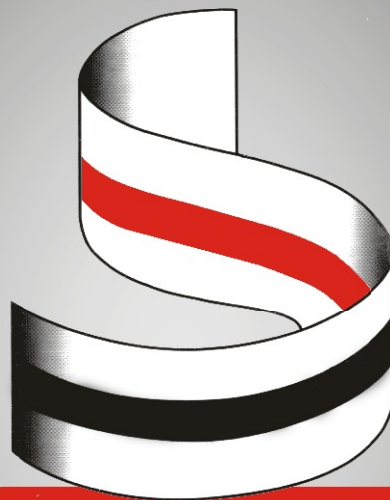


MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



XX-lecie Samorządu PiP

Czerwiec 2011r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

Rozdanie dyplomów Wyższa Szkoła Zarządzania



Rozdanie dyplomów Akademia Polonijna



W NUMERZE:

XX-lecie Samorządu PiP - listy gratulacyjne	1
Uchwały Prezydium i Rady	6
Pisma z NR PiP - debata NR PiP	7
Świadczenia pielęgniacyjne	14
Stanowisko Konsultanta Krajowego	14
Wytyczne resuscytacji	18
PTP	18
Kalendarium	21
Informacje	22

**Biuletyn informacyjny wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:
UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii Polonijnej)

Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
0-503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:
„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, 17 maja 2011 r.

Szanowni Państwo
Pielęgniarki i Pielęgniarze
Położne i Położni
zrzeszeni
w Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
na ręce Pani Haliny Synakiewicz
Przewodniczącej
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani!

XX-lecie samorządu zawodowego

Z okazji XX-lecia istnienia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych składam wszystkim Koleżankom i Kolegom najlepsze życzenia.

Powstanie samorządu wiele osób z naszego środowiska zapewne dobrze pamięta - zapoczątkowała je ustawa z 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych. Samorząd został utworzony w celu reprezentacji zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów obu zawodów. W imieniu samorządu działają izby. W wykonywaniu zadań - samorząd jest niezależny i podlega tylko ustawie. Dodam w tym miejscu, że jednolity tekst ustaw jest obecnie procedowany w Sejmie RP.

Wraz z powstaniem samorządu środowisko pielęgniarek i położnych dostało maksymalny obszar praw - poprzez niezależność i samodzielność w działaniu, ale też powierzono mu ogromny zakres obowiązków, a jednym z najważniejszych jest sprawowanie pieczy i nadzoru nad wykonywaniem zawodów.

Samorząd może więc oceniać pracę każdej pielęgniarki i położnej. Czy jest ona wykonywana zgodnie z zasadami sztuki pielęgniarskiej? Czy wykonując swoje zadania pielęgniarka lub położna kieruje się poszanowaniem etyki zawodowej?

Wszelkie sprawy związane z odpowiedzialnością zawodową rozstrzyga samorząd, w sytuacjach spornych - decyduje sąd pielęgniarek i położnych.

Jest to dowód wielkiego zaufania prawodawcy do kompetencji, odpowiedzialności i profesjonalizmu naszych grup zawodowych.

Stwierdzenie, że mamy za sobą 20 lat samorządności brzmi dumnie. Najważniejsza powinna być świadomość naszych praw, ale także obowiązków. Co więc przez ten czas udało się samorządowi zrobić dla środowiska? Co środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych przez ten czas zrobiło dla społeczeństwa?

W obu zawodach od 1991 roku nastąpiło tak wiele zmian, że można mówić o transformacji. Przywołajmy choćby sprawę kształcenia pielęgniarek i położnych, które obecnie odbywa się na poziomie wyższym zawodowym. Realizowany jest Projekt Systemowy „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych”, umożliwiający pielęgniarkom i położnym uzupełnienie kwalifikacji zawodowych do poziomu licencjata. Rozwija się kształcenie podyplomowe. Każdego roku w ramach środków budżetowych kształci się 1850 pielęgniarek i położnych; w celu zdobycia specjalizacji w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. Są to wszystko działania o kapitalnym znaczeniu.

Samorząd ma ustawowo zapisany obowiązek wpływania na kształt polityki zdrowotnej państwa i organizacji systemu ochrony zdrowia, zajmowania stanowiska w sprawie stanu

zdrowia naszego społeczeństwa, współkształtowania kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa. Żeby więc w każdym z województw naszego kraju, wszystkie dziedziny pielęgniarstwa miały pełną obsadę kadrową odpowiadającą potrzebom społecznym, konieczne jest spójne myślenie i działanie w zakresie kształcenia kadr. Samorząd swoje zadania w tym obszarze wykonuje poprzez opiniowanie i wnioskowanie w zakresie kształcenia przed- i podyplomowego, w szczególności dotyczącego specjalizacji zawodowych.

Nasze zawody są zawodami samodzielnymi, ale wypracowanie partnerskich, właściwych relacji z innymi grupami zawodowymi systemu ochrony zdrowia, zapewniających pielęgniarkom i położnym godne i cenione miejsce w zespołach terapeutycznych - to również istotne zadanie samorządowe.

Miejmy na uwadze to, że SAMORZĄD to taka grupa społeczna powołana do realizacji określonych zadań, której dotyczą skutki wykonywania tych zadań.

Pamiętajmy o tym, że praca samorządu powinna znacząco wpływać na poziom pielęgniarstwa w Polsce, tak ważny dla naszych podopiecznych - pacjentów.

Życzę Wam Koleżanki i Koledzy, aby ta uroczystość była miejscem ważnego koleżeńkiego spotkania, ale także czasem na podsumowanie dwudziestoletniej działalności, a być może czasem podejmowania istotnych decyzji.

Życzę Wam Koleżanki i Koledzy satysfakcji z wykonywanej pracy w Samorządzie i na rzecz Samorządu, a także wszystkiego najlepszego w życiu prywatnym. ■

Z poważaniem i koleżeńskim pozdrowieniem
Beata Cholewska

**WICEMARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO**

Mariusz Kleszczewski
Katowice, 04 czerwca 2011r

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca.

Gratulując jubileuszu XX-lecia Samorządu zawodowego Pielęgniarek, i Położnych, serdecznie dziękuję za zaproszenie na dzisiejsze uroczyste obchody.

Dzisiejsza uroczystość jest wynikiem wieloletniej pracy i trudu, który włożyli Państwo niosąc fachową pomoc i wsparcie ludziom potrzebującym opieki. Solidaryzując się z ideą, przyświecającą powołaniu pielęgniarskiemu "Salus aegroti suprema lex" - dziękuję Wszystkim wypełniającym tę misję każdego dnia. Problemy związane z zaspokojeniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców naszego regionu nie są obce Samorządowi Województwa, tym bardziej jestem dumny mogąc dzisiaj podziękować za okazane pacjentom serce, wrażliwość i niesioną wiarę w lepsze jutro.

W tym uroczystym dniu, życzę Wszystkim Uczestniczkom i Uczestnikom uroczystych obchodów wspaniałych wrażeń i emocji, które pozostaną na długo w Państwa pamięci.

Z poważaniem
Mariusz Kleszczewski



Posel na Sejm RP Jadwiga Wiśniewska

*"Každy może być wielki... ponieważ každy może służyć.
By służyć, nie trzeba stopnia naukowego.
Trzeba jednak serca pełnego łaski,
Duszy zrodzonej przez miłość"*
M.L. King

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca.

Proszę o przyjęcie serdecznych gratulacji z okazji XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych. Zawód pielęgniarki i położnej to powołanie, nie každy bowiem jest zdolny do empatii i serdecznego pochylenia się nad chorym człowiekiem. Ta praca wymaga wyjątkowych umiejętności oraz wrażliwości.

Doceniając Państwa rolę w służbie zdrowia pragnę złożyć wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym wyrazy szacunku i uznania za zaangażowanie, szlachetną postawę oraz poświęcenie na rzecz drugiego człowieka.

Z okazji Waszego święta życzę, aby codziennie spotykali się Państwo z wdzięcznością pacjentów i szacunkiem przełożonych oraz by Państwa postulaty dotyczące warunków pełnienia tej pięknej, a jednocześnie trudnej służby były spełniane. Ze swojej strony deklaruję pełne wsparcie. ■

z wyrazami szacunku
Jadwiga Wiśniewska
Posel na Sejm RP
Częstochowa, 4 czerwca 2011 r.

Senator Rzeczypospolitej Polskiej Czesław Ryszka

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca.

Z okazji 20-lecia istnienia Samorządu Pielęgniarek i Położnych proszę przyjąć moje serdeczne pozdrowienia i wyrazy szczerego uznania. Ratowanie zdrowia i życia ludzkiego w chorobie, a także pomoc człowiekowi przychodzącemu na świat, to praca niezwykle zaszczytna, a ci, którzy ją podejmują, zasługują na nasz najwyższy szacunek. Pragnę na Pani ręce złożyć wiązanek kwiatów dla wszystkich pielęgniarek jako wyraz z serca płynącego podziękowania.

Wiedza i kompetencja „białego personelu” sprawiają, że my - pacjenci - otrzymujemy fachową pomoc medyczną i troskliwą opiekę. Pielęgniarki są najbliższe pacjenta i nie ma chyba lepszej nagrody za Waszą pracę niż świadomość, że dzięki tej opiece wielu chorych na nowo odnajduje sens życia. Także obecność położnych przy najważniejszym wydarzeniu w życiu człowieka - jego narodzinach, jest misją, która wymaga poświęcenia i niemałego zaangażowania, przynosi jednak radość i satysfakcję.

Świątując 20-lecie Samorządu Pielęgniarek i Położnych życzę wszystkim osobom sercem związanym ze służbą zdrowia wewnętrznej siły, cierpliwości i spełnienia zawodowych oraz osobistych planów. Liczę na to, że w końcu doceni Waszą pracę także polski rząd, oferując odpowiednie wynagrodzenie za trudną i odpowiedzialną pracę. ■

Szczęść Boże.
Z wyrazami szacunku
Senator Czesław Ryszka
Częstochowa, 4 czerwca 2011

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

Pani Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej
Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,
Szanowni Państwo,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczystość XX - lecia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Mam zaszczyt i ogromną przyjemność dzielić z Państwem radość tego jubileuszu.

Większość z nas doskonale pamięta datę 19 kwietnia 1991 roku, kiedy Sejm Rzeczypospolitej Polskiej ustalił ustawę - O SAMORZĄDZIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH - ustawę, będącą fundamentem naszego samorządu zaczynającą się od słów: „tworzy się samorząd pielęgniarek i położnych dla reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów... ”.

Z perspektywy dwudziestu minionych lat można stwierdzić, że zbudowaliście Państwo prężną Izbę, dbającą o umocnienie rangi zawodu pielęgniarki i położnej. Wasza Izba stanowi trwałe ogniwo samorządu pielęgniarskiego będącego gwarantem rozwoju zawodu, który Państwo wykonujecie. Mogę wyrazić podziw i szczerze uznanie dla Państwa osiągnięć. Niech więc wypowiedziane słowa gratulacji i podziękowań będą nagrodą i źródłem satysfakcji dla osób, które poświęciły się w pracy na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Zawody pielęgniarki i położnej są zawodami pełnionymi z powołania. Powołaniem tym jest służba drugiemu człowiekowi. Dzięki czemu obraz naszego środowiska jest w odbiorze społecznym zasłużenie piękny.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, wszystkich organów i członków samorządu łódzkiego składam Paniom i Panom najserdeczniejsze gratulacje z okazji jubileuszu XX - lecia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Niech dzisiejsza uroczystość, która jak na jubileusz przystało jest spotkaniem pokoleń, zapisze się na długo w Waszej pamięci. ■

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Zofia Komorowska

„To, co możesz uczynić, jest maleńka kroplą w ogromie oceanu, ale jest właśnie tym co nadaje znaczenie 'twojemu życiu'”.

Albert Schweitzer

Szanowna Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczystość obchodów XX-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Częstochowie. Niestety z przyczyn ode mnie niezależnych nie mogę uczestniczyć w tej doniosłej uroczystości

W imieniu Okręgowej Rady Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej oraz swoim własnym składam na ręce Pani Przewodniczącej serdeczne gratulacje i życzenia.

Praca w samorządzie zawodowym to bardzo odpowiedzialna funkcja społeczna wspierająca bieżące działanie korporacji i rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych. Ciągłe zmieniająca się rzeczywistość stawia przed samorządem zawodowym duże wyzwania wymagające ogromu wiedzy, profesjonalizmu i odpowiedzialności za podejmowane decyzje.

Gratuluje wszystkim, którzy przyczynili się do powstania oraz rozwoju Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Sukcesy wypracowane w ciągu minionych 20 lat działania to wynika zaangażowania i oddania dla spraw samorządu.

Życzę wytrwałości i satysfakcji z działania na rzecz dalszego rozwoju samorządu, optymizmu, wielu sukcesów i następnych wspólnych jubileuszy. ■

Przewodnicząca Okręgowej Rady BOIPIP
mgr Bernadeta Tetlak

Bielsko-Biała, dnia 4 czerwca 2011 r.

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie

W imieniu swoim oraz pracowników Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Częstochowie pragnę złożyć na Państwa ręce gratulacje z okazji obchodów XX-lecia działalności Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Uroczystość jest okazją do złożenia serdecznych podziękowań wszystkim Pielęgniarkom i Położnym za pracę, okazywane serce i poświęcenie. Codzienna pomoc personelu pielęgniarskiego udzielana jest w najbardziej istotnych chwilach życia ludzkiego - narodzin dziecka, walki z chorobą i w tych najtrudniejszych momentach, gdy odchodzą nasi najbliżsi. Opieka i wrażliwość dawana w tym trudnym dla każdego czasie jest wielkim wsparciem dla pacjentów i ich rodzin. Okazywany przez Państwa szacunek dla pacjenta daje obraz wrażliwości i profesjonalizmu Polskich Pielęgniarek i Położnych.

W uznaniu dla Waszej pracy i poświęcenia, życzę dużo zdrowia i pomyślności, dużo siły, wytrwałości i satysfakcji z pełnionej pracy, jak najmniej trudnych chwil, więcej czasu dla

siebie i najbliższych. Życzę, by Wasze święto odbywało się w spokoju i radości. ■

Państwowy Powiatowy Inspektor
Sanitarny w Częstochowie
lek. med. Dariusz Nowicki
Częstochowa, 4 czerwca 2011 r.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - Zarząd Krajowy

Warszawa, dn. 01 czerwca 2011 r.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Czuję się zaszczycona otrzymaniem zaproszenia na uroczystość obchodów XX-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Zawsze chętnie uczestniczę w tego typu spotkaniach, albowiem są one doskonałą okazją do omówienia wyzwań, jakie stawia przed naszym zawodem współczesność, a także zadań samorządu i związków zawodowych z nimi związanych.

Niestety, z wielką przykrością, muszę przeprosić, jednak nie będę w stanie uczestniczyć w organizowanej przez Państwa Uroczystości.

Wynika to z obowiązków związkowych, związanych z rozpoczęciem pełnienia funkcji Przewodniczącej.

Bardzo proszę o wybaczenie mojej nieobecności i życzę wspaniałej uroczystości. ■

Z wyrazami szacunku
Longina Kaczmarek

I WICEWOJEWODA ŚLĄSKI

Stanisław Dąbrowa
Katowice, 4 czerwca 2011r roku

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

W imieniu Pana Wojewody Zygmunta Łukaszczyka bardzo serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczystość z okazji XX - lecia istnienia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Jest mi niezmiernie przykro poinformować, iż w związku z nagłymi obowiązkami służbowymi moje osobiste uczestnictwo w obchodach nie będzie możliwe.

Składam wyrazy szacunku i uznania dla Państwa pracy, zaangażowania, a przede wszystkim szlachetnych postaw moralnych i poświęcenia na rzecz drugiego człowieka.

Życzę wielu sukcesów, satysfakcji z pracy zawodowej oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.

Raz jeszcze serdecznie dziękując za zaproszenie, pozdrawiam wszystkich uczestników i organizatorów dzisiejszej uroczystości. ■

Z wyrazami szacunku
Stanisław Dąbrowa



Narodowy Fundusz Zdrowia

Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach
Katowice, dnia 4 czerwca 2011 r.

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

W związku z uroczystymi obchodami XX-lecia Samorządu Zawodowego, proszę przyjąć serdeczne gratulacje za podejmowane przez lata działania integrujące środowisko pielęgniarek i położnych.

Wyrazy uznania należą się za wszelkie czynności, których celem jest obrona godności zawodu w niezadko trudnych chwilach transformacji systemu opieki zdrowotnej.

Na uwagę zasługuje również energia w podejmowaniu aktywności, służącej ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa. Zaangażowanie w sprawy stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia jest kolejnym przejawem troski, cechy szczególnie istotnej w Państwa zawodzie.

Proszę przyjąć nasze zapewnienie o uwadze, z jaką spotykają się działania podejmowane przez Samorząd przez ubiegłe i obecne lata, zmierzające do kształtowania coraz sprawniejszej, lepszej i godnej ochrony zdrowia.

Poza gratulacjami dla całego środowiska, pragniemy przekazać życzenia zdrowia i dalszych sukcesów. ■

Z wyrazami szacunku
Zygmunt Kłosa

Dyrektor Śląskiego OW NFZ w Katowicach

Częstochowa, dnia 03.06.2011.

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowni Jubilaci

Jubileusz 20-lecia funkcjonowania Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie skłania do refleksji nad przeszłością, dniem dzisiejszym i perspektywami dalszego rozwoju.

Rozpoczynając swoją misję w trudnych czasach transformacji społeczno-gospodarczej zaczęliście Państwo pryncypialnie działać na rzecz lokalnego środowiska, pomagać w rozwiązywaniu różnorodnych jego problemów, konsolidować, wykonywać inne statutowe obowiązki stając się jego powiernikiem, uzyskując jego pełne uznanie i przeświadczenie jak jesteście potrzebni.

Obecnie - realizując w dalszym ciągu swoją trudną misję, postrzegani Państwo jesteście jak kompetentny, życzliwy, cieszący się autorytetem Samorząd

Olbrzymi Wasz dorobek, osiągnięcia, były możliwe dzięki osobistemu zaangażowaniu byłych i obecnych działaczy oraz pracowników.

W imieniu Rady Nadzorczej Pracowników i własnym proszę o przyjęcie słów uznania dla znaczącego dorobku.

Życzymy Państwu dalszego rozwoju, wszelkiej pomyślności, efektów, satysfakcji, wytrwałości w pracy na rzecz środowiska.

Dziękujemy również przy okazji tak wspaniałego Jubileuszu za wieloletnią bardzo konstruktywną współpracę w za-

kresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek położnych, życzliwość i koleżeńską pomoc. ■

Z wyrazami szacunku i uznania

Spółdzielnia Pracy "OŚWIATA"
ul. Faradaya 31, 42-200 Częstochowa
tel. 34361 64 25, telfax 34 361 89 52
KRS 0000142389

POLSKIE TOWARZYSTWO PIELĘGNIARSKIE

ZARZĄD GŁÓWNY

01-842 WARSZAWA, Al. Reymonta 8/12
POLISH NURSES ASSOCIATION - GENERAL COUNCIL
Warszawa, 4 czerwca 2011 r.

Pani Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
W Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca!

Bardzo dziękuję za zaproszenie na uroczystości 20-lecia samorządu zawodowego w Częstochowie, bardzo się cieszą, że mogą być dzisiaj z koleżankami podczas tego ważnego dla środowiska częstochowskiego wydarzenia.

Od 19 kwietnia 1991 r. tj. momentu uchwalenia ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych, dla pielęgniarstwa w Polsce stworzono nowe możliwości. Rozpoczęto pracę na rzecz uregulowania zawodu i tym samym umiejscowienia nowoczesnej roli pielęgniarek w zmieniającym się systemie ochrony zdrowia. Samorząd zawodowy uzyskał ustawowe prawa do inicjowania i opiniowania aktów prawnych. Środowisko pielęgniarskie cieszyło się bardzo, że dotychczasowa niemoc spowodowana brakiem odpowiedniego umiejscowienia PTP - jedynej wtedy organizacji pielęgniarskiej - przełoży się na konkretne rezultaty dla środowiska.

Widzimy dzisiaj jak wiele się zmieniło. Stało się to możliwe dzięki zaangażowaniu wielu środowisk w tym w dużym zakresie samorządu zawodowego. Zaangażowanie i determinacja sprawiły, że zrobiliśmy milowy krok w naszej profesji i jesteśmy dzisiaj właśnie w tym, w którym się znajdujemy.

Dzięki środkom pochodzącym ze składek wszystkich pielęgniarek zrzeszonych w korporacji powstawały źródła informacji tj. biuletyny, spotkania tematyczne, konferencje i inne formy kształcenia. Dzisiaj pielęgniarki mają zdecydowanie większy dostęp do informacji zawodowych, prawnych czy naukowych, stało się to także możliwe dzięki nowym technologiom i umiejętnością nabywanym podczas kształcenia.

Dzisiaj już niewiele z nas pamięta ile trzeba było włożyć trudu, w pierwszych latach działalności samorządu, by pielęgniarki zrozumiały, że konieczne jest wspólne działanie poprzez deklarację członkostwa w samorządzie, dającego siłę, która jest mierzona liczbą członków.

Jestem pewna, że teraz nie musimy już nikogo do tego przekonywać.

Mimo tak wielu przemian nadal zastanawiamy się nad tym jakiego chcemy pielęgniarstwa. Odpowiedzi na pytania znajdujemy w wielu raportach, stanowiskach czy badaniach naukowych kreowanych przez organizację pielęgniarskie - chcemy pielęgniarstwa nowoczesnego, otwartego i samodzielnego w aspektach pielęgnowania.

Uważamy, że najpilniejszym wyzwaniem jest zadbanie o zasoby, o te zasoby które „jeszcze posiadamy”, szczególnie o nasze koleżanki - pielęgniarki, by mogły pracować jak najdłużej w dobrym zdrowiu i satysfakcji z profesji, którą wybrały. By mogły cieszyć się życiem prywatnym i nie musiały tak ciężko pracować, aby normalnie żyć.

Musimy także pamiętać o nowych wyzwaniach i budowaniu przyjaznego otoczenia dla przyszłych pokoleń pielęgniarek, stwarzania im systemu zachęt do pracy w zawodzie i powrotu z migracji, a także skłonić systemowo do pozostawiania w zawodzie. Wiedza o tym, że 60 % pielęgniarek, gdyby było to tylko możliwe, odeszłaby do innego miejsca pracy (w tym 20% odeszłoby z zawodu), prawie 70 % badanych w projekcie RN4CAST pielęgniarek nie poleciłoby rodzinie szpitala, w którym pracuje, jest bardzo wymowna. Dane te powinny niepokoić nie tylko środowisko pielęgniarek ale przede wszystkim rząd, który nie jest w stanie wyobrazić sobie sytuacji jaka nas czeka za 20 lat.

Przed nami informatyzacja ochrony zdrowia, konieczność wbudowania Minimalnych Danych o Pielęgniarstwie (MD5) do systemów informatycznych w jednostkach ochrony zdrowia, by pracę pielęgniarek uczynić widoczną a co najważniejsze lżejszą. Zmiana ta to szansa dla pielęgniarek. Dzięki własnej klasyfikacji mamy szansę uwidocznić naszą pracę w systemie. Możemy z tym walczyć, możemy to ignorować, albo też przyjąć, nauczyć się i wykorzystywać w praktyce. Konieczna jest realizacja kolejnego etapu Procesu Bolońskiego, tj. kształcenia ustawicznego (CPD) dla bezpieczeństwa własnego, ale przede wszystkim dla bezpieczeństwa pacjentów.

Wprowadzane zmiany do załącznika nr V do Dyrektywy 36/2005/WE spowodują konieczność zmierzania się z kształceniem w przedmiotach tj. np. bezpieczeństwo pacjenta, czy zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

Kolejnym wyzwaniem jest Zaawansowana Praktyka Pielęgniarska (ANP), umożliwiająca umiejscowienie pielęgniarek ze specjalizacją i tytułem magistra w strukturach ochrony zdrowia z przypisaniem odpowiednich kompetencji - konsultanta na poziomie zoz i być może przepisywaniem leków jak ma to miejsce w niektórych krajach UE.

Opieranie praktyki pielęgniarskiej na faktach naukowych, korzystanie z techniki dyskusji klinicznej dla wprowadzenia najlepszych praktyk opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Czy wreszcie rozwijanie swoich umiejętności poprzez kształcenie ustawiczne, które stanie się faktem w Dyrektywie 36/2005 z możliwością otrzymywania punktacji i koniecznością reakredytacji - certyfikacji zawodu.

Podpowiedź na pytanie jaki powinien być samorząd przyszłości? może znajdziemy w łacińskim przysłowiu „Tempora mutantur et nos mutamur in illis” - „Czasy się zmieniają i my wraz z nimi”.

Tak, zmienia się pielęgniarstwo, by sprostać nowym oczekiwaniom zarówno klienta, jak i samych pielęgniarek i za tymi oczekiwaniami musi podążać samorząd, kreując nową bogatszą rzeczywistość.

Współpraca ostatnich lat pokazuje jak wiele można osiągnąć, jeżeli ma się obok siebie przyjaciół i wspólne cele. Możemy się spierać, ale musimy mówić jednym głosem.

Z okazji Jubileuszu wszystkim koleżankom z samorządu zawodowego w Częstochowie w imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, życzę wielu wspólnych pomysłów, świadomego zaangażowania w pracę dla pielęgniarstwa, ale przede wszystkim skupiania w samorządzie wspólnych ludzi, którzy stworzą nowoczesną i silną organizację, z której będziemy dumni przy okazji kolejnych

jubileusz. Samorządowi natomiast życzą kontynuowania budowania mostów współpracy z organizacjami funkcjonującymi w systemie zdrowia dla wspólnego dobra wszystkich pielęgniarek. ■

z najlepszymi życzeniami

Dorota Kilańska

Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Prezydent Miasta Częstochowy

Krzysztof Matyjaszczyk

Częstochowa 2011-06-04

Pani Halina Synakiewicz

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

Z okazji jubileuszu XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie składam na racę Pani Przewodniczącej serdeczne gratulacje dla wszystkich Pielęgniarek, Pielęgniarzy i Położnych. Doceniam wagę prowadzonej przez Państwa działalności, wymagającej ogromnej wiedzy, doświadczenia i odpowiedzialności.

Dzięki codziennej pracy i poświęceniu Pielęgniarek, Pielęgniarzy i Położnych, w tak trudnych dla polskiej służby zdrowia czasach, możemy czuć się bezpieczniej. Dziękuję za wykonywanie tych odpowiedzialnych i wymagających zawodów. Za pomoc jaką niesiecie nam - pacjentom, składam wyrazy uznania i głębokiego szacunku.

Niech dzisiejszy jubileusz będzie powodem do zadowolenia i doda Państwu sił i zapału do dalszego skutecznego działania dla dobra środowiska zawodowego i pacjentów.

Dziękując za serce i wielkie oddanie chorym raz jeszcze składam serdeczne gratulacje i życzę wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom i Położnym satysfakcji i pomyślności w pracy zawodowej oraz w życiu osobistym. ■

Z wyrazami szacunku

Krzysztof Matyjaszczyk

Starostwo Powiatowe w Myszkowie

ul. Puławskiego 6, 42-300 Myszków

Myszków, 30.05.2011r.

Przewodnicząca Okręgowej Rady

Pielęgniarek i Położnych

oraz Komitet Organizacyjny

Szanowni Państwo,

serdecznie dziękuję za zaproszenie na obchody XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 04 czerwca 2011 r.

Niestety z uwagi na wcześniej zaplanowane obowiązki nie mogę uczestniczyć w uroczystości. Mam nadzieję, że wkrótce będzie okazja do spotkania w tak zacnym gronie.

Pozdrawiam serdecznie i życzę udanej uroczystości! ■

Starosta

inż Leon Okraska



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 6 czerwca 2011 r.

Pani
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,
Chcę przekazać na Pani ręce słowa uznania i wdzięczności.
Byłam z Państwem podczas uroczystych obchodów 20-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Bardzo dziękuję za te wspólne chwile.

Uroczystość obchodów 20-lecia samorządu zawodowego w okręgu częstochowskim była piękna, godna okazji, godna dorobku naszej powszechnej zawodowej organizacji. Uzmy-

ślała jasno uczestnikom, w jak ważnym projekcie wszyscy bierzemy udział, ile jako zawód, jako profesjonaliści i jako osoby zawdzięczamy temu, że postawiliśmy na samodzielność, samorządność i profesjonalizm. Uroczystość dostarczyła nam również głębokich wzruszeń.

Szczególnym symbolem ubiegłotygodniowej uroczystości w Częstochowie pozostanie sztandar Okręgowej Izby. Działając pod własnym sztandarem, który integruje środowisko i wpływa na etos zawodu, tożsamość zawodową pielęgniarki i położne tego okręgu będą pracować z jeszcze większą pewnością swoich zawodowych kompetencji na rzecz zdrowia i dla dobra człowieka i społeczeństwa, przekonane o misji i posłannictwie naszych zawodów.

Życzę Państwu wielu sukcesów w utrwalaniu i rozwijaniu naszego dorobku, rozważnych decyzji, konsekwencji i odpowiedzialnej determinacji na co dzień. ■

łączy wyrazy uznania
Prezes Elżbieta Buczkowska



Uchwały Prezydium i Rady

Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 5 kwietnia 2011 roku

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego:
 - dwie pielęgniarki na specjalizację w dziedzinie „Pielęgniarstwa pediatrycznego”
 - podjęto jedną decyzję odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie na konferencję szkoleniową
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie 500 zł dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie pielęgniarstwa,
 - podjęto jedną decyzję odmowy dofinansowania kosztów kształcenia w formie kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią dla pielęgniarek”
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na łączną kwotę 4.100 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPIP.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dziewięciu pielęgniarek.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla czterech położnych. ■

Sekretarz ORPiP
Barbara Płaza

Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 28 kwietnia 2011 roku

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego:
 - jedną położną na kurs dokształcający „Problemy laktacji”
- podjęto jedną decyzję odmowy zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia w formie konferencji szkoleniowej
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 500 zł na dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie
 - 600 zł na dla jednej pielęgniarki z zakresu kursu specjalizacyjnego „Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek”
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na łączną kwotę 3.100 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPIP.
- Stwierdzono posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej jednej pielęgniarki.
- Podjęto trzy decyzje w sprawie zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dziewięciu pielęgniarek.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dwóch położnych.
- Skierowano na konferencję szkoleniową pt. „Wyzwania pediatrii XXI wieku. Wady wrodzone u dzieci. Problem kliniczny, psychologiczny i socjoekonomiczny” siedem pielęgniarek. ■

Sekretarz ORPiP



Barbara Płaza

Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 18 maja 2011 roku

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego:
 - cztery pielęgniarki na V Międzynarodowy Kongres Polskiej Rady Resuscytacji
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie 500 zł dla jednej pielęgniarki za studia magisterskie,
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na łączną kwotę 3.800 zł.
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do

rejestr i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.

- Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPIP.
- Stwierdzono posiadanie kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej jednej pielęgniarki.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dwóch pielęgniarek.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dwóch położnych.
- Wytypowano przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego. ■

Pisma z NRPiP - debata NRPiP



List skierowany do Prezesa Rady Ministrów o podjęcie debaty na temat polskiego pielęgniarstwa

Warszawa, 21 marca 2011 r.

List Otwarty

W związku z medialną dyskusją nad ustawą o działalności leczniczej, która spowodowała protest Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w sprawie zakazu zawierania umów kontraktowych z pielęgniarkami i położnymi w szpitalach, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluję do Pana Premiera o podjęcie przez rząd debaty na temat problemów polskiego pielęgniarstwa i zaniedbań wynikających z ustawicznych reform systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej.

Należy wskazać, iż już w rekomendacjach Konferencji „Biały Szczyt” z dnia 19 marca 2008 roku podkreślono, iż w celu przeprowadzenia zmian poprawiających efektywność systemu ochrony zdrowia konieczne jest zwiększenie poziomu nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Wobec niespełnienia powyższego warunku szybka poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, równowagi finansowej placówek opieki zdrowotnej i całego systemu oraz spokoju społecznego w sektorze ochrony zdrowia nie będzie możliwa.

Niezrealizowanie postulatów z przedmiotowej konferencji oraz ciągła wojna ideologiczna między partiami politycznymi o kierunki zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia nie służą wypracowaniu tak potrzebnego w przedmiotowej sprawie ponadpartyjnego porozumienia.

Szczególny niepokój samorządu pielęgniarek i położnych budzą:

- brak realizacji, podnoszonej również w powyższych rekomendacjach, kwestii ustawowego zagwarantowania wynagrodzeń pracowników medycznych. W sytuacji drastycznie niskiego wynagradzania pielęgniarek i położnych i bardzo odpowiedzialnej pracy, brak takich rozwiązań w odniesieniu do zawodów pielęgniarki i położnej jest całkowicie nieuzasadnione. Określenie minimalnego wynagrodzenia odpowiadałoby posiadanym kwalifikacjom zawodowym, nakładowi pracy oraz zakresowi odpowiedzialności zawo-

dowej, jak również służyłoby zwiększeniu prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej.

- brak dostosowania i aktualizacji obowiązujących przepisów prawa odnośnie kwestii czasu pracy i dyżurowania do regulacji zawartych w Dyrektywie 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 roku dotyczącej niektórych aspektów organizacji czasu pracy. Szczególnie istotna jest kwestia braku regulacji prawnych w zakresie czasu pracy pracowników medycznych, w tym pielęgniarek i położnych, wykonujących pracę w systemie zmianowym, którzy sprawują bezpośrednią opiekę nad pacjentem przebywającym w szpitalu dłużej niż 24 godziny. W przypadku zamiany umowy o pracę powyższego pracownika na umowę cywilnoprawną, pracownik ten jest de facto zobowiązany do realizacji świadczeń w nieograniczonym wymiarze czasowym. Należy wyraźnie wskazać, iż wobec braku odpowiednich regulacji m.in. w zakresie norm czasu pracy pielęgniarek pracujących na tzw. umowach cywilnoprawnych pojawiła się tendencja wymuszania na pielęgniarkach, położnych zmiany formy zatrudnienia z umowy o pracę w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej na umowy cywilnoprawne, w tym w szczególności na umowę na realizację świadczeń zdrowotnych w formie indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki, przy jednoczesnym zachowaniu dotychczasowych warunków wykonywania pracy. Powyższa praktyka stanowi naruszenie przepisów prawa pracy o niedopuszczalności zastępowania umowy o pracę umową cywilnoprawną (Art. 22 § 1² Kodeksu pracy), bowiem pielęgniarka, położna, która udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej realizuje na rzecz zakładu świadczenia tożsame, jak w przypadku umowy o pracę, pod kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez zakład opieki zdrowotnej, a zakład wypłaca jej odpowiednie wynagrodzenie. Powyższe działania są podyktowane zwykle zamierzeniem pracodawców, którzy aby obniżyć koszty pracy są zainteresowani szczególnie umowami cywilnoprawnymi. Ponadto, oprócz mniejszych kosztów w przypadku zatrudnienia pielęgniarki, położnej na podstawie umowy cywilnoprawnej, w stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej nie obowiązują pracodawcy, którym jest zakład opieki zdrowotnej, przewidziane dla praco-

wników przepisy odnośnie czasu pracy, w tym w szczególności art. 32ja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, wskazujący, iż lekarze oraz inni posiadający wyższe wykształcenie pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnieni w zakładzie opieki zdrowotnej przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych, mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie, zobowiązani do pracy w zakładzie opieki zdrowotnej w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym (tzw. klauzula opt-out).

W związku z brakiem powyższych ograniczeń czasu pracy, istnieje pełna swoboda umów w zakresie kształtowania czasu pracy pielęgniarek i położnych zatrudnionych na kontraktach, co prowadzi często w praktyce do określenia czasu pracy na poziomie znacznie przewyższającym 200 godzin miesięcznie. W opinii NRPiP umowne ustalanie normy czasu pracy na wskazanym wyżej poziomie jest całkowicie nieuzasadnione, gdyż stanowi de facto usankcjonowanie pracy ponad normę, zwiększenie zakresu odpowiedzialności zawodowej w stosunku do posiadanych kwalifikacji i może prowadzić do zagrożenia zdrowia lub życia samej pielęgniarki, położnej wskutek ciągłego przemęczenia spowodowanego wykonywaniem tak stresującej i odpowiedzialnej pracy. Powyższa praktyka rodzi również obawy o realne zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne, które pracują w ponadprzeciętnym wymiarze czasu pracy. Zwracamy także uwagę, iż sytuacja ta ma wpływ na pogłębienie się zjawiska wypalenia zawodowego pielęgniarek i położnych spowodowanego zbyt dużym obciążeniem psychofizycznym.

- brak jasnej i jednolitej polityki zdrowotnej państwa w zakresie systemowego przeciwdziałania niedoborom kadrowym pielęgniarek i położnych, które mogą rodzić negatywne skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej w Polsce, a tym samym dla bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa. Należy wskazać, iż konieczne jest wprowadzenie rozwiązań prawnych gwarantujących prawidłową i dostateczną obsadę pielęgniarek i położnych w placówkach ochrony zdrowia oraz opieki społecznej, co zapewni pacjentom odpowiednią dostępność do świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki i położne.
- przeciwdziałanie postępującemu zmniejszaniu się zainteresowania studentów wyborem kierunku studiów pielęgniarstwo. Promocja tak społecznie potrzebnego zawodu i zwiększenie jego atrakcyjności dla młodego pokolenia wymaga wdrożenia zmian systemowych w prognozie dwudziestoletniej przy uwzględnieniu zmian demograficznych i epidemiologicznych społeczeństwa polskiego.
- brak rozwiązań systemowych, które gwarantowałyby prowadzenie racjonalnego kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych i porządkowałyby kompetencje zawodowe w całym systemie.

Wątpliwości NRPiP wiążą się również z aktualnie toczącymi się pracami legislacyjnymi nad projektami ustaw reformujących system ochrony zdrowia. Wobec braku zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia, proponowane istotne zmiany organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia zakładające m.in. przekształcenie szpitali w spółki czy też likwidację istniejącego chaosu w polityce lekowej, mogą być trudne do zrealizowania, co przekłada się również na stopień zabezpieczenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Wnosimy o rozważenie, aby w sprawie kontraktów w szpitalach wypowiedziała się również Rada Ochrony Pracy przy Sejmie RP oraz Komisja Trójstronna ds. Społeczno- Gospodarczych w przedmiocie, czy narastający problem samozatrudniania się pracowników stanowić może precedens obchodzenia przepisów prawa pracy.

Przedstawiając powyższe kwestie NRPiP wyraża jednocześnie nadzieję, iż zostanie podjęta debata, która pozwoli skutecznie wypracować rozwiązania narastających od wielu lat problemów. ■

Z poważaniem
(-) Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPiP

Przesłano do:
Prezes Rady Ministrów
Marszałek Sejmu RP
Marszałek Senatu RP
Przewodniczący klubów parlamentarnych Sejmu i Senatu RP
Komisja Trójstronna ds. Społeczno- Gospodarczych
Przewodniczący OIPIP

Pismo w sprawie dodatków dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w oddziałach ratunkowych

MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2011.03.01

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W związku z pismem z dnia 3 lutego 2011 r. znak: NPiP/NRPiP/DM/0055/27/11 zawierającym interpretację przepisów odnośnie prawa pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalnych oddziałach ratunkowych do dodatku do wynagrodzenia wynikającego z art. 32ł ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień. Przytoczony przepis ustanawia dla pracowników wykonujących zawód medyczny dodatek, do wynagrodzenia w wysokości określonej w tym przepisie. Przedmiotowa regulacja wskazuje również miejsce zatrudnienia jako jedną z istotnych przesłanek uzyskania dodatku do wynagrodzenia. O ile sformułowanie „pracowników wykonujących zawód medycznych” nie stwarza raczej wątpliwości interpretacyjnych, o tyle miejsce zatrudnienia, z uwagi na trudności z wykładnią użytych w ustawie pojęć, skutkuje odmiennością wydawanych w tej kwestii opinii.

W związku z powyższym należy przyrzeć się pojęciu „pogotowia ratunkowego” jako miejsca wykonywania pracy uprawniającego jednocześnie do otrzymania dodatku z art. 32ł. W myśl art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej pogotowie ratunkowe jest zakładem opieki zdrowotnej. Przepis art. 28 wskazuje, iż pogotowie ratunkowe może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 przytoczonego artykułu, w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego ale jako zespół ratownictwa

medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).

Dodatkowo należy wskazać, iż zespół ratownictwa medycznego podejmuje medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych. Zatem pogotowie ratunkowe nie udziela świadczeń w ramach oddziału szpitalnego.

Zgodnie z treścią art. 3 pkt. 11 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.) szpitalny oddział ratunkowy jest komórką organizacyjną szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, nie zaś pogotowia ratunkowego, stanowiący jednostkę systemu, utworzony w celu podejmowania medycznych działań ratowniczych w warunkach szpitalnych, spełniając kryteria, o których mowa w ustawie.

Wobec faktu, że przyznane dodatki mają charakter odstępstwa od zasady, nie jest dopuszczalna wykładnia rozszerzająca, zgodnie z którą jako pogotowie ratunkowe należałoby rozumieć również szpitalny oddział ratunkowy. Są to bowiem inne jednostki. Na powyższe stanowisko nie ma wpływu zaliczenie szpitalnego oddziału ratunkowego do opieki doraźnej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania, do której zaliczone zostały także ambulatoria. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w art. 321 posługuje się pojęciem „pomoc doraźna” jako tożsamym z pogotowiem ratunkowym.

Mając powyższe na uwadze należy uznać, że pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w szpitalnym oddziale ratunkowym nie przysługują dodatki określone w art. 321 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W przypadku zatrudnienia tych osób w systemie pracy zmianowej przysługują im dodatki wynikające z art. 321 przywołanej ustawy. ■

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Cezary Rzemek

Rozpatrywanie pisma NRPIp w sprawie postępowania antymonopolowego w sprawie praktyk NFZ

KANCELARIA PRAWNA
Piotrowska & Wspólnicy
Spółka komandytowa

Kraków, dnia 3 marca 2011 r.

PREZES URZĘDU OCHRONY KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa

ZAWIADAMIAJĄCY:

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Aleje Ujazdowskie 22, 00-478 Warszawa,
reprezentowana przez:

radcę prawnego Tomasza Pęcherza,
Kancelaria Prawna „Piotrowska i Wspólnicy” Sp.K.
ul. Smoleńsk 24/1, 31-112 Kraków

PRZEDSIĘBIORCA, któremu jest zarzucane stosowanie praktyki ograniczającej konkurencję:

Narodowy Fundusz Zdrowia
ul. Grójecka 186 02-390 Warszawa

Wniosek o wydanie postanowienia oraz ponowne rozpoznanie sprawy

Działając imieniem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie, w oparciu i w granicach pełnomocnictwa, którego odpis zalega w aktach sprawy, z związku z pismem Prezesa UOK-K z dnia 11 lutego 2011 r. (znak: DOK1-400/8/09/HS), wnoszę o:

- 1) wydanie postanowienia o zakończeniu postępowania wyjaśniającego, o którym mowa w art. 48 ust. 3 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. 2007 r. Nr 50 poz. 331 z późn. zm.), zwanej dalej również „ustawą”, oraz doręczenie go Zawiadamiającemu,
- 2) ponowne rozpoznanie sprawy objętej zawiadomieniem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 maja 2009 r.

Uzasadnienie

Zawiadomieniem z dnia 15 maja 2009 r. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wniosła o wszczęcie postępowania antymonopolowego w sprawie praktyk NFZ ograniczających konkurencję oraz o uznanie praktyk NFZ, opisanych w zawiadomieniu, za stanowiące nadużywanie pozycji dominującej w rozumieniu przepisów ustawy oraz o zakazanie stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia ww. praktyk.

W zawiadomieniu tym Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wskazała na podejrzenie stosowania praktyk ograniczających konkurencję przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie na krajowym rynku organizowania i finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przysługujących osobom uprawnionym (świadczeniobiorcom) w ramach bezpłatnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a które to praktyki polegają na nadużywaniu pozycji dominującej przez NFZ poprzez:

- 1) bezpośrednio lub pośrednio narzucanie przez NFZ nieuczciwych cen, tj. cen rażąco niskich, oraz innych warunków zakupu usług świadczonych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzące indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarskie,
- 2) stosowaniu przez NFZ w podobnych umowach z osobami trzecimi uciążliwych dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej warunków umów oraz niejednorodnych dla wszystkich świadczeniodawców warunków umów, stwarzających tym osobom zróżnicowane warunki konkurencji,
- 3) przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej,
- 4) narzucaniu przez NFZ uciążliwych warunków umów, przynoszących mu nieuzasadnione korzyści.

W zawiadomieniu tym wskazano precyzyjnie na postanowienia zarządzenia nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, których wprowadzenie i stosowanie miało wyczerpywać zarzuty naruszenia przepisów ustawy, wskazane w zawiadomieniu.

I.

Pismem z dnia 9 lipca 2009 r. zawiadomiono Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych o wszczęciu postępowania wyjaśniającego.

Całe postępowanie wyjaśniające przed Prezesem UOKiK trwało niemal 21 miesięcy.

Po ww. piśmie z dnia 9 lipca 2009 r. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, z uwagi na upływający czas trwania tego postępowania, trzykrotnie zwracała się z wnioskami o podanie informacji na temat stanu tego postępowania. Na żaden z tych wniosków Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych nie uzyskała odpowiedzi.

Zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy **postępowanie wyjaśniające nie powinno trwać dłużej niż 30 dni, a w sprawach szczególnie skomplikowanych - nie dłużej niż 60 dni od dnia jego wszczęcia.**

Jednocześnie w myśl art. 83 ustawy w sprawach nieuregulowanych w ustawie do postępowania przed Prezesem Urzędu stosuje się przepisy ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego.

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych nigdy nie została zawiadomiona o prawie przeglądania akt postępowania oraz o faktycznej możliwości zapoznania się z tymi aktami i prawie do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań. Takie prawo Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych miała, ale uniemożliwiono jej skorzystanie z tego prawa.

W sprawie nie znajduje zastosowania przepis art. 69 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym Prezes Urzędu, na wniosek lub z urzędu, może, w drodze postanowienia, w niezbędnym zakresie ograniczyć prawo wglądu do materiału dowodowego załączonego do akt sprawy, jeżeli udostępnienie tego materiału groziłoby ujawnieniem tajemnicy przedsiębiorstwa, jak również innych tajemnic podlegających ochronie na podstawie odrębnych przepisów.

Wszystkie akty i postanowienia umowne nie są bowiem objęte żadną tajemnicą, a wręcz przepisy ustawy nakazują je upublicznić. Ale nawet, gdyby Prezes UOKiK podjął decyzję o wyłączeniu jawności części lub całości tego materiału dowodowego, to powinien wydać w tym względzie postanowienie, na które stronie przysługiwałoby zażalenie.

W świetle powyższego Prezes UOKiK zobowiązany był - na podstawie art. 9 KPA, art. 10 § 1 KPA oraz art. 73 § 1 KPA w związku z art. 83 ustawy - do:

- należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków będących przedmiotem postępowania administracyjnego. Organy czuwają nad tym, aby strony i inne osoby uczestniczące w postępowaniu nie poniosły szkody z powodu niezajomości prawa, i w tym celu udzielają im niezbędnych wyjaśnień i wskazówek,
- zapewnienia stronie (NIPiP) czynnego udziału w każdym stadium postępowania, a przed wydaniem decyzji (tutaj postanowienia) umożliwić stronie wypowiedzenie się, co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań.

Zwłaszcza, że - jak należy podejrzewać - odpis zawiadomienia NIPiP o podejrzeniu stosowania praktyk ograniczających konkurencję został przesłany do Prezesa NFZ, któremu w pełni umożliwiono wypowiedzenie się, co do twierdzeń i zarzutów Zawiadamiającego.

Jednocześnie, pomimo katerycznego brzmienia

art. 48 ust. 4 ustawy oraz art. 35 i art. 36 KPA, postępowanie wyjaśniające, zamiast co najwyżej 60 dni trwało 21 miesięcy.

Co istotne z treści pisma Prezesa UOKiK nie sposób dostrzec powodów, dla których postępowanie to trwało aż 21 miesięcy. Brak jest bowiem w tym piśmie jakichkolwiek dowodów wskazujących na to, że Prezes UOKiK w ramach postępowania wyjaśniającego przeprowadził szczególnie skomplikowane postępowania dowodowe, a w szczególności, że polecił sporządzenie opinii biegłego, która potwierdzałaby zasadność zarzutów wskazanych w zawiadomieniu lub im przyczyna.

Prezes UOKiK nigdy nie poinformował strony o przedłużeniu tego postępowania oraz o przyczynach przedłużenia postępowania, do czego zobowiązany był na podstawie przepisów art. 35 i art. 36 KPA.

II.

Zgodnie z art. 48 ust. 3 ustawy zakończenie postępowania wyjaśniającego następuje w drodze postanowienia. Zawiadaniemu takie postanowienie nie zostało doręczone. Co istotne, nie wiadomo nawet, czy takie postanowienie zostało w sprawie wydane. Jest to tym bardziej istotne, że zgodnie z KPA postanowienie takie powinno zawierać pouczenie, czy i w jakim trybie służy na nie zażalenie lub skarga do sądu administracyjnego. Standardy państwa prawnego wymagają, aby z jednej strony zapewnić każdemu możliwość obrony jego praw przed niezawisłym sądem, a z drugiej - również poprzez bezwzględne przestrzeganie procedury określonej przepisami KPA - wyłączyć nieograniczoną i niezasadzoną, a poprzez to niedopuszczalną, uznaniowość i dowolność w stosowaniu prawa przez organy władzy i organy administracji publicznej.

Dlatego też NIPiP wnosi o wydanie takiego postanowienia o zakończeniu postępowania wyjaśniającego, zawierającego stosowne pouczenie, oraz jego doręczenie na adres pełnomocnika.

III.

Owe standardy państwa prawnego naruszone już zostały rażąco przewłoką postępowania i wyżej opisanymi naruszeniami przepisów proceduralnych. Do tego - po 21 miesiącach prowadzenia postępowania - okazuje się, że zbadanie stanu i wstępna ocena zasadności zawiadomienia opiera się wyłącznie na treści tego zawiadomienia (brak jest wskazania na inne dowody i omówienia dowodów zaoferowanych przez NIPiP) oraz analizie stanu prawnego wraz z orzecznictwem. W ocenie NIPiP brak było powodów i uzasadnienia dla tego, aby analiza prawna zawiadomienia NIPiP, bez żadnego szczególnego, rozbudowanego i skomplikowanego postępowania dowodowego, trwała w niniejszej sprawie aż 21 miesięcy.

IV.

Ponieważ nie jest do końca jasny obecny status postępowania wszczętego na skutek ww. zawiadomienia NIPiP (brak postanowienia o zakończeniu postępowania wyjaśniającego, tudzież jakiegokolwiek decyzji Prezesa UOKiK), Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych zmuszona jest złożyć wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy objętej zawiadomieniem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 maja 2009 r.

Samo inkryminowane pismo Prezesa UOKiK zawiera w tym względzie nieścisłości. Już na wstępie w piśmie tym wskazuje się, cyt.: „uzasadniając wszczęcie postępowania antymonopolowego”. Z kolei z dalszej treści tego pisma wnosić można, że postępowanie wyjaśniające nie dało podstaw do wszczęcia postępowania antymonopolowego.

Dlatego też - podtrzymując wniosek o wydanie i doręczenie postanowienia o zakończeniu postępowania wyjaśniającego - NIPiP, w ramach zwykłej ostrożności procesowej, zmuszona jest skierować już teraz wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy przez Prezesa UOKiK.

W ww. piśmie Prezes UOKiK przyjmuje, że wystarczającą przesłanką do wyłączenia odpowiedzialności NFZ w zakresie czynów naruszających uczciwą konkurencję, opisanych w zawiadomieniu, jest sama konstrukcja monopolistycznej pozycji NFZ, przyjęta w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) oraz ograniczone możliwości finansowe NFZ. Z takim stanowiskiem nie sposób się zgodzić. To, że NFZ ustanowiony został monopolistą przez ustawodawcę, w żadnej mierze nie zwalnia go z obowiązku uczciwego zachowania w obrocie. Również fakt posiadania ograniczonych środków finansowych takim wytłumaczeniem być nie może. Wszak każdy inny przedsiębiorca (nie-monopolista), gdy nie stać go na zakupienie określonej ilości usług po cenach uczciwych, kupuje je w mniejszej ilości. Tymczasem, jak zdaje się dowodzić Prezes UOKiK, monopolista, gdy nie stać go na zakup usług po cenach uczciwych może je nabywać po cenach nieuczciwych, tylko dlatego, że został usankcjonowany jako monopolista przez ustawodawcę i ma za zadanie zrealizować obowiązki Państwa w tym zakresie.

Już Trybunał Konstytucyjny wyraźnie wskazał, że skoro Państwo nie stać na zapewnienie obywatelowi wszystkich usług, lub usług w wyższym standardzie ma prawny obowiązek tak określić katalog tych usług (świadczeń), aby obywatel miał realny dostęp do tych usług, a jednocześnie Państwo (vide NFZ) mógł ten dostęp zapewnić za pomocą dostępnych środków. Jak widać Trybunał Konstytucyjny przyjął założenie zgoła odmienne, od zaprezentowanego przez Prezesa UOKiK. Nie jest bowiem tak, że NFZ jako monopolista posiadający ograniczone środki finansowe, zyskuje legitymację do kupowania usług za wszelką cenę z naruszeniem zasad uczciwej konkurencji. Wręcz przeciwnie, po to aby rzetelnie i zgodnie z Konstytucją RP, zapewnić obywatelom dostęp do gwarantowanej opieki zdrowotnej najpierw, w oparciu o posiadane środki, należy określić katalog tych usług (na które stać Państwo Polskie), a dopiero potem kupować usługi, na które stać Państwo Polskie.

To od NFZ - w opinii NIPiP - wręcz należy wymagać najwyższej staranności i największej pieczołowitości w tym, aby nie nadużywać pozycji dominującej (monopolistycznej). Oczekiwanie takie jest tym bardziej uzasadnione, że właśnie NFZ, z racji swego ustawowego ugruntowania monopolistycznej pozycji, w celu wykonywania części władzy Państwa Polskiego w zakresie zapewnienia gwarantowanej opieki zdrowotnej, powinien wystrzegać się działań stanowiących praktyki monopolistyczne, a wręcz w tym zakresie „świecić przykładem” dla innych przedsiębiorców. Nie z darma zwykło się mawiać, że „ryba psuje się od głowy”...

W swoim piśmie Prezes UOKiK - dla uzasadnienia swojego stanowiska - powołuje się na przepisy prawa, które nie obowiązują w okresie stanowiącym ośnowę zarzutów NIPiP. Chodzi tutaj o tzw. rozporządzenia koszykowe, wydawane przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2008 r. Nr 164 poz. 1027 z późn. zm.). Zatem przepisy te nie mogą stanowić podstawy rozstrzygnięcia dla stanu prawnego i faktycznego obowiązującego w czasie, kiedy rzeczowe rozporządzenia jeszcze nie obowiązywały (nie był nawet wprowadzony do ww. ustawy art. 31d).

Prezes UOKiK, wbrew ekspertyzie przedstawionej przez Zawiadamiającego, bez uzyskania innej niezależnej opinii biegłego, przyjął, że koszty dostosowania praktyk pielęgniarskich i ich funkcjonowania (nie tylko dostosowania) są kosztami jednorazowymi, wynikającymi z przepisów powszechnie obowiązującego prawa. Tymczasem szereg tych kosztów musiało być ponoszonych w sposób ciągły przez cały okres wykonywania umowy z NFZ.

Prezes UOKiK pominął w swoim piśmie kwestię tego, że - nawet jeśli analizować to również w odniesieniu do rozporządzeń koszykowych - sposób i koszty pobierania przez pielęgniarki materiału biologicznego w domu pacjenta, są w części odmiennie uregulowane w zarządzeniu Prezesa NFZ oraz w rozporządzeniu koszykowym.

Prezes UOKiK w ogóle nie odniósł się - analizując zarzut „stosowania przez NFZ w podobnych umowach z osobami trzecimi uciążliwych dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej warunków umów oraz niejednoznacznych dla wszystkich świadczeniodawców warunków umów, stwarzających tym osobom zróżnicowane warunki konkurencji” - do sprawy przeniesienia na pielęgniarki zadań, dotychczas realizowanych przez lekarzy POZ, bez dodatkowych środków. Inaczej mówiąc, lekarzom POZ ubyło część obowiązków bez zmniejszenia ich wynagrodzenia (zryczałtowanego), a pielęgniarkom tych obowiązków (kosztownych) przybyło, bez zwiększenia ich wynagrodzenia. Właśnie w tej części NIPiP wskazywała na „stosowanie przez NFZ w podobnych umowach z osobami trzecimi uciążliwych dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej warunków umów oraz niejednoznacznych dla wszystkich świadczeniodawców warunków umów, stwarzających tym osobom zróżnicowane warunki konkurencji”.

W tym zakresie nie ma większego znaczenia to, że NFZ stosuje takie same wzory umów dla danego zakresu świadczeń (tutaj dla świadczeń pielęgniarki POZ). Chodzi bowiem o niejednolite zasady wynagradzania dwóch grup podmiotów, realizujących te same świadczenia. To zaś sprzeczne, że lekarze POZ, zawierając umowę w zakresie świadczeń pielęgniarki POZ, mieli wówczas lepsze warunki konkurowania (więcej środków na realizację tych samych świadczeń), niż podmioty „czysto” pielęgniarskie.

Mając na uwadze powyższe, imieniem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wnoszę jak na wstępie. ■

W imieniu Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
Pełnomocnik

Tomasz Pęcherz
radca prawny

MINISTERSTWO ZDROWIA PODSEKRETARZ STANU Marek Haber Warszawa, 2011.05.24

Pani Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes
W odpowiedzi na pismo z dnia 16 maja 2011 roku, znak: NIPiP/NRPIp/DM/0051/72/2001 w sprawie organizacji i trybu działania Zespołu do spraw opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 stycznia 2011 roku,

w związku z zakończeniem jego prac, dziękując za wniesiony wkład merytoryczny, uprzejmie informuje, iż powołanie Zespołu w składzie niezgodnym z oczekiwaniami Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych nie stanowiło zamierzonej intencji zmarginalizowania postulatów środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych. Jednocześnie uprzejmie informuję iż fakt powołania przedstawiciela Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w skład ww. Zespołu, a następnie zaproszenie do udziału w jego pracach przedstawicieli Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, miało na celu uzyskanie opinii reprezentowanego przez Panią Prezes środowiska w kwestiach objętych pracami Zespołu

Ponadto podkreślam, iż żadne zmiany w systemie organizacji ochrony zdrowia, w tym również w podstawowej opiece zdrowotnej, nie będą wprowadzone bez konsultacji ze środowiskiem pielęgniarek i położnych. ■

Z poważaniem
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Cezary Rzemek

Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach

Katowice, dnia 31 maja 2011 r.

Szanowna Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Ul. Pory 78, lok. 10, 02 - 757 Warszawa

W odpowiedzi na pismo z dnia 16 maja 2011 r. znak: NIPiP/NRPIP/DM/0051/68/2011. uprzejmie informuję, że aktualizowane przez Centralę NFZ dane o wartości kontraktów są dostępne na stronie internetowej Centrali NFZ w www.nfz.gov.pl w sekcji „Informator o zawartych umowach”.

Zgodnie z art. 135 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Narodowy Fundusz Zdrowia zamieszcza na swojej stronie internetowej informacje o każdej zawartej umowie, z uwzględnieniem rodzaju, liczby i ceny zakupionych świadczeń oraz maksymalnej kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców wynikającej ze wszystkich zawartych umów. ■

Z poważaniem
Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
Zygmunt Kłosa

Informacja o debacie w dniu 19 maja 2011 r. zorganizowanej przez
Nacelną Radę Pielęgniarek i Położnych

W dniu 19 maja 2011 r. w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych odbyła się debata, z udziałem stowarzyszeń i organizacji o zasięgu ogólnokrajowym zrzeszających pielęgniarki i położne, która dotyczyła problemów polskiego pielęgniarstwa.

W trakcie powyższej debaty zostały opracowane i przyjęte przez jej uczestników rekomendacje dla Ministra Zdrowia.

Poniżej zamieszczone zostały rekomendacje dla Ministra Zdrowia przyjęte podczas spotkania, wraz z listą uczestników debaty, oraz pismo do Ministra Zdrowia w przedmiotowej kwestii.

(-)Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

Rekomendacje dla Ministra Zdrowia opracowane podczas debaty w dniu 19 maja 2011 r., zorganizowanej przez Nacelną Radę Pielęgniarek i Położnych z udziałem stowarzyszeń i organizacji zrzeszających pielęgniarki i położne

Działając w interesie pielęgniarek i położnych organizacje zgromadzone na wspólnym posiedzeniu, postanawiają podjąć wspólne działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Rozpoczynając swoje działanie przedstawiają Ministrowi Zdrowia poniższe postulaty:

I. Rozpoczęcie rzeczywistego, nie pozorowanego dialogu z przedstawicielami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych.

II. Rozwiązania legislacyjne

1. Nowelizacja ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz aktów wykonawczych do przedmiotowej ustawy.
2. W dialogu społecznym w sprawach dotyczących pielęgniarstwa/położnictwa decydujący wpływ na kształt rozwiązań prawnych winny mieć organizacje pielęgniar-skie/położnicze.
3. Stabilizacja warunków zawierania przez NFZ umów wieloletnich o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z pielęgniar-kami/położnymi.
4. Wszystkie towarzystwa, stowarzyszenia pielęgniarek/położnych o zasięgu ogólnokrajowym winny uczestniczyć w procesie legislacyjnym w obszarze pielęgniarstwa/położ-nictwa.

III. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych

1. W trosce o należytą jakość wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne kształcenie na studiach pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo powinno odbywać się wyłącznie w trybie dziennym.
2. Kompetencje uzyskiwane przez pielęgniarki i położne w ramach kształcenia podyplomowego (umiejętności wynikowe) powinny być podstawą do samodzielnego wykonywania czynności zawodowych np. wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).
3. Dookreślenie warunków szkoleń specjalizacyjnych – zmiana warunków wymaganych od pielęgniarki/położnej, która może przystąpić do powyższych szkoleń.
4. Należy wzmocnić pozycję Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego w zakresie nadzoru nad kształ-





ceniem klinicznym studentów studiów pierwszego stopnia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo poprzez badanie przebiegu i warunków realizacji procesu nauczania w zakładach opieki zdrowotnej. Kształcenie kliniczne w tych placówkach powinno odbywać się pod kierunkiem wykładowców / specjalistów pielęgniarstwa lub położnictwa.

5. Zagwarantowane odbywanie staży zawodowych realizowanych w ramach szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa, przez okres od trzech do sześciu miesięcy w akredytowanych oddziałach klinicznych, na zasadach rezydentury lub z możliwością oddelegowania z macierzystego zakładu pracy za wynagrodzeniem. Powyższe dotyczyć powinno specjalizacji, które odbywają się corocznie w ramach zaplanowanych środków publicznych.
6. Stworzenie rzeczywistych możliwości podejmowania badań naukowych w pielęgniarstwie i położnictwie w celu rozwoju dyscypliny naukowej i stosowania wyników badań w praktyce zawodowej: organizacji i zarządzaniu opieką pielęgniarską, opieką nad pacjentem, edukacją zawodową.
7. Powołanie konsultantów krajowych i wojewódzkich we wszystkich dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa.

IV. Organizacja systemu ochrony zdrowia – planowanie kadr pielęgniarek i położnych

1. Wprowadzenie regulacji prawnych stanowiących, iż normy zatrudnienia kadr pielęgniarek i położnych (wykonujących świadczenia na podstawie umów o pracę i umów cywilnoprawnych) powinny obowiązywać we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.
2. Umocowanie prawne w zakresie obligatoryjnego postępowania konkursowego na kierownicze stanowiska pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej realizujących kontrakty z NFZ, niezależnie od formy prawnej tych zakładów.
3. Określenie minimalnego wynagrodzenia personelu medycznego, w tym pielęgniarek i położnych, gwarantującego realizację postulatu systematycznego wzrostu płac, powinno odzwierciedlać uzasadnione koszty procedur medycznych (w tym realne koszty personelu medycznego) i stanowić jedną z podstaw koszyka świadczeń gwarantowanych, a w konsekwencji określić wysokość kontraktów zawieranych ze świadczeniodawcami - pielęgniarkami/położnymi środowiskowo rodzinnymi.
4. Świadczenia zdrowotne w zakresie kompetencji pielęgniarek/położnych powinny być realizowane wyłącznie na podstawie kontraktów pielęgniarek/ położnych, przywrócenie funkcji pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej w POZ, położnej środowiskowo - rodzinnej.
5. Opracowanie i opublikowanie przez Ministra Zdrowia rzetelnego raportu o stanie pielęgniarstwa/położnictwa w Polsce.

Pismo skierowane do Ministra Zdrowia Ewy Kopacz w sprawie zorganizowania spotkania w celu omówienia wskazanych przez uczestników debaty problemów polskiego pielęgniarstwa

Lista uczestników debaty dotyczącej problemów polskiego pielęgniarstwa - Warszawa, 19 maja 2011 r.

- Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych: **Elżbieta Buczkowska** - Prezes
- Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych: **Teresa Fichtner - Jeruzel** - Przewodnicząca
- Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: **Maria Kowalczyk**
- Naczelna Komisja Rewizyjna: **Jolanta Bień** - Przewodnicząca
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie: **Grażyna Wysocka** - Sekretarz Zarządu Głównego; **Beata Dobrowolska** - Członek Zarządu Głównego
- Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Onkologicznych: **Barbara Jobda** - Prezes; **Małgorzata Pasek** - Wiceprezes
- Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce: **Izabela Cwiertnia** - Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych Oddział Terenowy w Krakowie; **Zofia Piasecka** - Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych Oddział Terenowy w Poznaniu
- Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych: **Amelia Ścibior** - Prezes
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki: **Paweł Witt** - Prezes; **Małgorzata Jadczyk** - Członek Zarządu
- Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych: **Mirosława Malara** - Prezes; **Małgorzata Sobania** - Zastępca Prezesa
- Polskie Towarzystwo Położnych: **Grażyna Iwanowicz - Palus** - Przewodnicząca
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej: **Anna Kaptacz** - Prezes; **Beata Gradoń**
- Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego: **Grażyna Dykowska** - Prezes; **Monika Tomaszewska** - Wiceprezes; **Jolanta Czerniak** - Fundator/Sekretarz, Przedstawiciel Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii
- Stowarzyszenie Menedżerów - Pielęgniarstwa: **Alicja Gos** - Członek Zarządu; **Alicja Buksińska** - Członek Zarządu; **Renata Ciemierz**
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Angiologicznego: **Katarzyna Cierzniańska** - Członek Zarządu

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

- **Elżbieta Garwacka - Czachor** - Wiceprezes NRPIP
 - **Tomasz Niewiadomski** - Sekretarz NRPIP
 - **Hanna Gutowska** - Skarbnik NRPIP
 - **Maria Kaleta** - Wiceprezes NRPIP
 - **Eleonora Kamińska** - Członek Prezydium NRPIP
 - **Aleksandra Śnieg** - Członek Prezydium NRPIP
 - **Danuta Adamczyk - Wiśniewska** - Członek Prezydium NRPIP
 - **Mariola Głowacka** - Członek Prezydium NRPIP, przewodnicząca Komisji Prawa i Legislacji
 - **Marian Nadziejko** - Członek Prezydium NRPIP, Przewodniczący Komisji ds. Opieki Długoterminowej
 - **Zofia Małas** - Członek Prezydium NRPIP, Przewodnicząca Zespołu ds. pielęgniarstwa w leczeniu stacjonarnym
- Przewodniczący, Członkowie Komisji i Zespołów Problemowych**
- **Jarosław Panek** - Przewodniczący Komisji Zmian Systemowych w ochronie zdrowia oraz pomocy społecznej
 - **Halina Synakiewicz** - Członek Komisji ds. Kształcenia
 - **Beata Żółkiewska** - Członek Komisji ds. Położnych
 - **Ewa Ślęzak** - Przewodnicząca Zespołu ds. Państwowego Ratownictwa Medycznego



Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Sz. P.
Halina Synakiewicz
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

W nawiązaniu do pisma z dnia 18 kwietnia 2011 r. znak: OIPIP/125/2011 proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Schemat sprawozdawczości świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych zrealizowanych w ramach opieki długoterminowej został podany w komunikacie NFZ dla raportów statystycznych dotyczących realizacji przedmiotowych świadczeń. Sprawozdawczość omawianych świadczeń jest zgodna z zasadami określonymi w zarządzeniu Nr 84/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, ze zmianami. Świadczeniodawca podpisując umowę z NFZ przyjmuje do stosowania zasady realizacji oraz sprawozdawania świadczeń, które Fundusz finansuje ze środków publicznych na podstawie zawartej umowy. Paragraf 15 przytoczonego zarządzenia zobowiązuje świadczeniodawców do przestrzegania ogólnie przyjętej zasady rozliczania świadczeń wg osobodni czyli wykazywania dnia przyjęcia do opieki i dnia jej zakończenia jako jeden osobodzień. Rejestracja świadczeń zgodnie z podaną przez NFZ strukturą spełnia warunki przedstawionego zapisu.

Przyjęte od dnia 1 stycznia 2011 roku zasady sprawozdawania świadczeń zrealizowanych w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej, zostały opracowane z uwagi na obowiązek sprawozdawania przez Narodowy Fundusz Zdrowia nadzoru nad realizacją przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140 poz. 1147 z późn. zm.), dotyczących częstotliwości udzielania

świadczeń. Świadczeniodawca podpisujący umowę z NFZ zobowiązany jest do przekazywania oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu danych o każdym świadczeniu zrealizowanym w ramach danego zakresu. NFZ jako podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych ma obowiązek weryfikowania jego sprawozdań i rozliczeń. Schemat sprawozdawania świadczeń określony przez Fundusz dostosowany jest do struktur weryfikacyjnych systemu informatycznego i nie odbiega od nakazanego przepisami prawa zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Odnośnie liczby świadczeniobiorców objętych opieką przez pielęgniarkę zatrudnioną na całym etacie, przebywających pod jednym adresem zamieszkania, oraz w sprawie podwyższenia wskaźnika za osobodzień z 0,4 pragnę przypomnieć, że wskaźnik 0,4 został przyjęty w związku z nieuwzględnieniem w rozporządzeniu zmieniającym w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, liczby pacjentów objętych opieką przez 1 pielęgniarkę, którą proponował Fundusz tj. 15 chorych. Fundusz w tej sprawie wielokrotnie prezentował stanowisko m.in. na zespółach roboczych organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, jak również na posiedzeniu w Senacie na Komisji Rodziny i Polityki Społecznej oraz Komisji Zdrowia.

Wobec powyższego współczynnik został wyliczony w proporcji do zmniejszenia liczby pacjentów z 15 na 12 przebywających pod tym samym adresem zamieszkania. Mając na względzie ograniczoną pulę środków finansowych przeznaczonych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w różnych rodzajach, jak również konieczność realizacji ustawowych działań Funduszu, a w szczególności prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej oraz efektywne i bezpieczne zarządzanie środkami Funduszu, obecnie nie jest możliwe zrealizowanie postulatu zwiększenia wskaźnika 0,4. ■

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
dr n. med. Jacek Paszkiewicz



Stanowisko Konsultanta Krajowego

Kraków 2011 -06-03

Stanowisko z dnia 03 czerwca 2011 r. konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w sprawie transportu pacjentów z symptomatologią: ostrego zespołu wieńcowego, udaru niedokrwinnego lub udaru krwotocznego oraz pacjentów urazowych z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub centrum urazowe przez podstawowe Zespoły Ratownictwa Medycznego poza rejon operacyjny dysponenta jednostki.

W myśl postanowień art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) - zwanej dalej ustawą o PRM, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie

nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Natomiast art. 45 ust. 1 ustawy o PRM stanowi, iż w przypadku, gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których mowa w art. 43, wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo wskazanej jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W przypadku tran-

sportu poza rejon operacyjny transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

Z podanych ww. zapisów wynika, iż osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego powinna być przetransportowana do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, który jest wskazany przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w oparciu o posiadane informacje dotyczące potencjału medycznego jednostki szpitalnej (które są ujęte w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, tworzonego na podstawie art. 21 ustawy o PRM), czyli możliwości niezbędnej diagnostyki i procesu leczniczo-terapeutycznego konkretnego pacjenta z problemem zdrowotnym.

Decyzję o transporcie do szpitala innego niż najbliższy względem czasu dotarcia, czyli transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego) może być podjęta tylko przez lekarza systemu (o którym mowa w art. 3 pkt. 3 ustawy o PRM) obecnego na miejscu zdarzenia. W tym przypadku ustawodawca określił rolę lekarza koordynatora ratownictwa medycznego jako koordynującą w przypadku transportu poza rejon operacyjny.

Mając na względzie jak najszybsze prawidłowe zabezpieczenie medyczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a w szczególności:

- dotarcie pacjentów z symptomatologią ostrego zespołu wieńcowego do jednostek organizacyjnych szpitala zapewniających kardiologię interwencyjną;
- dotarcie pacjentów z symptomatologią udaru niedokrwinnego lub udaru krwotocznego do jednostek organizacyjnych szpitala zapewniających leczenie udarów;
- dotarcie pacjentów urazowych, o których mowa w art. 3 pkt. 12 ustawy o PRM, do centrum urazowego (art. 3 pkt. 11 ustawy o PRM);

Należy również mieć na uwadze inne czynniki współtowarzyszące opiniowanej kwestii.

- Do chwili obecnej nie zostały opublikowane standardy postępowania o których mowa w art. 43 ustawy o PRM - stąd nie można się do nich odwołać. Faktem jest, iż standardy, o których mowa w art. 43 ustawy o PRM, powinny wynikać wprost z aktualnej wiedzy medycznej. Wiedza ta jest zaś przekazywana w ramach przedmiotów nauczania w procesie kształcenia zarówno pielęgniarek systemu, ratowników medycznych jak i lekarzy systemu. Osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych powinni znać algorytm postępowania wobec osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w poszczególnych symptomatologiach chorób. Jednak wiedza medyczna ulega systematycznym zmianom i modyfikacjom w miarę postępów w rozwoju medycyny i regulowanie tego obszaru w formie aktu prawnego wymaga częstych aktualizacji. Pomimo iż wiedza medyczna jest egzekwowana w procesie kształcenia oraz w procesie dalszego doskonalenia zawodowego członków zespołu ratownictwa medycznego, to brak jest aktu prawnego wprowadzającego standardy medyczne postępowania, a przez to sankcjonujące ich stosowanie.
- Brak uregulowań prawnych dotyczących zlecenia leków drogą radiową i telefoniczną z poza listy zawartej w:
 - rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobie-

gawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) - w odniesieniu do pielęgniarek systemu;

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007r. Nr 4 poz. 33, z późn. zm.) - w odniesieniu do ratowników medycznych.

Z zapisów przytoczonych rozporządzeń wynika brak możliwości podawania leków nie umieszczonych ww. listach.

- Brak uregulowań prawnych dotyczących konsultacji medycznych wykonywanych drogą radiową i telefoniczną.
- Brak uregulowań prawnych dotyczących teletransmisji zapisu elektrokardiograficznego i jego zdalnej interpretacji - stąd należy traktować jej rolę jako pomocniczą w diagnozowaniu objawów pacjenta (pomimo prób uregulowań w tym zakresie w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego).
- Cytowane zapisy ustawy nie precyzują, czy decyzja podjęta przez lekarza systemu obecnego na miejscu zdarzenia odnosi się również do transportów pacjentów przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (a więc bez lekarza systemu w danym zespole ratownictwa medycznego) z miejsca zdarzenia do ośrodków wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, znajdujących się często poza rejonem operacyjnym.
- W przypadku bezpośredniego transportu pacjenta z miejsca zdarzenia, do szpitala poza rejonem operacyjnym, opuszczenie przez zespół ratownictwa medycznego rejonu operacyjnego powinno skutkować zadysponowaniem przez lekarza koordynatora ratownictwa medycznego lub dysponenta jednostki innego zespołu ratownictwa medycznego włączonego do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w ten rejon, z zachowaniem zgodności w zakresie czasu dotarcia do miejsca wezwania zgodnie z postanowieniem art. 24 ustawy o PRM.

Opisywane kwestie rodzą problemy odpowiedzialności prawnej za podejmowane działania między innymi w zakresie:

- podjęcia decyzji przez kierownika podstawowego zespołu ratownictwa medycznego o transporcie pacjenta nie do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego, lecz do szpitala w którym znajduje się centrum urazowe albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w szczególności gdy znajduje się ona poza rejonem operacyjnym;
- decyzji wyżej wymienionej skutkującym czasowym brakiem zespołu ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym i obszarze działania (art. 3 pkt. 13 ustawy o PRM), a przez to pogorszenie zabezpieczenia obszaru działania zespołu ratownictwa medycznego, co w konsekwencji wpłynąć może na niezapewnienie realizacji parametrów czasów dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, o których mowa w art. 24 ustawy o PRM, w odniesieniu do innych osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- przekroczenia kompetencji poprzez podanie leków innych niż zawarte w wyżej wymienionych regulacjach prawnych;
- niepełnego rozpoznania wskazań lub ich braku do leczenia w ośrodku kardiologii interwencyjnej.

W myśl postanowień ustawy o PRM, zespoły ratownictwa medycznego mają każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zapewnić pomoc poprzez medyczne czynności ratunkowe (art. 1 i art. 3 pkt. 4 ustawy o PRM). Kierownik zespołu ratownictwa medycznego podejmuje decyzje o zastosowanych procedurach medycznych czynności ratunkowych na podstawie objawów chorobowych u danego pacjenta. W zespołach ratownictwa medycznego, możliwości wykonania badań diagnostycznych są ograniczone. Dlatego kierujący medycznymi czynnościami ratunkowymi nie ma możliwości dokładnego zdiagnozowania i stwierdzenia rozpoznania danego problemu zdrowotnego u pacjenta, gdyż nie ma możliwości zweryfikowania symptomów chorobowych stanowiących podstawę diagnostyki. Określenie „ewidentny zawał mięśnia serca” nie jest precyzyjnym określeniem funkcjonującym w terminologii medycznej. Proponuje, aby w przypadku pacjentów z symptomatologią ostrego zespołu wieńcowego używać definicji zgodnej np. z Komunikatem Ministra Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2009 roku w sprawie standardu kwalifikacji pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego, wypracowany przez zespół kardiologów na czele z prof. Grzegorzem Opolskim - Konsultantem Krajowym w dziedzinie kardiologii.

Proponowane rozwiązania organizacyjne, które w myśl obowiązujących regulacji prawnych mogą maksymalnie skrócić czas dotarcia pacjenta kwalifikującego się do podjęcia leczenia w ramach ośrodka wyspecjalizowanego w interwencyjnym leczeniu pacjentów z rozpoznanym ostrym zespołem wieńcowym to szybkie zabezpieczenie i zdiagnozowanie oraz kwalifikacja do leczenia inwazyjnego pacjentów z symptomami ostrego zespołu wieńcowego.

Dlatego:

- 1) w przypadku, gdy czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego nie przekracza czasu 15 minut od momentu przyjęcia zgłoszenia, kierowany powinien być specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego (z lekarzem systemu), który transportuje pacjenta bezpośrednio do szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej, po zdiagnozowaniu przez lekarza systemu u pacjenta ostrego zespołu wieńcowego, kwalifikującego się do leczenia inwazyjnego (art. 45 ust. 1 ustawy o PRM) lub transportuje pacjenta z symptomami ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, gdy lekarz systemu zespołu nie zakwalifikuje pacjenta do leczenia inwazyjnego (art. 44 ust. 1 ustawy o PRM);
- 2) w przypadku, gdy czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przekracza 15 minut od momentu zgłoszenia, a czas dotarcia najbliższego dla miejsca wezwania podstawowego zespołu ratownictwa medycznego jest krótszy niż czas dotarcia specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, podstawowy zespół ratownictwa medycznego powinien po przybyciu na miejsca wezwania:
 - a) zabezpieczyć pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego,
 - b) wykonać EKG (oraz transmisję zapisu 12-odprowadzeniowe EKG jeśli dostępna - w ramach współpracy do oddziałów wykonujących przezskórne interwencje wieńcowe - PCI i leczenie trombolityczne), Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
 - c) dokonać konsultacji zapisu EKG z lekarzem analizującym,

- d) przygotować pacjenta do przetransportowania przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego lub śmigłowiecowy zespół ratownictwa medycznego HEMS do szpitala, wybranego przez lekarza systemu danego zespołu. Celem przyspieszenia przekazania pacjenta do specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego lub śmigłowiecowego zespołu ratownictwa medycznego HEMS pacjent może być przetransportowany przez podstawowy zespół ratownictwa medycznego do miejsca lądowania śmigłowca HEMS lub miejsca przekazania pacjenta pod opiekę lekarza systemu ze specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. W przypadku zespołów ratownictwa medycznego to lekarz systemu powinien zabezpieczyć transport bez przenoszenia pacjenta pomiędzy ambulansami;
 - e) transportować pacjenta do ośrodka kardiologii interwencyjnej w przypadku gdy czas dotarcia do tego ośrodka jest krótszy lub porównywalny z transportem do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub przewidywany czas oczekiwania na zespół specjalistyczny lub HEMS wraz przekazaniem i transportem spowodowałby istotne opóźnienie podjęcia leczenia przyczynowego;
- 3) w przypadku, gdy czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego (specjalistycznego i podstawowego) do chorego z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego przekracza czas 15 minut od momentu zgłoszenia i czas przetransportowania osoby z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego od momentu zgłoszenia przekracza czas 30 minut od momentu zgłoszenia, powinno nastąpić wezwanie śmigłowiecowego zespołu ratownictwa medycznego HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z jednoczesnym wysłaniem najbliższego pod względem czasu dotarcia dla miejsca wezwania zespołu ratownictwa medycznego; w tym przypadku zespół ratownictwa medycznego powinien zabezpieczyć pacjenta do przetransportowania przez śmigłowiecowy zespół ratownictwa medycznego HEMS do szpitala wybranego przez lekarza systemu śmigłowiecowego zespołu ratownictwa medycznego;
 - 4) w przypadku, kiedy na miejsce wezwania do pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego został wysłany podstawowy zespół ratownictwa medycznego i nie jest możliwe szybkie wsparcie przetransportowania pacjenta przez zespół z lekarzem systemu: specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego lub śmigłowiecowy zespół ratownictwa medycznego HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; podstawowy zespół ratownictwa medycznego transportuje pacjenta do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, tego który jest wskazany przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (art. 44 ust. 1 ustawy o PRM);
 - 5) w przypadku przetransportowania pacjenta z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala, konieczne jest skrócenie pobytu pacjenta w tym szpitalu do koniecznego minimum (nie przekraczającego 90 minut od przybycia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta) wykonania niezbędnej dostępnej diagnostyki kwalifikującej pacjenta z ostrymi zespołami wieńcowymi do leczenia inwazyjnego (art. 33 ust. 1 ustawy o PRM);
 - 6) w szpitalu nieposiadającym potencjału medycznego do interwencji kardiologicznych, w przypadku zakwalifikowania pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym do leczenia inwazyjnego, ze szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć szpitala dokonuje się niezwłocznie



transportu pacjenta specjalistycznym zespołem transportu sanitarnego do szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej - pacjent powinien być dostarczony do jednostki kardiologii inwazyjnej w czasie nieprzekraczającym 120 minut od momentu przybycia zespołu ratownictwa medycznego do pacjenta (art. 33 ust. 2 ustawy o PRM);

- 7) specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, o którym mowa w pkt. 6 nie może być zespołem ratownictwa medycznego włączonym do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- 8) specjalistyczny zespół transportu sanitarnego, o którym mowa w pkt. 6 i 7 musi spełniać minimalne wymagania techniczne i jakościowe wynikające z obowiązującej normy PN-EN 1789 dla ambulansu typu C, czyli ambulansu drogowego skonstruowanego i wyposażonego do transportu, zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjenta podczas transportu, a także zapewniać możliwość podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych (art. 33. pkt. 2 ustawy o PRM);
- 9) celem zapewnienia zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjenta podczas transportu sanitarnego międzyszpitalnego zaleca się, aby w skład specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego, o którym mowa w ust. 6 - 8, wchodziły co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym:
 - a) lekarz specjalista posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty z następujących dziedzin medycyny: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii plastycznej, kardiologii, kardiologii, medycyny rodzinnej, medycyny sądowej, medycyny transportu, neurochirurgii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii, położnictwa i ginekologii, urologii,
 - b) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, albo pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, albo pielęgniarka posiadająca ukończony kurs specjalistyczny w zakresie resuscytacji krążeniowo - oddechowej,
 - c) ratownik medyczny posiadający prawo jazdy i spełniający warunki, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.).

Zespół ratownictwa medycznego włączony do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, zapewniający gotowość do udzielania medycznych czynności ratunkowych, nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych zakresach świadczeń, a w szczególności:

- 1) leczenia szpitalnego,

- 2) nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- 3) transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej,
- 4) transportu sanitarnego pacjenta po hospitalizacji do miejsca zamieszkania,
- 5) transportu sanitarnego neonatologicznego,
- 6) transportu sanitarnego międzyszpitalnego,
- 7) transportu sanitarnego wewnątrzszpitalnego,
- 8) transportu sanitarnego osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do i od szpitalnego oddziału ratunkowego z i do lądowiska śmigłowca ratunkowego.

Niedopuszczalna jest w sytuacji braku podstaw i odmienności interpretacji prawnych omawianych powyżej, jakkolwiek forma wywierania presji (np. konieczność sporządzania notatek z określeniem powodu dla którego pacjent nie został przewieziony bezpośrednio do ośrodka kardiologii interwencyjnej, utrudnianie przekazania pacjenta do szpitala - uzależniając od wykonania badań diagnostycznych, nie przyjmowanie pacjentów i wymuszanie do przetransportowaniach ich do innego szpitala lub szpitala posiadającego jednostkę organizacyjną wyspecjalizowaną do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii inwazyjnej, nakładanie kar finansowych) na członków podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, do podejmowania działań przekraczających kompetencje nadane w ustawie o PRM i ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2009 r. Nr. 151 poz. 1217).

Przedstawione zalecenia są zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczącego postępowania w ostrym zawałe serca z utrzymującym się uniesieniem odcinka ST, oraz wytycznymi dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia sercowego.

Zalecenia te w kwestii generalnych zasad dotyczących transportu pacjentów poza rejon operacyjny należy również odnieść do pacjentów transportowanych do centrów urazowych oraz pacjentów z objawami udaru niedokrwinnego lub krwotocznego.

Podejmując lokalne rozwiązania każdorazowo należy odnieść się do oczekiwanych korzyści i zagrożeń w podjęciu lub zaniechaniu działań mając na uwadze dobro pacjenta, bezpieczeństwo zespołu udzielającego medycznych czynności ratunkowych wraz ze zgodnością z obowiązującym prawem.

Poprzez uregulowania prawne konieczne jest wdrożenie standardów postępowania i wypracowanych wytycznych medycznych, w szczególności dotyczące leczenia pacjentów urazowych, leczenia zawału serca oraz postępowanie w udarze mózgu.

Mając na uwadze ciągły rozwój medycyny ratunkowej, metod diagnostycznych i terapeutycznych opinia ta odnosi się do aktualnej sytuacji prawnej i organizacyjnej jednostek ratownictwa medycznego.

Z poważaniem

Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Ratunkowego
mgr Marek Maślanka
ul. Szlak 61, 31-153 Kraków, tel. 123964109, fax. 123964181,
e-mail: m.maslanka@ptpr.org.pl

Wytyczne resuscytacji



Wytyczne resuscytacji 2010

Przedmowa

Polska Rada Resuscytacji (www.prc.krakow.pl) oddaje w Państwa ręce polski przekład Wytycznych resuscytacji 2010 Europejskiej Rady Resuscytacji (www.erc.edu), które zostały opu-

blikowane w języku angielskim 18 października 2010 roku. Już sam fakt, że ponad sześć miesięcy zajęło grono ekspertów Polskiej Rady Resuscytacji tłumaczenie tekstu, świadczy o wadze tego dokumentu i wielkiej pieczołowitości tłumaczy. W historii medycyny resuscytacji nie było dotychczas tak kompleksowo i zarazem szczegółowo opracowanych Wytycznych. Chciałbym podkreślić ich trzy ważne aspekty.



Po pierwsze: aktualne Wytyczne resuscytacji ERC są kontynuacją Wytycznych ERC z 2000 i 2005 roku i - jak poprzednie - kierowane są do ogółu społeczeństwa, w tym głównie do pracowników i menadżerów ochrony zdrowia, polityków, samorządowców, opiekunów dzieci i młodzieży, czyli do wszystkich tych, którym powinno szczególnie zależeć na poprawie przeżywalności w nagłym zatrzymaniu krążenia.

Po drugie: dzięki współczesnym możliwościom opracowania danych naukowych oraz unikalnemu i starannemu procesowi tworzenia Wytycznych 2010, z profesjonalnym uwzględnieniem konfliktu interesów, mamy do czynienia z dokumentem będącym wynikiem analizy wszystkich dostępnych i ważnych publikacji światowych dotyczących medycyny resuscytacji; w Wytycznych resuscytacji ERC 2010 cytowanych jest ponad 3400 pozycji piśmiennictwa. W wielu przypadkach przeczytanie cytowanych publikacji jest warunkiem prawidłowego zrozumienia tekstu Wytycznych. Szczególnie zachęcam Państwa do zapoznania się z wybranym piśmiennictwem!

Po trzecie: każdy z dziesięciu rozdziałów Wytycznych resuscytacji ERC 2010 jest wyjątkowy i specyficzny. Publikację otwiera Podsumowanie Komitetu Wykonawczego ERC, przedstawiające kompleksowo treść dalszych rozdziałów i najważniejsze publikacje uwzględnione w Wytycznych 2010. Rozdział Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz zastosowanie automatycznych defibrylatorów zewnętrznym (AED) przypomina nam, że podstawą sukcesu wyleczenia nagłego zatrzymania krążenia jest natychmiastowe podjęcie uciskania klatki piersiowej oraz wczesna defibrylacja. Elektroterapia stanowi najważniejszy ogniwo łańcucha przeżycia. Zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych to obszerny rozdział podkreślający wagę monitorowania efektywności resuscytacji za pomocą kapnografii i pulsoksymetrii. Wstępne leczenie ostrych zespołów wieńcowych powinno być prowadzone w oparciu o lokalny program z uwzględnieniem kardiologii inwazyjnej oraz doświadczonych ośrodków leczenia chorych po nagłym zatrzymaniu krążenia - o tym traktuje rozdział piąty. Rozdziały poświęcone resuscytacji dzieci i noworodków zawierają wiele istotnych nowości w porównaniu z ostatnim wydaniem Wytycznych, w odróżnieniu od rozdziału Sytuacje szczególne, w którym nie obserwujemy większych zmian w stosunku do Wytycznych 2005. Rozdział dziewiąty przedstawia aktualne zasady nauczania

resuscytacji realizowane przez Europejską i Polską Radę Resuscytacji, a ostatni, dziesiąty, zatytułowany "Etyka resuscytacji" oraz "Problemy końca życia", porusza zagadnienia będące zawsze istotnym tematem Wytycznych resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Polska Rada Resuscytacji obchodzi w tym roku 10-lecie istnienia, o czym przypomina nam plakat Prof. Mieczysława Górskiego widoczny na okładce Wytycznych resuscytacji ERC 2010, a zaprojektowany z okazji V Międzynarodowego Kongresu Polskiej Rady Resuscytacji (8-10 czerwca 2011).
Kraków, kwiecień 2011

Prof. dr hab. med. Janusz Andres
Prezes Polskiej Rady Resuscytacji
msanders@cyf-kr.edu.pl

Publikacja przygotowana przez Europejską Radę Resuscytacji (ERC) przy współpracy z Polską Radą Resuscytacji (PRR). Tekst tłumaczony przez Polską Radę Resuscytacji.

Wiedza i praktyka w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej To stale zmieniająca się dziedzina medycyny. W miarę rozwoju wiedzy oraz postępu w nauce i doświadczeniu klinicznym zmienia się w sposób ciągły również praktyka medyczna oraz sposób stosowania leków. Czytelnik Tego podręcznika jest zobowiązany do zapoznania się z aktualnymi wiadomościami na Temat przedstawionych sposobów postępowania i farmakoterapii ze szczególnym uwzględnieniem informacji producentów na temat dawek, czasu i drogi podawania oraz efektów ubocznych stosowanych leków. Na każdej z osób praktykujących medycynę resuscytacji spoczywa osobista odpowiedzialność za stosowane metody lecznicze, których użycie powinno być oparte na gruntownej wiedzy i umiejętnościach praktycznych z zachowaniem niezbędnych warunków bezpieczeństwa własnego i pacjenta. Wydawcy oraz redaktorzy niniejszego opracowania nie ponoszą odpowiedzialności za szkody, które mogłyby być w jakikolwiek sposób związane z materiałem zawartym w tej książce.

Bibliografia do wszystkich rozdziałów została w całości powtórzona za wydaniem oryginalnym. ■

Redaktor Naukowy Wydania Polskiego
Prof. dr hab. med. Janusz Andres



Warszawa, dnia 6 kwietnia 2011 r.
PTPZG/159/11

Szanowni Państwo,

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie mając na uwadze sytuację pielęgniarek w ochronie zdrowia przyjęło i przesyła w załączeniu stanowisko, które mamy nadzieję zwróci uwagę na konieczność zapewnienia pielęgniarkom, grupie zawodowej, której zadaniem jest dbanie o zdrowie innych, środowiska pracy umożliwiającego realizację tego ważnego zadania.

W ostatnim okresie bardzo wiele mówi się o naszej profesji, należy jednak mieć na uwadze, że bez zapewnienia realizacji podstawowych, ważnych dla człowieka wartości nie będzie możliwe nie tylko zatrzymanie osób, które pracują w tym zawodzie, ale i zachęcenie nowych kadr do samorealizacji w naszej profesji.

Wyłączenie przez rząd Polski w 2007 r. z Dyrektywy dotyczącej niektórych aspektów czasu pracy lekarzy i profesjonalistów ochrony zdrowia powoduje niekontrolowany czas pracy pielęgniarek co zagraża przede wszystkim pacjentom. W dalszej perspektywie także samym pielęgniarkom, których liczba w kolejnych latach drastycznie spadnie.

Mamy nadzieję, że Komisja Europejska zgodnie z zapowiedzią podejmie odpowiednie kroki, wobec tych krajów, które przyjęły Dyrektywę z wyłączeniem zagrażając tym samym bezpieczeństwu ich pracy.

Pochylenie się nad załączonym tekstem powinno skłonić do bardziej wrażliwego podejścia do szczególnej roli jaką pełnią w naszym społeczeństwie pielęgniarki, wykwalifikowane osoby niosące ulgę cierpiącym. ■

z poważaniem
Dorota Kilańska

STANOWISKO POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

w sprawie Działania organizacji pielęgniarskich na rzecz poprawy sytuacji społeczno-ekonomicznej pielęgniarek

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek (ICN) oraz Narodowe Towarzystwa Pielęgniarskie (NNAs) zabiegają o takie środowisko pracy, które jest bezpieczne oraz zachęca do perfekcjonizmu w pielęgniarskiej praktyce. Pielęgniarki mają prawo do praktyki w środowisku, które sprzyja jakości opieki i jednocześnie jest konkurencyjne, co do wynagrodzenia oraz w środowisku przyjaznym rodzinie, które promuje zawodowe bezpieczeństwo i zdrowie pracowników.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek popiera prawo pielęgniarek do zrzeszania się: mogą one należeć i działać w związkach, towarzystwach i organizacjach według ich własnego wyboru, bez dyskryminacji oraz wiktymizacji.

Praca personelu pielęgniarskiego oraz jej znaczenie dla życia, osobistego bezpieczeństwa i zdrowia osób pozostających pod jego opieką wymaga środków, które zachęcają do pełnego rozwoju i implementacji mechanizmów negocjacji pomiędzy pracodawcami i pielęgniarkami oraz ich reprezentantami. Pielęgniarki i ich pracodawcy powinni mieć dostęp do procedur formalnego wysłuchania skarg.

Powinny być stosowane zasady równego wynagrodzenia za pracę o porównywalnej wartości i kapitale. Zasady te powinny być wspierane przez neutralne pod względem płci kryteria klasyfikacji pracy i narzędzia ewaluacji wydajności, także poprzez niedyskryminujący dostęp do edukacji oraz możliwości promocji. Różnice w wynagrodzeniu personelu powinny odzwierciedlać wykształcenie, wiedzę, kompetencje, zakres odpowiedzialności, ryzyka i trudności związanych z warunkami pracy, ról i przypisanych zadań (np. niestandardowe godziny pracy, praca zmianowa). Wynagrodzenie pielęgniarek oraz warunki pracy powinny być określone w drodze konsultacji i porozumień zawartych z pielęgniarkami i/lub ich przedstawicielami.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie – zgodnie z zaleceniami Międzynarodowej Rady Pielęgniarek – realizuje oraz wspiera następujące działania:

- Tworzenie, promowanie i realizację programów, które pozwolą pielęgniarkom osiągnąć poziom ekonomiczny i społeczny uznany za współmierny do ich wkładu na rzecz społeczeństwa;
- Promocję możliwości zrównoważonego rozwoju i wsparcie możliwości kariery w pielęgniarstwie, włączając w to przedsiębiorczość;
- Definiowanie pracy pielęgniarskiej i uczestniczenie w rozwoju właściwych narzędzi oceny;
- Zagwarantowanie współmiernego uznania i nagrody za rozwój kompetencji i kontynuację edukacji;
- Rzecznictwo w sprawie pozytywnego środowiska praktyki w sektorze zdrowia, które wspiera i nagradza doskonałość;
- Zachęcanie pielęgniarek do uznania, ceniienia i propagowania swojej pracy, artykułowania znaczenia ich profes-

sjonalnego wkładu na rzecz dobrobytu jednostek, rodzin, wspólnot i społeczeństwa;

- Rozwijanie i zachowywanie mechanizmów, które wspierają prawa negocjacyjne pielęgniarek, zapewnienie ochrony przed wyzyskiem oraz równoważenie sprawiedliwości i kwestii dotyczących zatrudnienia;
- Wspieranie tworzenia możliwości przywództwa pielęgniarek w systemie opieki zdrowotnej;
- Tworzenie skutecznej sieci współpracy w celu wymiany informacji na temat związku między sprawami zawodowymi i pracowniczymi;
- Opracowywanie programów szkoleniowych, które odpowiednio przygotowują przedstawicieli towarzystwa, kierownictwa w pielęgniarstwie i pielęgniarki-pracowników do praktykowania różnych metod negocjacji dla rozwiązywania problemów związanych z zatrudnieniem;
- Promowanie mechanizmów, które zapewniają pielęgniarkom właściwe wynagrodzenie i realne emerytury biorąc pod uwagę ich warunki pracy i niestandardowe godziny pracy;
- Inicjowanie i wspieranie badań w celu wykrycia możliwych rozbieżności płac i promowanie weryfikacji wynagrodzenia;
- Lobowanie na rzecz legislacji i publicznej edukacji wspierającej sprawiedliwość wynagrodzeń;
- Zachęcanie rządu do ratyfikacji odpowiednich konwencji Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO), ich regularnego przeglądu i nowelizacji oraz monitorowania wdrażania ich zasad do praktyki;
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie realizuje ww. działania we współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, organizacjami pielęgniarskimi, a także szkołami wyższymi kształcącymi pielęgniarki.

Tło

Zdrowie narodu zależy od zdrowia jego obywateli, a w szczególności pracowników. Prawo dostępu do opieki zdrowotnej zostało uznane na arenie międzynarodowej i jest w znacznym stopniu uzależnione od dostępności odpowiedniej liczby wystarczająco wykształconego personelu medycznego oraz efektywnych strategii zatrzymania go w miejscu pracy.

Wolność zrzeszania się oraz prawo do negocjowania warunków zatrudnienia i pracy są uznane na arenie międzynarodowej przez Międzynarodową Organizację Pracy w dokumentach tj.: Deklaracja filadelfijska, konwencje MOP (np. 100, 111), a w szczególności Konwencja 149 dotycząca personelu pielęgniarskiego.

Obecne procedury odszkodowawcze opierają się często na czynnikach związanych z płcią, a nie na wartości pracy na rzecz społeczeństwa. Niedocenianie kluczowej roli pielęgniarek w dostarczaniu opieki zdrowotnej, połączone z ogólną dyskryminacją kobiet doprowadziło do nieadekwatnie niskich społecznoekonomicznych warunków życia wielu pielęgniarek. Istnieje coraz więcej doniesień o nieuzasadnionej dyskryminacji w ramach samego pielęgniarstwa. Pielęgniarski jednak, zakładając, że pełni kluczowe role na arenie politycznej, poszerzają zakres zawodowego oddziaływania. Wraz ze wzrostem dostępności danych i świadomości, zaczyna być wprowadzana polityka równych szans i praktyk.

Badania MOP wskazują, że 75% wszystkich klasyfikacji jest opartych na kryterium płci. Około połowa pracowników na świecie jest stereotypowo określana w zależności od dominacji w danej grupie zawodowej jednej płci – jako męska lub żeńska (jeśli dana płeć dominuje w grupie zawodowej przynajmniej w 80%) [International Labour Office. Geneva, 1997]. Mężczyźni (np. pielęgniarze) w zawodach zdominowanych przez kobiety mogą czuć się poszkodowani z powodu dyskryminacji związanej z płcią w taki sam sposób, jak ich koleżanki w zawodach zdominowanych przez mężczyzn.

„Nawet kraje z dobrymi osiągnięciami w zakresie promowania równości płci nadal borykają się z wysokim stopniem segregacji zawodowej. Dodatkowo, zawodom tzw. kobiecym przypisuje się często niższą wartość rynkową. Nawet w obszarach zdominowanych przez kobiety, jak edukacja czy ochrona zdrowia mężczyźni zwykle zajmują „bardziej wykwalifikowane”, „odpowiedzialne” i lepiej płatne stanowiska. Chociaż na skutek rozwoju metod ewaluacji stanowisk pracy wykazano, że wiele miejsc pracy zajmowanych przez kobiety w rzeczywistości wymaga poziomu umiejętności, odpowiedzialności i kompleksowości zbliżonego do stanowisk znacznie lepiej płatnych, zajmowanych przez mężczyzn” [International Labour Office. Geneva, 2002]. W Polsce, według danych GUS z 2008 roku średnia pensja pielęgniarki wynosi 3064,39 PLN brutto, natomiast pielęgniarka 2898,72 PLN brutto [Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2008, GUS 2010].

MOP przyznała, że względna wartość pracy i wynagrodzenia przypisana do określonego zawodu wciąż wydaje się być związana z przewagą kobiet w tym zawodzie. Badania pokazały, że stanowiska, na których dominują kobiety są wynagradzane średnio o 15% gorzej niż te, na których dominują

mężczyźni, mimo iż wymagają porównywalnego poziomu umiejętności, wysiłku i odpowiedzialności [MOP, 1992].

Ostatnie działania związane z ustaleniami dotyczącymi płac w zależności od stanowiska pracy przyniosły niewiele zmian. Historyczne nierówności ciągle istnieją i są bardzo powoli zmieniane. Różnice w wynagrodzeniu utrzymują się we wszystkich krajach od 10 do 30% [International Labour Office. Geneva, 2002].

Wiele systemów ewaluacji pracy jest opartych na kryteriach związanych z płcią i przegrywa w wycenie wartości pracy pielęgniarek i innych pracowników płci żeńskiej, utrwalając w ten sposób istniejące nierówności w płacach. Analizy potwierdzają, że wiele pielęgniarek jest nadal niedostatecznie wynagradzanych, ponieważ umiejętności i kompetencje w praktyce pielęgniarskiej nie były traktowane jako umiejętności czy kompetencje związane z wykonywaniem pracy, ale jako cechy nierozdzielnie związane z płcią. Dlatego tak istotne jest kontynuowanie badań związanych z definiowaniem natury pracy pielęgniarskiej oraz współpraca nad wypracowaniem odpowiednich narzędzi ewaluacji tej pracy.

Stanowisko ICN w sprawie: Socio-economic welfare of nurses (2009)

Warszawa, 28 marca 2011 r.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny
www.ptp.na1.pl

Al. Reymonta 8 lok. 12 tel. +48 22 663 63 45;
fax: + 48 22 398 18 51; email:
zgptpiel@gmail.com;

GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	wt i czw 15 ⁰⁰ -19 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

KALENDARIUM

od 01.04.2011 roku do 30.06.2011 roku

- 27.04.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Traktu Operacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 27.04.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Dziecięcej i Traumatologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 27.04.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano trzy wnioski.
- 27.04.2011r.** Przedstawiciel OIPIP uczestniczył w obradach VI zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 28.04.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 28.04.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 07.05.2011r.** Na Jasnej Górze w Kaplicy Matki Bożej odbyło się Poświęcenie Sztandaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 07.05.2011r.** Uroczyste otwarcie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 09.05.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 09.05.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Izby Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 17.05.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano cztery wnioski.
- 17.05.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 17.05.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystym otwarciu Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego dla wentylowanych mechanicznie w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym ul. PCK 1.
- 19.05.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w debacie dotyczącej problemów polskiego pielęgniarstwa, która odbyła się w siedzibie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.
- 26.05.2011r.** Przedstawiciel OIPIP uczestniczył w obradach VIII zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 04.06.2011r.** W Hali Polonia Odbyły się uroczyste obchody XX lecia istnienia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 13.06.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPIP w Jachrance.
- 14-16.06.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jachrance.
- 21.06.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się kolejne posiedzenie Komitetu Wyborczego wyborów delegatów VI kadencji. Członkowie Komitetu pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 21.06.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 21.06.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 30.06.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



14-15 października 2011r. Wrocław
Regionalne Centrum Turystyki Biznesowej
przy Hali Stulecia Fundacja Kobieta
i Natura zaprasza na:
IV Międzynarodowe Sympozjum
dla lekarzy i położnych:

Bezpieczny poród dla matki i dziecka

TEMATYKA SYMPOZJUM 14 października 2011r.:

- prof. Michel Odent (Francja): Naukowe spojrzenie na podstawowe potrzeby rodzających
- prof. Marian Gabryś: Nowy model kształcenia lekarzy i położnych szansą na poród fizjologiczny
- dr Preeti Agrawal: Bezpieczny poród dla matki i dziecka - ujęcie holistyczne
- prof. Anita Olejek: Jakich zmian potrzebują polskie porodówki i oddziały neonatologiczne aby zapewnić bezpieczeństwo podczas porodu
- dr Cristian Cirana-Raab (Włochy): Osteopatia w położnictwie, w oparciu o dowody naukowe
- dr Bening Mauger (Irlandia): Uzdrawiająca moc porodu - wpływ traumy narodzin na rozwój dziecka
- dr Marek Kuryłło (Niemcy): Nietrzymanie moczu i wypadanie macicy u kobiet w okresie rozrodczym i po jego ukończeniu
- dr Tajinder Kaur Deora (Anglia): Rola osteopatii w zapobieganiu i leczeniu powikłań okołoporodowych u noworodków
- mgr Magdalena Witkiewicz: Prawidłowe prowadzenie II okresu porodu - klucz do zapobiegania urazom okołoporodowym

WARSZTATY: 15 października 2011r.

1. Warsztat dla lekarzy i położnych prof. Michel Odent: Techniki odbierania porodów w pozycjach wertykalnych - porody pośladowkowe i nieprawidłowe wstawienie główki
2. Warsztat dla lekarzy i położnych dr Cristian Cirana Raab & dr Tajinder Kaur Deora
Zastosowanie osteopatii w położnictwie i neonatologii
3. Warsztat dla lekarzy i położnych dr Benig Mauger: Uzdrawiająca moc porodu
- warsztat z psychologii prenatalnej
4. Warsztat dla lekarzy
dr Marek Kuryłło: Optymalne postępowanie chirurgiczne przy wypadaniu macicy

zapisy oraz informacje o sympozjum
i warsztatach na stronie:

www.sympozjum.kobietainatura.pl ■

Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

KURSY SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. „Pielęgniarstwo chirurgiczne” - Termin: Lipiec 2011 r.

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” – Termin: II połowa 2011 r.
2. „Pielęgniarstwo zachowawcze” – Termin: II połowa 2011 r.

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” Nr 03/07- kurs dla pielęgniarek położnych – Termin: II połowa 2011 r.
2. „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” Nr 02/07 – kurs dla pielęgniarek i położnych – Termin: po zebraniu grupy 20 osób.
3. „Szczepienia ochronne” Nr 03/08 – kurs dla pielęgniarek – Termin: II połowa 2011 r.
4. „Szczepienia ochronne noworodków” Nr 04.08 – kurs dla położnych – Termin: II połowa 2011 r.
5. „Podstawy dializoterapii” Nr 08/07 – kurs dla pielęgniarek – Termin po zebraniu grupy 20 osób.

SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. „Zasady dezynfekcji i sterylizacji” – kurs dla pielęgniarek i położnych – Termin: po zebraniu grupy 20 osób
2. „Cewnikowanie pęcherz moczowego” – kurs dla pielęgniarek – Termin po zebraniu grupy 20 osób.
3. „Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego” – Termin: II połowa 2011 r.
4. „Badanie tętna płodu- zapis kardiotorakografii” – kurs dla położnych – Termin po zebraniu grupy 15 osób.

SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. „I pomoc w stanach zagrożenia życia” –Termin: po zebraniu grupy 20 osób
2. „Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków” Termin: II połowa 2011 r.
3. „Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę” – Termin: 01.07.2011 r.
4. „Komunikacja interpersonalna, mobbing i dyskryminacja oraz radzenie sobie ze stresem” – Termin: 04.07.2011 r.

Ponadto w swojej ofercie OIPIp w Częstochowie posiada kursy:

1. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej.
2. Leczenie ran kurs dla pielęgniarek.

3. Leczenie ran kurs dla położnych.
Kursy mogą się odbyć po zebraniu grupy 20 – 25 osób

Planuje się również uruchomienie kursów:

1. Kwalifikacyjnego – „Pielęgniarstwo chirurgiczne”
2. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych.
3. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych.
4. Kurs Kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo onkologiczne” ■

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NIPiP/NRPIP/DM/0055/65/I 1
Warszawa, 31 marca 2011 r.

Pan
Władysław Puzoń
Dyrektor Departamentu Prawnego
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Dyrektorze,
W związku z pojawiającymi się wątpliwościami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych dotyczącymi regulacji prawnych normujących kwestię pełnienia tzw. „dyżuru pod telefonem”, zwracam się uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie prawne.

Czy przepisy ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) w części dotyczącej czasu pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej (Dział I rozdział 4 ustawy) stanowią przepisy szczególne w rozumieniu art. 9 § 1 Kodeksu pracy i w związku z powyższym nie należy stosować uzupełniająco art. 151 Kodeksu pracy? Czy też w przypadku pracowników medycznych (w tym pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych), nie posiadających wykształcenia wyższego możliwe jest zobowiązanie ich przez pracodawcę do pełnienia dyżuru „zwykłego” pod telefonem? ■

Z poważaniem
Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

Warszawa, dnia 11 maja 2011r

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Prawny
MZ-PR-WP-024-26716-3/MN/11

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78. lok. 10
02-757 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 11 kwietnia 2011 r. znak: NIPiP/NRPIP/DM/0055/65/11 w sprawie „dyżuru pod telefonem”, po uzyskaniu stanowiska departamentu merytorycznego właściwego w sprawie, uprzejmie wyjaśniam co następuje.

Zgodnie z art. 5 Kodeksu Pracy, jeżeli stosunek pracy określonej kategorii pracowników regulują przepisy szczególne, przepisy kodeksu stosuje się w zakresie nie uregulowanym tymi przepisami. Art. 32 k ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.) - dalej zwana: „ustawą o zoz”. reguluje jedynie kwestie możliwości zobowiązania do pozostawiania poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. „dyżuru pod telefonem”). Dopuścić zatem należy możliwość pozostawiania przez pracownika poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę poza normalnymi godzinami pracy, wynikającą z art. 151 Kodeksu pracy, gdy gotowość do pracy w tym trybie wykonywanej nie będzie gotowością do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zaznaczyć przy tym należy, iż w przepisie art. 151 Kodeksu pracy nie ma ograniczenia stosowania do pewnego zakresu podmiotów, uznać zatem można, że pracodawca może zobowiązać do pełnienia dyżuru zarówno osoby posiadające wyższe wykształcenie, wykonujące zawód medyczny, jak i pozostałych pracowników zakładu opieki zdrowotnej. Jednakże, dyżur taki może być przez nich wykonywany tylko w zakresie pozostawiania w gotowości do podjęcia czynności administracyjnych, organizacyjnych bądź gospodarczych, w każdym razie nie udzielania świadczeń przepisu art 32 k ustawy o z.o.z. polegające na zobowiązaniu pracownika posiadającego wyższe wykształcenie oraz wykonującego zawód medyczny. Należy zatem rozróżnić te zakresy obowiązków tak, aby nie pozbawiać pracownika pełniącego dyżur wynagrodzenia za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, które mu przysługują na podstawie art. 32 k ust. 2 ustawy o zoz. Takie rozgraniczenie, powinno opierać się na ustaleniu rzeczywistych oczekiwań pracodawcy, który zobowiązuje pracownika do pozostawiania poza zakładem opieki zdrowotnej w gotowości do świadczenia pracy. Jeżeli zatem pracownik posiadający wyższe wykształcenie, wykonujący zawód medyczny pełni w domu „dyżur pod telefonem” z powodu uznania przez pracodawcę istnienia takiej potrzeby tylko w zakresie pełnienia czynności administracyjnych, czy organizacyjnych, dyżur przez niego pełniony nie będzie skutkował uzyskaniem prawa do czasu wolnego bądź wynagrodzenia. ■

Dyrektor Departamentu Prawnego
Władysław Puzoń
radca prawny

„Gdy
umiera ktoś bliski, często żałujemy, że nie zdążyliśmy mu
czegoś powiedzieć, że nie byliśmy dla niego lepsi.”

*Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...*

Wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci

Matki

Pani Zofii Mermer
Składają Pielęgniarki i Położne SP ZOZ
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Częstochowie
oraz
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

*"Czasami brak słów...,
czasami brak łez..."*

Drogiej Koleżance Jadwidze Wolnej
wyrazy współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają Pielęgniarki
Szpitala Rejonowego
w Krzepicach

XX-lecie Samorządu PiP



XX-lecie Samorządu PiP

