa w lit. a – w takim przypadku osoba wydająca wydaje lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny za odpłatnością wynikającą z określonego przez nią uprawnienia dodatkowego pacjenta;

2) jeżeli na receptce wpisano w sposób nieczytelny lub niezgodny z rozporządzeniem:

a) numer prawa wykonywania zawodu osoby wystawiającej receptę – osoba wydająca określa go na podstawie posiadanych danych dotyczących osoby wystawiającej receptę; osoba wydająca zamieszcza ten numer na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza go w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji,

b) dane dotyczące osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 1 – osoba wydająca określa je na podstawie posiadanych danych; osoba wydająca zamieszcza je na rewersie recepty oraz składa swój podpis i zamieszcza je w komunikacie elek-

tronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji;

3) jeżeli na receptce wpisano w sposób nieczytelny lub błędny dane pacjenta, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 lit. a, b, f i g, osoba wydająca określa je na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę; osoba wydająca zamieszcza je na rewersie recepty oraz składa swój podpis; w przypadku danych, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 2 lit. f i g, osoba wydająca zamieszcza je w komunikacie elektronicznym przekazywanym do oddziału wojewódzkiego Funduszu, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy o refundacji;

4) jeżeli na receptce nie wpisano ilości leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego – osoba wydająca przyjmuje, że jest to jedno najmniejsze opakowanie określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a w przypadku leków, środków spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych niepodlegających refundacji jedno najmniejsze opakowanie dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; określając sposób dawkowania i okres stosowania, osoba wydająca przyjmuje obliczoną na tej podstawie ilość jako ilość przepisaną przez osobę wystawiającą receptę.

2. Jeżeli z liczby, wielkości opakowań, liczby jednostek dawkowania i sposobu dawkowania podanego na receptce wynikają różne ilości leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, osoba wydająca wydaje najmniejszą z nich jako ilość przepisaną przez osobę wystawiającą receptę.

3. Osoba wydająca realizuje receptę, na której:

1) nie wpisano lub wpisano w sposób błędny dane podmiotu drukującego, o których mowa w § 2 ust. 4;

2) wpisano w sposób błędny lub niezgodny z rozporządzeniem adnotację na receptce wystawionej dla siebie albo dla małżonka, zstępnych lub wstęp-

nych w linii prostej oraz dla rodzeństwa, o której mowa w § 3 ust. 3;

3) zawarte zostały inne niż określone w rozporządzeniu informacje lub znaki niestanowiące reklamy leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

§ 17. 1. Termin realizacji recepty nie może przekroczyć 30 dni od daty jej wystawienia, a w przypadkach określonych w § 9 ust. 2 30-dniowy termin realizacji jest liczony od naniesionej na receptę daty realizacji „od dnia”.

2. Termin realizacji recepty na antybiotyki w postaci preparatów do stosowania wewnętrznego i parenteralnego nie może przekroczyć 7 dni od daty jej wystawienia.

3. Termin realizacji recepty na preparaty immunologiczne, wytwarzane dla pacjenta, nie może przekroczyć 90 dni od daty jej wystawienia.

4. W przypadku przepisania na receptę więcej niż jednego leku termin realizacji recepty liczony jest indywidualnie dla każdego z nich.

§ 18. 1. Refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wydaje się:

1) w pełnych opakowaniach określonych w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, z uwzględnieniem § 19;

2) w ilości maksymalnie zbliżonej do ilości określonej na receptę, jednak mniejszej niż ilość określona przez tę osobę;

3) w ilości przeznaczonej do maksymalnie 120-dniowego stosowania wyliczonego na podstawie podanego na receptę sposobu dawkowania.

2. Jeżeli na receptę podano sposób dawkowania, a ilość leku wydane go zgodnie z ust. 1 pkt 1 przekraczałaby ilość leku przeznaczoną do 120-dniowego stosowania, lek wydaje się w ilości maksymalnie zbliżonej do ilości określonej na receptę, chyba że należy wydać jedno najmniejsze opakowanie leku, określone w wykazie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

§ 19. Jeżeli nie przyczyni się to do zmiany gwarantowanej przez producenta jakości leku, a pacjent otrzyma lek oznakowany datą ważności i numerem serii w opakowaniu własnym apteki, osoba wydająca antybiotyk do stosowania wewnętrznego, lek przepisany w postaciach parenteralnych lub nebulizacji, dzieli ilość leku zawartą w opakowaniu, do ilości maksymalnie zbliżonej do ilości określonej na receptę, jednak nie większej niż ilość określona przez osobę wystawiającą receptę; dzieleniu nie podlegają opakowania bezpośrednie.

§ 20. Za refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne wydawane za odpłatnością ryczałtową pobiera się wysokość dopłaty świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 37 ust. 2 pkt 7 ustawy o refundacji, proporcjonalną do wydawanej ilości leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego.

§ 21. 1. Refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne dla osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji wydaje się po dołączeniu do recepty kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.

2. Jeżeli dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji jest poświadczenie, o którym mowa w art. 52 ust. 1 ustawy, przepisu ust. 1 nie stosuje się.

§ 22. Leki dla osób, o których mowa w art. 43, art. 45, art. 46 i art. 66 ust. 1 pkt 2 ustawy, wydaje się na podstawie legitymacji „Honorowego Dawcy Krwi” lub legitymacji „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”, o których mowa odpowiednio w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332) i art. 22 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2015 r. poz. 793 i 1893), książki inwalidy wojennego (wojskowego), o której mowa w art. 23c ust. 1 ustawy z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych oraz ich rodzin (Dz.

U. z 2015 r. poz. 840 i 1844), legitymacji osoby represjonowanej, o której mowa w art. 12 ust. 5 ustawy z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1206 oraz z 2015 r. poz. 693), lub innego dokumentu potwierdzającego prawo do korzystania z tych uprawnień. Osoba wydająca zamieszcza wówczas na rewersie recepty numer i rodzaj dokumentu potwierdzającego uprawnienia oraz składa swój podpis.

§ 23. Recepta po zrealizowaniu, a w przypadku sporządzenia odpisu recepty także ten odpis, pozostają w aptece, w miejscu ich realizacji.

§ 24. W przypadku zaistnienia uzasadnionego podejrzenia sfałszowania recepty osoba wydająca odmawia jej realizacji, zatrzymuje ją i niezwłocznie powiadamia o tym fakcie wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego i oddział wojewódzki Funduszu właściwe ze względu na adres prowadzenia apteki oraz, o ile to możliwe, osobę uprawnioną albo świadczeniodawcę, o których mowa w § 3 ust. 1.

§ 25. 1. Recepta w rozumieniu art. 3 lit. k dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej zawierająca dane, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1–5 i pkt 7–12, a także adres udzielenia świadczenia i oznaczenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej jest realizowana za pełną odpłatnością.

2. Recepta wystawiona w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska niebędąca receptą, o której mowa w ust. 1, jest realizowana za pełną odpłatnością, jeżeli zawiera następujące dane:

- 1) imię lub imiona i nazwisko pacjenta;
- 2) adres pacjenta;
- 3) nazwę powszechnie stosowaną (międzynarodową) albo nazwę handlową;
- 4) postać;
- 5) dawkę (moc);
- 6) ilość;
- 7) datę wystawienia recepty;
- 8) dane osoby wystawiającej receptę w formie nadruku lub pieczęci i podpis osoby wystawiającej receptę.

§ 26. Recepta transgraniczna, która nie została zrealizowana w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, może zostać zrealizowana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za pełną odpłatnością.

§ 27. Jeżeli recepta, o której mowa w § 3 ust. 1, zawiera dane określone w § 6, może zostać zrealizowana z uwzględnieniem odpłatności, o której mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji, bez weryfikacji danych właściwych wyłącznie dla recepty transgranicznej.

Rozdział 4

Sposób zaopatrywania się w druki recept i sposób przechowywania recept

§ 28. Kopię dokumentu, o której mowa w § 21 ust. 1, apteka składa w oddziale wojewódzkim Funduszu właściwym ze względu na adres apteki, dwa razy w miesiącu, w następujących terminach:

1) za okres od 1. do 15. dnia miesiąca – do pięciu dni roboczych od dnia zakończenia okresu rozliczeniowego;

2) za okres od 16. dnia do końca miesiąca – do pięciu dni roboczych od dnia zakończenia okresu rozliczeniowego.

§ 29. 1. Druki recept lub przydzielone unikalne numery identyfikujące receptę przechowuje się w warunkach zapewniających należyłą ochronę przed utratą, zniszczeniem lub kradzieżą.

2. W razie zniszczenia, utraty lub kradzieży druków recept posiadających unikalne numery identyfikujące recepty przydzielone przez oddział wojewódzki Funduszu albo zniszczenia, utraty lub kradzieży zakresów liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty albo podejrzenia sfałszowania tych recept lub tych zakresów, osoba uprawniona albo świadczeniodawca, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1, powiadamiają niezwłocznie oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na adres osoby uprawnionej albo świadczeniodawcy, przekazując informacje o związanych z tym okolicznościach i numerach tych recept, jeżeli jest to możliwe do ustalenia.

3. W przypadku stwierdzenia okoliczności, o których mowa w ust. 2, oddział wojewódzki Funduszu niezwłocznie blokuje przydzielone unikalne numery identyfikujące recepty i zamieszcza je w pro-

wadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia ogólnopolskiej bazie numerów recept zablokowanych oraz przekazuje w postaci elektronicznej informację

o zablokowanych numerach wszystkim aptekom.

4. Recepty posiadające zablokowane unikalne numery identyfikujące recepty nie są realizowane od dnia następującego po dniu zamieszczenia tej informacji.

§ 30. 1. Recepty oraz wystawione na ich podstawie odpisy recept są przechowywane w aptece w sposób uporządkowany, pogrupowane według daty realizacji recepty.

2. Do celów kontroli przez Inspekcję Farmaceutyczną oraz Narodowy Fundusz Zdrowia recepty są przechowywane w aptece wraz z odrębnym dokumentem, o którym mowa w § 13 ust. 3, przez okres 5 lat, licząc od zakończenia roku kalendarzowego, w którym:

1) nastąpiła refundacja – w przypadku recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;

2) zostały zrealizowane – w przypadku recept innych niż określone w pkt 1.

3. W przypadku gdy zezwolenie, na podstawie którego była prowadzona apteka, zostało uchylone, cofnięte, stwierdzono jego wygaśnięcie albo nieważność, podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany pisemnie, w terminie 7 dni od dnia wystąpienia zdarzenia, powiadomić o miejscu przechowywania recept:

1) oddział wojewódzki Funduszu, który zawarł z tym podmiotem umowę na realizację recept;

2) wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego właściwego ze względu na adres prowadzenia apteki.

Rozdział 5

Kontrola

§ 31. 1. Kontrola wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę działań osoby wystawiającej receptę w zakresie:

1) zgodności danych zamieszczonych na recepcie z prowadzoną dokumentacją medyczną;

2) prawidłowości wystawienia recepty oraz zgodności jej wystawienia z przepisami prawa.

2. Do kontroli wystawiania recept, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio przepisy art. 64 ust. 1–9 ustawy oraz przepisy wydane na podstawie art. 64 ust. 10 ustawy.

3. Kontrola realizacji recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne obejmuje badanie i ocenę prawidłowości działań osób wydających w zakresie:

1) zrealizowania i otaksowania recept;

2) ilości wydawanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych;

3) przestrzegania terminów realizacji recept.

4. Recepta, na podstawie której osoba wydająca wydała lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, zgodnie z ordynacją lekarską, pielęgniarzką lub położną wynikającą z dokumentacji medycznej, spełnia wymagania w zakresie jej czytelności określone w § 2 ust. 1 pkt 1.

5. Do kontroli realizacji recept na leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne stosuje się odpowiednio przepisy art. 47 ustawy o refundacji.

Rozdział 6

Przepis końcowy

§ 32. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia:
M. Zembala

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

z dnia 16 września 2015 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem

Na podstawie art 22 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618,788 i SOS) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100) w załączniku wprowadza się następujące zmiany:

1) w części II po punkcie 1 dodaje się punkt law brzmieniu:

1a) potwierdza w dokumentacji medycznej ciężarnej fakt objęcia jej opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu oraz wpisuje do planu opieki przedporodowej i planu porodu i karty przebiegu ciąży, dane wybranej przez ciężarną położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;”;

2) w części XII:

a) w ust 10 pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) skórę: ocenę w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności znamion, podbarwienia smółką, wybroczyn, otarć, nacięć lub miejscowych zasinień;”;

b) ust 15 otrzymuje brzmienie:

„15. U każdego noworodka należy wykonać przesiewowe badanie pulsoksymetryczne w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych, krytycznych wad serca. Pomiar saturacji należy przeprowadzić na kończynie dolnej w ciągu 2-3 minut w czasie między 4. a 24. godziną po uro-

dzeniu oraz przed wypisaniem z oddziału. Saturacja mniejsza lub równa 95% jest wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego w trybie pilnym.”;

c) dodaje się ust 19-23 w brzmieniu:

„19. Podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zgłoszenie o porodzie zawiera:

1) imię i nazwisko matki;

2) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL;

3) godzinę i datę urodzenia dziecka;

4) płeć dziecka;

5) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie położu, oraz numer telefonu kontaktowego;

6) czytelny podpis pracownika odpowiedzialnego za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia o porodzie.

20. Przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Potwierdzenie odbioru przez położną lub podmiot „wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia o porodzie jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka prowadzonej przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu.

21. W przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem, podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz za-

sadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

22. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu powiatowe centrum pomocy rodzinie w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka i braku współpracy matki lub opiekunów prawnych noworodka w ustaleniu położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu.

23. Przepisu ust 22 nie stosuje się, w przypadku gdy matka noworodka jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.), korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ, a także gdy matka noworodka nie posiada stałego miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

3) w części XIV ust 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XII ust 19.”.

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

Minister Zdrowia:
M. Zembala

Nowe programy kursów

Z dniem 24 sierpnia 2015 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12.12.2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie

zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. 2013, poz. 1562).

Poniżej przedstawiamy wymogi kwalifikacyjne według nowych programów

opracowane przez Świętokrzyską Izbę Pielęgniarek i Położnych w Kielcach, na wykorzystanie których otrzymaliśmy zgodę.

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE DLA PIELEŃNIAREK:		
1.	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, liczba godzin dydaktycznych - 979	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
2.	Pielęgniarstwo chirurgiczne, liczba godzin dydaktycznych - 840	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
3.	Pielęgniarstwo geriatryczne, liczba godzin dydaktycznych - 825	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
4.	Pielęgniarstwo internistyczne, liczba godzin dydaktycznych - 857	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
5.	Pielęgniarstwo onkologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 800	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kurs specjalistycznego w zakresie: - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
6.	Pielęgniarstwo operacyjne, liczba godzin dydaktycznych - 836	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kurs specjalistycznego w zakresie: - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
7.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej, liczba godzin dydaktycznych - 967	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - leczenie ran potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji) -
8.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej, liczba godzin dydaktycznych - 841	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
9.	Pielęgniarstwo pediatryczne, liczba godzin dydaktycznych - 810	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
10.	Pielęgniarstwo psychiatryczne, liczba godzin dydaktycznych - 825	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
11.	Pielęgniarstwo ratunkowe, liczba godzin dydaktycznych - 812	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
12.	Pielęgniarstwo rodzinne, liczba godzin dydaktycznych - 850	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
13.	Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących, liczba godzin dydaktycznych - 800	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE DLA PIELEŃNIAREK i POŁOŻNYCH:		
i	Pielęgniarstwo epidemiologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 844	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kurs specjalistycznego w zakresie: - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
2.	Pielęgniarstwo neonatologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 840	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kurs specjalistycznego w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE DLA POŁOŻNYCH:

1.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze, liczba godzin dydaktycznych - 854	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - leczenie ran dla położnych potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)
2.	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych, liczba godzin dydaktycznych - 824	2 letni staż pracy w zawodzie w ostatnich 5 latach, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wywiad i badanie fizykalne (możliwość ukończenia w trakcie specjalizacji)

KURSY KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK:

1.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki, liczba godzin dydaktycznych - 445	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
2.	Pielęgniarstwo chirurgiczne, liczba godzin dydaktycznych - 309	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
3.	Pielęgniarstwo diabetologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 338	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
4.	Pielęgniarstwo geriatryczne, liczba godzin dydaktycznych - 305	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - leczenie ran potwierdzone zaświadczeniem
5.	Pielęgniarstwo internistyczne, liczba godzin dydaktycznych - 391	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
6.	Pielęgniarstwo kardiologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 438	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
7.	Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią, liczba godzin dydaktycznych - 305	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
8.	Pielęgniarstwo neonatologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 290	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
9.	Pielęgniarstwo onkologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 240	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
10.	Pielęgniarstwo operacyjne, liczba godzin dydaktycznych - 365	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
11.	Pielęgniarstwo op. długoterminowej, liczba godzin dydaktycznych - 360	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
12.	Pielęgniarstwo op. paliatywnej, liczba godzin dydaktycznych - 380	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
13.	Pielęgniarstwo psychiatryczne, liczba godzin dydaktycznych - 310	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
14.	Pielęgniarstwo rodzinne, liczba godzin dydaktycznych - 325	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
15.	Pielęgniarstwo neurologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 390	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
16.	Pielęgniarstwo ratunkowe, liczba godzin dydaktycznych - 470	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka potwierdzone zaświadczeniem
17.	Pielęgniarstwo pediatryczne, liczba godzin dydaktycznych - 240	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem
18.	Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania, liczba godzin dydaktycznych - 395	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu,
19.	Pielęgniarstwo transplantacyjne, liczba godzin dydaktycznych - 250	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem, - kurs przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych
18.	Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących, liczba godzin dydaktycznych - 325	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu,

KURSY KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK 1 POŁOŻNYCH:		
1.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne, liczba godzin dydaktycznych - 302	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
KURSY KWALIFIKACYJNE DLA POŁOŻNYCH:		
1.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii, liczba godzin dydaktycznych - 377	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu, posiadanie kursów specjalistycznych w zakresie: - wykonanie i interpretacja zapisu EKG potwierdzone zaświadczeniem, - resuscytacja krążeniowo-oddechowa potwierdzone zaświadczeniem
2.	Pielęgniarstwo operacyjne, liczba godzin dydaktycznych - 325	6-miesięczny staż pracy w zawodzie, prawo wykonywania zawodu
KURSY SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK:		
1.	Dializoterapia, liczba godzin dydaktycznych -165	prawo wykonywania zawodu
2.	Kompresjoterapia, liczba godzin dydaktycznych -110	prawo wykonywania zawodu
3.	Leczenie ran, liczba godzin dydaktycznych - 200	prawo wykonywania zawodu
4.	Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową, liczba godzin dydaktycznych - 75	prawo wykonywania zawodu
5.	Opieka nad dziećmi i młodzieżą z cukrzycą, liczba godzin dydaktycznych - 105	prawo wykonywania zawodu
6.	Opieka nad dziećmi ze schorzeniami otolaryngologicznymi, liczba godzin dydaktycznych -120	prawo wykonywania zawodu
7.	Opieka nad pacjentem poddawanym procedurom diagnostycznym i terapeutycznym z użyciem otwartych źródeł promieniowania, liczba godzin dydaktycznych - 67	prawo wykonywania zawodu
8.	Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową, liczba godzin dydaktycznych -173	prawo wykonywania zawodu
9.	Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, liczba godzin dydaktycznych -105	prawo wykonywania zawodu
10.	Podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej, liczba godzin dydaktycznych - 85	prawo wykonywania zawodu
11.	Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, liczba godzin dydaktycznych -164	prawo wykonywania zawodu
12.	Wykonanie badania spirometrycznego, liczba godzin dydaktycznych - 86	prawo wykonywania zawodu
13.	Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy przeźnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego, liczba godzin dydaktycznych - 40	prawo wykonywania zawodu
14.	Wykonanie i ocena testów skórnych, liczba godzin dydaktycznych - 45	prawo wykonywania zawodu
J15.?	Żywienie dojelitowe i pozajelitowe, liczba godzin dydaktycznych - 200	prawo wykonywania zawodu
J16.	Szczepienia ochronne, liczba godzin dydaktycznych - 80	prawo wykonywania zawodu
KURSY SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK 1 POŁOŻNYCH:		
1.	Eduktor w cukrzycy, liczba godzin dydaktycznych -160	prawo wykonywania zawodu
2.	Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie, liczba godzin dydaktycznych -100	prawo wykonywania zawodu
3.	Opieka nad osobami z cukrzycą stosującymi terapię ciągłego podskórnego wlewu insuliny (CPWI), liczba godzin dydaktycznych -129	prawo wykonywania zawodu
4.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu nowotworów, liczba godzin dydaktycznych - 70	prawo wykonywania zawodu
5.	Podstawy języka migowego, liczba godzin dydaktycznych -125	prawo wykonywania zawodu
6.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa, liczba godzin dydaktycznych - 90	prawo wykonywania zawodu
7.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka, liczba godzin dydaktycznych - 57	prawo wykonywania zawodu
8.	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych, liczba godzin dydaktycznych - 84	prawo wykonywania zawodu
9.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego, liczba godzin dydaktycznych -108	prawo wykonywania zawodu
10.	Wywiad i badanie fizykalne, liczba godzin dydaktycznych -100	prawo wykonywania zawodu
KURSY SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH:		
1.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji, liczba godzin dydaktycznych - 62	prawo wykonywania zawodu
2.	Leczenie ran, liczba godzin dydaktycznych - 115	prawo wykonywania zawodu
3.	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu, liczba godzin dydaktycznych - 90	prawo wykonywania zawodu
4.	Opieka nad kobietą z cukrzycą w okresie okołoporodowym, liczba godzin dydaktycznych -180	prawo wykonywania zawodu
5.	Szczepienia ochronne, liczba godzin dydaktycznych - 52	prawo wykonywania zawodu

Kwalifikacje wymagane od osób przeprowadzających szczepienia ochronne

Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisem art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. późn. zm.), do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień

ochronnych. Po tym czasie, pielęgniarki i położne, które nie ukończą wymaganego kursu, nie będą mogły wykonywać szczepień ochronnych.

Mając na uwadze powyższe regulacje, Departament zwraca się z prośbą o przekazanie informacji pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód na terenie działania Państwa okręgowych izb pielęgniarek i położnych o konieczności uzupełnienia kwalifikacji uprawniających do prowadzenia szczepień ochronnych, osobom które nie posiada-

ją wymaganych kwalifikacji, a w ramach kompetencji wykonują to zadanie. Jednocześnie Departament przekazuje Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku.

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

Warszawa, dnia 24 czerwca 2015 r. Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku

Zgodnie z art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) - zwanej dalej „ustawa o z.o.z.z.i ch.z.u I.” - obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadający kwalifikacje określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182 poz. 1086, z późn. zm.).

W § 6 tego rozporządzenia wskazano, że obowiązkowe szczepienia ochronne mogą przeprowadzać osoby, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego określony na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry lub przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej obejmował problematy-

kę szczepień ochronnych. Jednocześnie przepis przejściowy zawarty w art. 67 pkt 3 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u I. umożliwia do dnia 31 grudnia 2015 roku wykonywanie szczepień ochronnych przez lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nieposiadających tak określonych kwalifikacji zawodowych, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Tym samym z dniem 1 stycznia 2016 roku szczepienia ochronne mogą być wykonywane jedynie przez lekarzy lub felczerów oraz pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje zawodowe określone w ww. rozporządzeniu.

Zawarte w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u I. przepisy określające wymóg posiadania przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odpowiednich i potwierdzonych stosownymi dokumentami kwalifikacji zawodowych uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego i specjalizacji nie określają jednakże szczegółowo rodzaju kursów i szkoleń lub specjalizacji wymaganych od osób wykonujących szczepienia lecz w tym zakresie w całości odsyłają do regulacji dotyczących uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez lekarzy i lekarzy dentystry oraz pielęgniarki i położne zawartych w przepisach ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (Dz. U.

z 2015 r. poz. 464) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r.o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

Należy zauważyć, że szczegółowe regulacje prawne dotyczące kształcenia podyplomowego i specjalizacji zawodowych zawarte w tych ustawach, a także określające zakres wymaganych szkoleń i kursów doskonalących i dokumentów potwierdzających ich odbycie oraz same programy szkoleń, kursów i specjalizacji na przestrzeni lat ulegały nieustannym zmianom. Jednocześnie ww. ustawy regulujące wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz zawodów pielęgniarki i położnej zawierają przepisy przejściowe oraz przepisy z zakresu koordynacji, które w konsekwencji z mocy prawa lub w wyniku rozstrzygnięć dokonanych przez właściwe organy sprawujące nadzór nad kwalifikacjami zawodowymi lekarzy, pielęgniarek i położnych prowadzą do uznawania za równorzędne z obecnie uzyskiwanymi kwalifikacji, specjalizacji i tytułów zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów, uzyskanych w innym przewidzianym prawem trybie lub uzyskanych w innych krajach.

Tym samym w opinii Głównego Inspektora Sanitarnego uznanie kwalifikacji zawodowych uzyskanych na podstawie wcześniej obowiązujących przepisów lub uzyskanych w innym przewidzianym

prawem trybie lub w innych krajach - za równorzędne z uzyskiwanymi w wyniku specjalizacji, kursów i szkoleń prowadzonych na podstawie obecnie obowiązujących przepisów, oznacza, że obecnie osoby, które wcześniej uzyskały kwalifikacje zawodowe obecnie uznawane za równorzędne z uzyskiwanymi obecnie, również posiadają kwalifikacje zawodowe wystarczające do wykonywania szczepień ochronnych i kwalifikacje te nie powinny być kwestionowane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej.

Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2011 r. poz. 212, z późn. zm.) oraz inne ustawy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji do wszczynania i prowadzenia postępowań administracyjnych w sprawie uznania za niedostateczne kwalifikacji zawodowych osób wykonujących szczepienia ochronne. Uregulowanie przez ustawodawcę rodzaju kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób (lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne) wykonujących szczepienia ochronne w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u I. nie stanowi bowiem przesłanki wystarczającej dla stwierdzenia posiadania przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej takich kompetencji bądź do sprawowania jakichkolwiek form nadzoru administracyjnego nad kwalifikacjami osób wykonujących szczepienia ochronne.

Kompetencje do wyrażania opinii i rozstrzygnięcia w tym zakresie posiadają

bowiem wyłącznie odpowiednie organy samorządów zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych.

W art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2015 r. poz. 651) wśród zadań samorządu lekarzy zostały bowiem wymienione jego następujące zadania: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu, przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych osób będących obywatelami Unii Europejskiej zamierzających* wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu.

Podobnie w art. 4 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038, z późn. zm.) wśród zadań tego samorządu wymieniono m.in.: sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej, ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy, stwierdzanie i przyznawanie prawa wykonywania zawodu, uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych będących obywatelami państw członkowskich Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód

pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Odrębną kwestią jest wskazanie właściwego sposobu postępowania organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku stwierdzenia (lub podejrzenia), że szczepienia ochronne są wykonywane przez osobę nieposiadającą niezbędnych wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych uprawniających do ich wykonywania (lub nieposiadającą dokumentów potwierdzających uzyskanie stosownych uprawnień), co zgodnie z art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u I. stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny. Należy zauważyć, że przepis art. 54 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u I. w tym zakresie w całości odsyła do regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia (Dz. U. z 2013 r. poz. 395, z późn. zm.), której przepisy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji w zakresie nakładania grzywnen w drodze mandatu karnego lub występowania przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego w związku z wykroczeniem wymienionym w art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u I. Tym samym w przypadku podejrzenia, że szczepienia są wykonywane przez osoby nieposiadające wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych doniesienia w tej sprawie należy wnosić do organów ścigania lub do odpowiednich organów odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych.



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 16 września 2015 r.

Członkowie NRPiP VI Kadencji

Szanowni Państwo,

W nawiązaniu do wystąpienia Pani Iwony Hickiewicz Głównego Inspektora Pracy na posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 24 czerwca 2015 r. zgodnie z ustaleniami przekazuje Sprawozdanie z działalności Państwowej Inspekcji Pracy w 2014 roku oraz pismo o sygn. GNP-306-023-82-1/15 z dnia 14 września 2015 r. stanowiące odpowiedź na niniejsze pytania:

1. Czy pracownik, który ma udzielony urlop szkoleniowy ma obowiązek być w pracy jeśli dyżur jest 12 godzinny, a w tym samym czasie odbywają się zajęcia dydaktyczne w ilości 6 godzin, czy powinien wracać na pozostałe 6 godzin do pracy?

2. Czy pracownik, który ma odbyć obowiązkowe szkolenie z zakresu krwiolecznictwa i jest skierowany i opłacone szkolenie przez pracodawcę ma uczestniczyć

w ramach swojego urlopu wypoczynkowego?

Ponadto informuję, iż na stronie 96 Sprawozdania znajduje się rozdział poświęcony egzekwowaniu przestrzegania przepisów prawa pracy, w tym bezpieczeństwa i higieny pracy, w podmiotach leczniczych.

Z poważaniem
Wiceprezes
Teresa Kuziara



PAŃSTWOWA INSPEKCJA PRACY
GŁÓWNY INSPEKTORAT PRACY

Warszawa, dnia 14 września 2015 r.

Pani Grażyna ROGALA-PAWELCZYK
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa

Odpowiadając na Pani pismo znak:
NIPiP-NRPiP-DS.015.217.2015.MK,
Departament Prawny Głównego In-
spektoratu Pracy uprzejmie infor-
muje:

Ad 1.

Zgodnie z art. 1031 §2 k.p. pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługują:

- 1) urlop szkoleniowy;
- 2) zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania.

Pracownik może skorzystać z urlopu szkoleniowego jedynie w ściśle określonych okolicznościach. W myśl przepisu art. 1032 § 1 k.p. urlop ten przysługuje w wymiarze:

- 1) 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminów eksternistycznych;
- 2) 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminu maturalnego;
- 3) 6 dni - dla pracownika przystępującego do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe;

4) 21 dni w ostatnim roku studiów - na przygotowanie pracy dyplomowej oraz przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu dyplomowego.

Stosownie do przepisu 1032 § 2 k.p. urlopu szkoleniowego udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy. Z przywołanych przepisów jednoznacznie wynika, że urlopu szkoleniowego udziela się w dniach, nie zaś w godzinach (na cały dzień pracy pracownika, nie na jego część).

Jednocześnie pragniemy zwrócić uwagę na wątpliwości, jakie budzi zawarty w Pani pytaniu stan faktyczny, tj. informacja o udzieleniu urlopu szkoleniowego na dzień pracy (12 godzinny dyżur), w którym pracownik uczestniczył w sześciogodzinnych zajęciach dydaktycznych. Z uwagi na cel urlopu szkoleniowego powinien być on udzielany w dniach, w trakcie których przeprowadzany jest egzamin, jeżeli są dniami pracy, oraz ewentualnie w dniach pracy pracownika bezpośrednio poprzedzających

egzamin. Natomiast uczestnictwu w zajęciach dydaktycznych służy instytucja przewidziana w art 1031 §2 pkt 2 k.p., czyli zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania.

Ad 2.

Pracownik, który podnosi kwalifikacje z inicjatywy pracodawcy, korzysta z uprawnień przewidzianych w przepisach art. 1031-1035 k.p., m.in. ze zwolnienia z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędny, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania (art. 1031 §2 pkt 2 k.p.). Działanie pracodawcy, polegające na zobowiązaniu pracownika skierowanego na szkolenie do odbycia go w ramach urlopu wypoczynkowego, jest bezprawne.

DYREKTOR

Departamentu Prawnego
Halina Tulwin

Minister Zdrowia prof. Marian Zembala

ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa

List w trybie konsultacji w sprawie włączenia testów przesiewowych w kierunku zaburzeń rozwojowych ze spektrum autyzmu do Rozporządzenia Ministra Zdrowia

w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą

W związku z prowadzonymi konsultacjami oraz mając na uwadze dramatycznie rosnącą liczbę diagnozowanych przypadków dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i dodatkowo wskazując na kluczowy czynnik jakim dla efektywnego wdrożenia oddziaływań medycznych i terapeutycznych jest wiek diagnozowanego dziecka, zwracamy się z apelem o włączenie testów przesiewo-

wych w kierunku zaburzeń ze spektrum autyzmu do obowiązkowych „Standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi”.

Jak pokazują badania prowadzone w Europie, już u 1 na 100 dzieci diagnozowane jest zaburzenie ze spektrum autyzmu. Dokładne dane statystyczne

gromadzone w USA wskazują aktualnie na częstotliwość 1 na 68 dzieci (wobec 1 na 150 w 2000 r.). Dzięki działaniom instytucji publicznych i niepublicznych zaangażowanych w niesienie pomocy osobom z autyzmem oraz rodziców osób z autyzmem, udaje się w Polsce stopniowo poprawiać świadomość społeczną na temat autyzmu, w tym uwrażliwiać rodziców na niepokojące zachowania

u dzieci, które wymagają konsultacji ze specjalistą. Jednak ograniczony zasięg działań tych podmiotów i poważne bariery wynikające z kwestii finansowania oraz skala problemu powodują, że za niezbędne uważamy podjęcie działań na rzecz stworzenia ogólnokrajowego systemu wsparcia dla osób z autyzmem i ich rodzin, w ramach którego proponujemy następujące działania:

1. Badania przesiewowe dla dzieci w wieku 24 i 36 miesięcy, wykonywane z wykorzystaniem sprawdzonych narzędzi, których skuteczność jest potwierdzona naukowo, i które są stosowane zarówno w Polsce jak i na świecie. W związku z faktem, że autyzm jest zaburzeniem rozwojowym ujawniającym się do 3 roku życia, przy czym u części dzieci symptomy występują wcześniej (przed 2 rokiem życia), a u innych dopiero przed 3 rokiem życia, test należy powtórzyć. Zastosowanie takich badań przesiewowych miałoby na celu ocenę ryzyka wystąpienia zaburzeń ze spektrum autyzmu. Efektem będzie wskazanie grupy dzieci, u których należałoby przeprowadzić dalsze specjalistyczne postępowanie diagnostyczne i ewentualnie podjąć jak najszybciej właściwą interwencję medyczną i terapeutyczną. Badania naukowe i praktyka nie pozostawiają wątpliwości, że im wcześniej wdrożona właściwa terapia dla dziecka z zaburzeniem ze spektrum autyzmu, tym większa szansa na polepszenie funkcjonowania dziecka, a nawet na wyrównanie deficytów rozwojowych. Badania przesiewowe powinny być wykonywane przez lekarzy (pediatrów) oraz pielęgniarki podsta-

wowej opieki zdrowotnej, a zatem personel sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną, mający najczęstszy kontakt z dzieckiem.

2. Program obowiązkowych szkoleń dla personelu medycznego w zakresie ogólnych informacji o zaburzeniach ze spektrum autyzmu i umiejętności wykonywania testów przesiewowych konkretnym narzędziem. Dodatkowo wskazane jest rozszerzenie programu studiów medycznych, pielęgniarskich, psychologicznych i pedagogicznych o blok dotyczący zaburzeń ze spektrum autyzmu.

3. Opracowanie rzetelnego informatora dla rodziców w formie broszury z informacjami nt. niepokojących zachowań w rozwoju dziecka od 3 do 36 miesiąca życia. Taka broszura byłaby dostępna podczas wizyt z dzieckiem u lekarza (pediatry) i pielęgniarki, a ponadto dostępna na stronach internetowych właściwych instytucji. Taki uniwersalny informator stanowiłby dla rodzica solidny pakiet informacji oraz dodatkowe narzędzie do prowadzenia własnej obserwacji rozwoju dziecka, dające możliwość reagowania na niepokojące symptomy.

Powyższe działania uważamy za absolutnie pilne i niezbędne dla zapewnienia odpowiednich standardów świadczeń zdrowotnych z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi oraz wprowadzenia właściwej interwencji we właściwym czasie.

Pozwolą one na obniżenie wieku diagnozowania dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i wcześniejsze wdrożenie właściwych oddziaływań leczniczych i terapeutycznych, co długofalo-

wo poprawi poziom funkcjonowania osób z autyzmem, dając im i ich rodzinom szansę na godne i lepsze życie. Jednocześnie zmniejszą liczbę osób, które w związku ze swoją niepełnosprawnością wymagają wsparcia ze strony państwa przez okres całego życia. Ponadto przyczynią się trwale do poszerzenia świadomości społecznej na temat autyzmu oraz ogólnej poprawy sytuacji osób z autyzmem w Polsce, zwłaszcza na terenie poza dużymi aglomeracjami i na obszarach wiejskich.

Uważamy, że należy podjąć wysiłki na rzecz zapewnienia ogólnokrajowego kompleksowego systemu wsparcia dla osób z zaburzeniami ze spektrum autyzmu, na każdym etapie ich życia, rozwoju i edukacji. Przedstawione w tym liście postulaty działań stanowiłyby bardzo ważną część tego systemu.

Niniejszy apel kierujemy przede wszystkim do Ministra Zdrowia, ponadto przekazujemy wszystkim podmiotom, do których projekt Rozporządzenia Ministra Zdrowia został przekazany do konsultacji publicznych. List ma charakter otwarty - każda osoba prywatna, czy reprezentująca instytucje może wyrazić swoje poparcie dla tej inicjatywy i tekst listu podpisać.

dr Anna Budzińska
Dyrektor Fundacji, Fundacja Instytut
Wspomagania Rozwoju Dziecka

Tomasz Michałowicz
Prezes Zarządu Fundacja JiM

Zsuzanna Szilvasy
Prezydent Autism-Europe

*Wielkość pracy zawodowej polegać może
przede wszystkim na tym, ze łączy ludzi*

Antoine de Saint-Exupery

Rzeszów, dnia 5 października 2015 r.

Szanowna Pani mgr Barbara Błażejowska-Kopiczak Przewodnicząca ORPiP w Krośnie

W imieniu Zarządu Regionu Podkarpackiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie składam najserdeczniejsze podziękowania za okazaną pomoc i partycypowanie w kosztach przejazdu na manifestację do Warszawy w dniu 10 września br.

Dziękuję za to, że Region Podkarpacki mógł pokazać opinii publicznej, przedstawicielom rządu, że środowisko pielęgniarek i położnych potrafi się zjednoczyć w obronie godności Naszej grupy zawodowej.

Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Zarządu Regionu Podkarpackiego OZZPiP
dr n. o zdrowiu Halina Kalandyk



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia ALMACH

ul. Kulińska 2
87-800 Włocławek

tel. 601 256 845

KRS: 0000154303
REGON: 911327517
NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

Przewodnicząca/Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

W imieniu Zarządu Fundacji Pracy i Ochrony Zdrowia Almach serdecznie proszę o poinformowanie środowisk pielęgniarsko-położniczych o możliwości

skorzystania z wypoczynku w Domu Pielęgniarki i Położnej w Tylmanowej. Oferta skierowania jest również do rodzin oraz pracowników ochrony zdrowia. Po-

niżej przedstawiamy nasze propozycje oraz terminy wypoczynku.

Serdecznie dziękuję za dotychczasową pomoc.

1. Pobyt sylwestrowo-noworoczny w dniach 29 XII 2015 - 3 I 2016 z programem:

29 grudnia	Przyjazd do ośrodka godz. 17:00 - obiadokolacja i serwis kawowy
30 grudnia	9:00 - śniadanie 10:30 - wyjazd do Szczawnicy - spacer, pijalnia wód mineralnych, wyciąg na Palenicę 16:30 - obiadokolacja + serwis kawowy 18:00 - kolędowanie z zespołem folklorystycznym
31 grudnia	9:00 - śniadanie, czas na spacer, przygotowanie do zabawy sylwestrowej 14:00 - obiad 19:00 - kolacja sylwestrowa 20:30 - 3:00 - zabawa sylwestrowa z muzyką na żywo, szampanem, 3 ciepłymi posiłkami i zimna taca
1 stycznia	9:30 - śniadanie 11:00 - wyjazd na termy 17:00 - obiadokolacja + serwis kawowy
2 stycznia	9:00 - śniadanie 11:00 - kulig + ognisko (przy braku śniegu - niespodzianka) 17:30 - obiadokolacja + serwis kawowy
3 stycznia	śniadanie (godzina wg potrzeb) wyjazd z ośrodka

Cena pobytu dla 1 osoby:

- w pokoju 2-osobowym lub pokojach studio - 470 zł
- w pokoju 2-osobowym z łazienką dla 6 osób - 450 zł

Wypoczynek odbędzie się przy udziale 50 osób, osoby zainteresowane zgłaszają swój udział do 27.11.2015r podając ilość osób na adres: biuro@fundacja-almach.org.pl

Wszelkich informacji udzielamy pod numerem 601 256 845 30

2. Pobyty zimowe podczas ferii odbędą się w terminach:

- 17-23 I 2016
- 24-30 I 2016
- 31 I - 6 II 2016
- 7-13 II 2016
- 14-20 II 2016
- 21-27 II 2016

Program pobytów zimowych już wkrótce na stronie www.fundacja-almach.org.pl w zakładce Aktualności. Wszelkich informacji udzielamy pod numerem 601 256 845

3. Pobyty letnie odbędą się w terminach:

- 29 V - 4 VI
- 5 - 11 VI
- 12 - 18 VI
- 10 - 16 VII
- 17 - 23 VII
- 24 - 30 VII
- 31 VII - 6 VIII
- 7 - 13 VIII
- 14 - 20 VIII
- 21 - 27 VIII
- 28 VIII - 3 IX
- 4 - 10 IX

Program pobytów wkrótce.

Zapraszamy koleżanki Pielęgniarki, Położne z rodzinami i znajomymi oraz innych pracowników ochrony zdrowia.

Wszelkich informacji udzielamy pod numerem 601 256 845

Zapraszamy też grupy zorganizowane na szkolenia.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu

Klasyfikacja i przyczyny nietrzymania moczu

Inkontynencja jest objawem wielu schorzeń, dlatego też istnieje kilka ro-

dzajów nietrzymania moczu, które ze względu na przyczynę dzielimy na:

1. pęcherzowe:

- nadreaktywność wypieracza (niestabilność)

- niska podatność ścian pęcherza

2. zwieraczowe:

- nadmierna ruchomość szyi pęcherza
- uszkodzenie cewkowego mechanizmu zwieraczowego

3. nietrzymanie z przepełnienia
4. nietrzymanie pozazwieraczowe
5. postaci mieszane

Nietrzymanie moczu z przyczyn pęcherzowych cechuje częstomocz dzienny, nocny, parcia naglące, nietrzymanie moczu, z parcia a także bezwiedny wyciek moczu i moczenie nocne. Jednak nie wszystkie objawy muszą występować jednocześnie.

Nadreaktywność wypieracza rozpoznaje się i leczy na podstawie objawów, badanie urodynamiczne nie jest tu konieczne. Bardziej pomocny jest kalendarz mikcji i przyjmowanych płynów. Pacjent zapisuje ilość przyjętych, płynów i porcje wydalonego moczu a także epizody nietrzymania z parcia i parć naglących.

Pacjenci z częstomoczem powyżej 8 razy na dobę i zmniejszoną czynnością pojemnościową pęcherza a bez przeszkody w odpływie moczu i bez infekcji, z prawidłowym usg dróg moczowych kwalifikują się do leczenia z powodu nadreaktywnego pęcherza.

Podstawowym leczeniem nadreaktywności jest leczenie zachowawcze, polega na stosowaniu farmakoterapii z leczeniem behawioralnym.

Nietrzymanie moczu z przyczyn zwieraczowych nazwane wysiłkowym nietrzymaniem moczu, dotyczy głównie kobiet ale nie tylko. Powstaje w wyniku obniżenia szyi pęcherza moczowego i cewki, oraz uszkodzenia cewkowego mechanizmu zwieraczowego. Mocz wypływa, nagle podczas wysiłku (w czasie kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego). Dokładna przyczyna tych zmian nie jest znana.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia jest wynikiem przeszkody w odpływie moczu lub też osłabionego skurczu wypieracza. U pacjentów z przeszkodowym przepływem cewkowym i dużym zaleganiem po mikcji często stwierdza się nawrotowe zakażenia dróg moczowych.

Nietrzymanie moczu pozazwieraczowe - jest wynikiem przetok i wad wrodzonych. Głównym objawem jest stały wyciek moczu; bez dłuższych okresów suchości między mikcjami. **Posta-**

ci mieszane nietrzymania moczu są wynikiem pęcherzowych jak i zwieraczowych zaburzeń w trzymaniu moczu.

Nietrzymanie moczu można jeszcze podzielić z punktu widzenia czasu jaki minął od jego pojawienia się na:

- przejściowe
- utrwalone

Przejściowe - pojawiające się z różnymi stanami patologicznymi ale spoza układu moczowego. Ważnym czynnikiem jest określenie przyczyny i właściwe leczenie. Nieleczona przejściowa postać nietrzymania moczu może się utrwalić.

Utrwalone - pojawia się pomimo wykluczenia innych stanów patologicznych, a jego przyczyną są zaburzenia w dolnym odcinku dróg moczowych (nadpobudliwość mięśnia wypieracza, obniżona pobudliwość pęcherza moczowego, niewydolność drogi odpływu, zwężenie drogi odpływu moczu).

Należy jeszcze pamiętać, że mogą też występować postaci mieszane nietrzymania moczu, co zwykle stanowi problem terapeutyczny, a zdarza się u ok 30% pacjentów.

W ocenie wysiłkowego nietrzymania moczu stosowany jest podział objawowy;

0^o - stan prawidłowy, objawy nietrzymania moczu nie występują,

I^o - niewielkie gubienie moczu w pozycji stojącej przy dużym wysiłku fizycznym,

II^o - gubienie moczu przy przeciętnej codziennej pracy, kaszlu, kichaniu

III^o - gubienie moczu w pozycji leżącej, bez wysiłku lub przy małym wysiłku.

Oceniając wysiłkowe nietrzymanie moczu według ICS stosuje się następujący podział:

- Typ 0 - szyja pęcherza moczowego znajduje się powyżej spojenia łonowego, jest niewydolna ale mocz nie wycieka,
- Typ I - obniżona szyja pęcherza < 2 cm, niewydolna, pojawia się wyciek moczu,
- Typ IIa - obniżona szyja pęcherza > 2 cm, niewydolna przy kaszlu, współistniejące obniżenie przedniej ściany pochwy, nietrzymanie moczu,
- Typ II b - obniżona szyja pęcherza w spoczynku poniżej spojenia łono-

wego nasilające się podczas kaszlu nietrzymanie moczu,

- Typ III - niewydolność zwieracza zew. cewki moczowej.

DIAGNOSTYKA I METODY LECZENIA INKONTYNENCJI

Diagnostyka opiera się na stwierdzeniu obecności objawów klinicznych oraz wykluczeniu innych patologii.

Elementem kluczowym w ocenie rodzaju i nasilenia dolegliwości jest **wywiad**. Stanowi on nieodzowny punkt wyjścia do wdrażania dalszej diagnostyki.

Gromadząc dane dotyczące schorzenia należy zwrócić uwagę na: czas trwania dolegliwości, sytuacje podczas których dochodzi do gubienia moczu typu; śmiech, kaszel, kichanie, obecność nokturii i określenia najbardziej uciążliwych dla pacjentki dolegliwości (epizodów parć naglących czy wysiłkowych).

Istotne również są dane dotyczące liczby zużytych w ciągu doby **wkładek higienicznych**, ilości spożywanych płynów, schorzeń współistniejących i przebytych zabiegów chirurgicznych.

Ważnym uzupełnieniem wywiadu jest prowadzenie **dzienniczka mikcji** pacjentki, który dokumentuje dolegliwości związane z zaburzeniami mikcji a także pozwoli ocenić nawyki dietetyczne. Powinien być on prowadzony przez kilka dni i zawierać podstawowe informacje dotyczące czasu, częstotliwości i objętości mikcji, a także ilości i natężeń parć naglących oraz ilości przyjmowanych płynów.

Oceniając dzienniczek mikcji należy pamiętać, że:

- diureza powinna wynosić 1100-1800 ml/dobę
- prawidłowa mikcja w ciągu dnia < 8, a w nocy nie > 2
- objętość maksymalna jednorazowo wydalonego moczu to 400-600 ml

Na wstępny etap diagnostyki składa się badanie podmiotowe:

- ocena ogólna stanu zdrowia,
- wywiad dotyczący problemów z inkontynencją
- wywiad urologiczny i ginekologiczno-położniczy
- wywiad neurologiczny
- ocena ilości traconego mimowolnie moczu

- wpływ nietrzymania moczu na jakość życia

Duże znaczenie w **diagnostyce nietrzymania moczu** mają również warunki socjalne, wywiad z zakresu stanu umysłowego i psychicznego. Nie bez znaczenia są również objawy towarzyszące aktywności seksualnej i związane z obniżeniem narządu rodnego kobiety.

W wywiadzie nie można pominąć danych dotyczących przyjmowanych leków, głównie: antydepresyjnych, antycholinergicznym i alfa- adrenergicznymi.

Ponadto wskazane jest, aby pacjentka wypełniła standaryzowany **kwestionariusz jakości życia** osób z nietrzymaniem moczu, np. Kinga lub Gaudenza.

W celu wykluczenia zakażeń układu moczowego lub kamicy czy raka u pacjenta skarżącego się na dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu należy wykonać analizę moczu z oceną bakteriologiczną i ewentualnym posiewem.

Bardzo ważną rolę w diagnostyce odgrywa **badanie przedmiotowe**, które powinno być przeprowadzone przez lekarza ze szczególną starannością, dostarcza bowiem wiele cennych informacji dotyczących; chorób neurologicznych i metabolicznych, zabiegów chirurgicznych, urazów kręgosłupa - głównie w okolicy miednicy mniejszej czy przebytých porodów.

W przypadku trudności z ustaleniem diagnozy wskazane jest rozszerzenie procesu diagnostycznego o **badania specjalistyczne**;

- badanie ultrasonograficzne (pozwalą sprawdzić nieprawidłowości w obrębie górnych dróg moczowych)
- ocena radiologiczna (ważna u pacjentów z neurogeną dysfunkcją dolnych dróg moczowych)
- cysto uretroskopia (bezpośrednie obrazowanie cewki i pęcherza moczowego)
- badanie urodynamiczne (ocenia czynność dolnych dróg moczowych podczas fazy napełniania i opróżniania pęcherza moczowego), a składa się z następujących części:
 - uroflowmetria (nieinwazyjna metoda oceniająca strumień moczu)
 - cystometria (określa funkcje pęcherza w czasie jego napełniania)

- badanie ciśnieniowo-przepływowe (służy diagnostyce przeszkody podpęcherzowej i ocenie czynności pęcherza w czasie mikcji)

- profilometria cewkowa w czasie wyśiłku np. kaszlu (ocenia czynność mięśni zwieraczy)

- ciśnienie wycieku (podczas kaszlu czyli parcia z użyciem tłoczni brzusznej podczas wstrzymania wdechu, określone jest ciśnienie śródopęcherzowe lub brzuszne, przy którym ma miejsce wyciek moczu.

Do najważniejszych metod terapeutycznych leczenia inkontynencji u kobiet zaliczamy postępowanie; zachowawcze, operacyjne a w mniejszym stopniu farmakoterapię.

W każdym rodzaju nietrzymania moczu stosuje się środki zabezpieczające i wchłaniające, a także pielęgnujące skórę.

Leczenie zachowawcze jest najbezpieczniejsze, jednak jego skuteczność nie przekracza 50% wyleczenia.

Leczenie zachowawcze to zmiana stylu życia (zaprzestanie ciężkiej pracy fizycznej, zmniejszenie masy ciała u osób otyłych, zaprzestania palenia tytoniu, ograniczenie spożywania napojów gazowanych i kofeiny) i poprawa sprawności mięśni (wykorzystuje się tu różne urządzenia i stymulatory).

Szczególną formą jest fizjoterapia, w której zawiera się kinezyterapia, elektrostymulacja, stymulacja magnetyczna, biofeedback i terapia behawioralna. Powyższe metody są skuteczne jeżeli pacjentka jest zdyscyplinowana i cierpliwa.

Wybór terapii nietrzymania moczu zależy od przyczyn jego wystąpienia.

W celu uzyskania długotrwałego efektu leczenia zalecane jest indywidualne przygotowanie pacjentek poprzedzone wykorzystaniem wszystkich metod zachowawczych.

Przy braku poprawy w skojarzonym postępowaniu leczenia nietrzymania moczu kwalifikuje się chorych do leczenia zabiegowego.

Nietrzymanie moczu można diagnozować i należy leczyć a na pewno nie należy bagatelizować. Wstępną diagnostykę

wraz z leczeniem mogą już prowadzić lekarze pierwszego kontaktu.

Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Ewy Dubiel, której promotorem była mgr Wiesława Szarek.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bakalczuk Sz.: Życie intymne osób z nietrzymaniem moczu, Kwartalnik NTM nr1(36) 2011, s. 14-15
2. Banaszak M.: Jak zachować aktywność, Nietrzymanie moczu a jakość życia seksualnego, Kwartalnik NTM nr3(22) 2007, s. 5-6
3. Banaszak-Osiewicz M.: Bez higieny są problemy, Kwartalnik NTM nr 4(27)2008, s.5
4. Banaszak-Osiewicz M.: Kilogramy pod kontrolą, Kwartalnik NTM nr3(26) 2008, s. 4-5
5. Bidzin M.: O związkach pomiędzy NTM a psychiką..., Kwartalnik NTM nr 4(35) 2010, s. 6
6. Biercewicz M., Szewczyk M. T., Ślusarz R.(red.): Pielęgniarstwo w geriatric, Borgis, Warszawa 2006, s.46-47
7. Cegła B., Faleńczyk K.: Standard opieki nad pacjentem z zaburzeniami funkcji zwieraczy, Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Czelej, Lublin 2007, s.343
8. Ciechaniewicz W.(red.): Dawca i biorca pielęgnowania, Pielęgniarstwo-ćwiczenia,PZWL, Warszawa 2001, s. 115-116
9. Ciechaniewicz W.: Dawca i biorca pielęgnowania,[w:] Podstawy pielęgniarstwa, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa, Czelej, Lublin 2004, s. 310-311
10. Dybowski B.: Wpływ nietrzymania moczu na życie płciowe, Kwartalnik NTM nr 3(26) 2008, s. 6



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
OIPIK 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 15 XII 2015 roku.



XXX Nadzwyczajny Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Krośnie 27 listopada 2015 r.

