

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



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

Recepta



Pacjent **Premier Rządu RP, Rada Ministrów RP, Posłowie RP i Senatorowie RP**

W świetle najnowszych prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już za niespełna 5 lat, my Polacy zostaniemy pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Z roku na rok zmniejsza się liczba pielęgniarek i położnych w Polsce. Jako obywatel Polski jestem bardzo zaniepokojony/a tą sytuacją.

## Statystyki

- 2015 r.:**
- średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce: **48 lat**
  - liczba pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w Polsce: **5,4**
  - liczba pielęgniarek i położnych w UE na 1000 mieszkańców: **9,8**

- 2022 r.:**
- średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce: **50 lat**
  - liczba pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w Polsce: **4,0**
  - liczba pielęgniarek i położnych w Polsce **zmniejszy się o 54 tys.**

W wyniku wieloletnich zaniedbań oraz braku polityki rządu Rzeczypospolitej Polskiej wobec tych zawodów pojawiło się realne zagrożenie pozbawienia opieki pielęgniarskiej i położniczej w środowisku szpitalnym, domowym, środowisku nauczania i wychowania oraz w środowisku pracy. Taka sytuacja doprowadzi do odebrania nam, pacjentom ustawowo zagwarantowanych świadczeń zdrowotnych. Bez opieki pielęgniarek i położnych nasze życie i zdrowie jest zagrożone.

W trosce o swoje zdrowie, ale przede wszystkim o zdrowie moich najbliższych apeluję do Państwa o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania i wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.



11440000000023000000248

PESEL/ e-mail

Imię i nazwisko

Zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 1997 nr 133 poz. 883) niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imienia, nazwiska, adresu poczty elektronicznej) w celu przygotowania petycji w ramach akcji "Ostatni Dyżur". Udziałem w tej akcji, że: (i) administratorem moich danych osobowych jest Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie przy ul. Pory 78, lok. 10, 02-757 Warszawa, (ii) posiadam prawo dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, (iii) podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, (iv) moje dane osobowe, wraz z przygotowaną petycją, mogą zostać przekazane wybranym organom władzy publicznej, w tym m. in.: Kancelarii Sejmu Rzeczypospolitej, Kancelarii Senatu Rzeczypospolitej, Ministerstwu Zdrowia Rzeczypospolitej.



## Ostatni Dyżur

**Za 5 lat zabraknie  
pielęgniarek  
i położnych  
w Polsce**

Razem zawalczy  
o nasze zdrowie  
i życie!

Podpisz receptę na  
**[www.ostatnidyzur.pl](http://www.ostatnidyzur.pl)**

Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

**Sierpień 2015r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

# Pogrzeb Pani Franciszki Pinis 100 letniej Pielęgniarki

Częstochowa, dnia 16 lipca 2015 roku



## W NUMERZE:

Ostatni dyżur	1
Ministerstwo Zdrowia	2
NIPiP	11
Prace autorskie	14
OIPiP	16
Informacje	18
Podziękowania	23
Kondolencje	24

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

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)  
z dnia 17 lutego 1993r.

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

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18  
503-008-946  
sekretariat@oipip.czest.pl

[www.oipip.czest.pl](http://www.oipip.czest.pl)

**Ośrodek szkoleniowy:**  
tel. 519 86 21 86  
szkolenia@oipip.czest.pl

MILLENNIUM 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

#### Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

**Skład i druk:**

„BiRaKo”

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



# Ostatni Dyżur

## Kampania Społeczna „Ostatni dyżur”

Szanowni Państwo,  
Ogólnopolska Kampania Społeczna pt. „Ostatni dyżur” jest kampanią Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, której celem jest poinformowanie Polaków o ogromnym zagrożeniu społecznym. W świetle najnowszych prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych już za niespełna 5 lat Polacy zostaną pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Z roku na rok zmniejsza się liczba pielęgniarek i położnych w Polsce.

Głównym założeniem kampanii jest zebranie podpisów pod petycją (Receptą) kierowaną do polskich decydentów o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania, a także wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne.

Ogólnopolska Kampania Społeczna pt. „Ostatni dyżur” uroczyście rozpoczęła się w dniu 27 czerwca 2015 roku o godzinie 11.00 konferencją prasową w Hotelu Gromada Centrum w Warszawie.

W konferencji prasowej brali udział Przewodniczący Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych, Członkowie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczące Organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz zaproszeni goście.

W trakcie konferencji przedstawiono Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt. „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”, który obrazuje aktualny stan populacji pielęgniarek i położnych oraz

przedstawia zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie i położnicze w Polsce, a także porównuje ww. dane na tle krajów Unii Europejskiej.

Odbędzie się również projekcja krótkich spotów, przybliżenie kampanii mediom oraz zaprezentowanie problemów dotyczących pielęgniarki i położne.

Działania kampanii oraz zbieranie petycji odbywa się w całej Polsce. Na najbliższe tygodnie zaplanowany jest cykl konferencji „Ostatni dyżur”, który będzie okazją do promowania kampanii w regionach. W wydarzeniach regionalnych wezmą również udział politycy, do których to kierowana jest petycja.

„Ostatni dyżur” to pierwsza kampania społeczna w Europie, a druga na świecie, która wykorzystwała najnowszą technologię wirtualnej rzeczywistości. Na potrzeby projektu powstał spot, przedstawiający codzienność pielęgniarek i położnych w technologii VR (spot interaktywny 3D). Dzięki tej technologii można stać się na chwilę pielęgniarką lub położną, zobaczyć jak ciężka i potrzebna jest nasza praca, a właściwie opieka nad pacjentami.

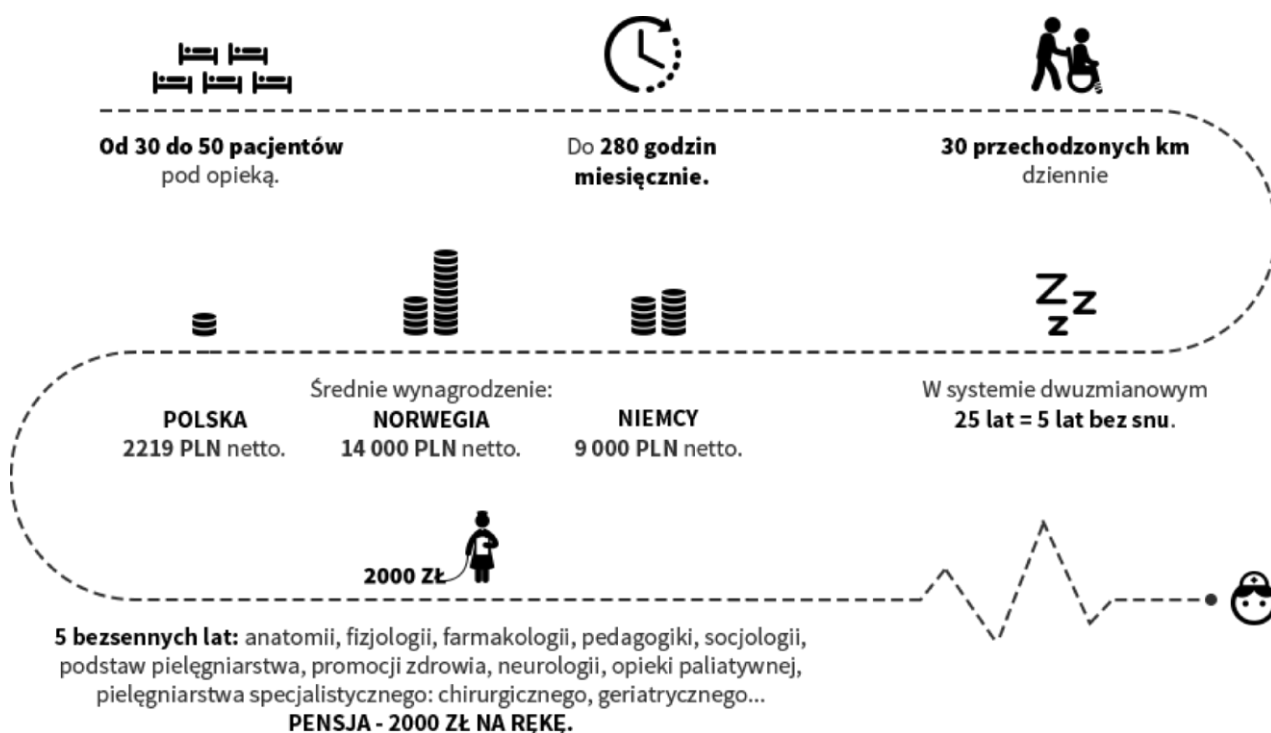
Informacje o kampanii dostępne są na stronie internetowej: [www.ostatnidyzur.pl](http://www.ostatnidyzur.pl). Tam również znajduje się Recepta, którą można podpisać on-line lub wydrukować i podpisaną przesłać na adres Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z dopiskiem „Recepta”.

Działamy również na Facebooku oraz Twitterze, tam można śledzić przebieg kampanii i włączyć się do akcji udostępniając stronę do znajomych, rodziny.

Ostatni dyżur to kampania nas wszystkich - polskich obywateli. W trosce o nasze zdrowie i życie powinniśmy zaważać o zapewnienie nam wszystkim podstawowej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Niebezpieczeństwo pustych szpitali, hospicjów bez pielęgniarek i położnych jest już blisko - nie możemy pozostawać obojętni. Dlatego zachęcam wszystkich do włączenia się do naszej akcji i podpisywania recept. ■

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

Codziennosc pielęgniarki w liczbach



## **Stanowisko**

### **Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie** z dnia 10 sierpnia 2015 r.

Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Częstochowie wyraża swoje poparcie dla akcji zainicjowanej przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych pod nazwą „Ostatni dyżur”.

Samorząd lekarski, podobnie jak samorząd pielęgniarek i położnych, świadomy zagrożeń dla systemu ochrony zdrowia w Polsce z powodu ciągle zmniejszającej się liczby lekarzy oraz personelu medycznego w przeliczeniu na jednego mieszkańca w porównaniu z krajami Unii Europejskiej, od lat apeluje o podjęcie działań zmierzających do poprawy sytuacji. Jednym z narzędzi poprawy kondycji systemu ochrony zdrowia jest przywrócenie zawodom lekarza, lekarza dentysty oraz pielęgniarki i położnej prestiżu, by stały się one na powrót zawodami prawdziwego zaufania publicznego. Do osiągnięcia tego celu konieczne są zmiany, gwarantujące osobom wykonującym te zawody odpowiednie warunki pracy oraz wynagrodzenie, zapewniające godziwe życie i możliwość podnoszenia kwalifikacji. Tylko takie działania mogą zatrzymać odpływ wykwalifikowanej kadry systemu ochrony zdrowia z kraju. ■

Sekretarz  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Częstochowie  
dr n. med. Małgorzata Klimza

Prezes  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
w Częstochowie  
Zbigniew Brzezina



## **Ministerstwo Zdrowia**

### **Ministerstwo Zdrowia**

Departament Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca/Przewodniczący  
Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych  
wg rozdzielnika

Szanowni Państwo!

Departament Pielęgniarek i Położnych przypomina, że zgodnie z przepisem art. 67 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.), do dnia 31 grudnia 2015 r. szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Po tym czasie, pielęgniarki i położne, które nie ukończą wymaganego kursu, nie będą mogły wykonywać szczepień ochronnych.

Mając na uwadze powyższe regulacje, Departament zwraca się z prośbą o przekazanie informacji pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód na terenie działania Państwa okręgowych izb pielęgniarek i położnych o konieczności uzupełnienia kwalifikacji uprawniających do prowadzenia szczepień ochronnych, osobom które nie posiadają wymaganych kwalifikacji, a w ramach kompetencji wykonują to zadanie. Jednocześnie Departament przekazuje Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych od osób przeprowadzających szczepienia ochronne po dniu 31 grudnia 2015 roku. ■

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

Warszawa, dnia 24 czerwca 2015 r.

Stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego  
w sprawie kwalifikacji zawodowych wymaganych  
od osób przeprowadzających szczepienia ochronne  
po dniu 31 grudnia 2015 roku

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

W § 6 tego rozporządzenia wskazano, że obowiązkowe szczepienia ochronne mogą przeprowadzać osoby, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego określony na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej obejmował problematykę szczepień ochronnych. Jednocześnie przepis przejściowy zawarty w art. 67 pkt 3 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. umożliwia do dnia 31 grudnia 2015 roku wykonywanie szczepień ochronnych przez lekarzy lub felczerów pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nieposiadających tak określonych kwalifikacji zawodowych, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Tym samym z dniem 1 stycznia 2016 roku szczepienia ochronne mogą być wykonywane jedynie przez lekarzy lub felczerów oraz pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, którzy posiadają kwalifikacje zawodowe określone w ww. rozporządzeniu.

Zawarte w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u l. przepisy określające wymóg posiadania przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odpowiednich i potwierdzonych stosownymi dokumentami kwalifikacji zawodowych uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego i specjalizacji nie określają jednakże szczegółowo rodzaju kursów i szkoleń lub specjalizacji wymaganych od osób wykonujących szczepienia lecz w tym zakresie w całości odsyłają do regulacji dotyczących uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz pielęgniarki i położne zawartych w przepisach ustawy dnia 5 grudnia 1996 r. o zwodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

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

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

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

Kompetencje do wyrażania opinii i rozstrzygania w tym zakresie posiadają bowiem wyłącznie odpowiednie organy samorządów zawodowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych.

W art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. z 2015 r. poz. 65 I) wśród zadań samorządu lekarzy zostały bowiem wymienione jego następujące zadania: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu, przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych osób będących obywatelami Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu.

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

Odrębną kwestią jest wskazanie właściwego sposobu postępowania organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku stwierdzenia (lub podejrzenia), że szczepienia ochronne są wykonywane przez osobę nieposiadającą niezbędnych wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych uprawniających do ich wykonywania (lub nieposiadającą dokumentów potwierdzających uzyskanie stosownych uprawnień), co zgodnie z art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny. Należy zauważyć, że przepis art. 54 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. w tym zakresie w całości odsyła do regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia

(Dz.U. z 2013 r. poz. 395, z późn.zm.), której przepisy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji w zakresie nakładania grzywien w drodze mandatu karnego lub występowania przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego w związku z wykroczeniem wymienionym w art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. Tym samym w przypadku podejrzenia, że szczepienia są wykonywane przez osoby nieposiadające wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych doniesienia w tej sprawie należy wnosić do organów ścigania lub do odpowiednich organów odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych. ■

## Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani

Halina Synakiewicz

Przewodnicząca

Okręgowej Rady Pielęgniarek

i Położnych w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca

W odpowiedzi na apele i stanowiska podjęte na V Okręgowym Zjeździe VI Kadencji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, przesłane przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów, Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje w załączeniu Stanowisko dotyczące apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie wprowadzenia zmian systemowych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Jednocześnie Departament uprzejmie informuje, że przedmiotowe Stanowisko zostało umieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia:

[www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-iksztalcenie/pielegniarki-i-polozne/o-zawodzie-pielegniarek-i-poloznym/samorzadz-zawodowy-pielegniarek-i-poloznym/stanowiska-dotyczace-apeli-okregowych-izb-pielegniarek-i-poloznym](http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/kadra-medyczna-iksztalcenie/pielegniarki-i-polozne/o-zawodzie-pielegniarek-i-poloznym/samorzadz-zawodowy-pielegniarek-i-poloznym/stanowiska-dotyczace-apeli-okregowych-izb-pielegniarek-i-poloznym)

z poważaniem

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

## Ministerstwo Zdrowia

19.09.2014r

Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz akty wykonawcze do tej ustawy. Warunki realizacji świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480).

Natomiast warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej określają

zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wydane w związku z art. 102 ust. 5 pkt. 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt. 1 i 3 ww. ustawy. W odniesieniu do świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej stosuje się zarządzenie Nr 87/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Zgodnie z art. 132 ww. ustawy, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie, a zatem w trybie konkursu ofert lub rokowań (art. 139 ust. 1 tej ustawy).

Przeprowadzanie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, zgodnie z przepisem art. 107 ust. 5 pkt 8 i 10 ww. ustawy.

Ponadto, w myśl przepisu zawartego w art. 136 ww. ustawy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa m.in. rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Proces kontraktowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia poddawany jest szczególnemu administracyjno-prawnemu nadzorowi. Zgodnie z art. 152 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługują środki odwoławcze i skarga na zasadach określonych w art. 153 i 154 ww. ustawy. Przepis art. 153 umożliwia oferentowi w toku postępowania złożenie protestu do komisji, natomiast art. 154 umożliwia wniesienie do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, po którym dyrektor wydaje decyzję administracyjną. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oferentowi przysługuje wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy, a w dalszej kolejności – skarga do sądu administracyjnego.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej zagwarantowania podmiotom pielęgnarskim zawarcia umowy na świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, należy wskazać, że stosownie do przepisu art. 134 ust. 1 ww. ustawy, Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców (zarówno dużych jak i małych), ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

W odniesieniu do zwiększenia nakładów finansowych na świadczenia pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej, jako znaczących profesjonalistów w systemie opieki nad ludźmi przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, stosownie do art. 142 ust. 6 pkt. 2 lub art. 143 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, cena za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, jest ustalana w trakcie negocjacji zgodnie z trybem konkursu ofert lub rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Środki finansowe, którymi dysponuje NFZ są ograniczone, pochodzą ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Wobec powyższego NFZ w każdej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określa maksymalną kwotę zobowiązania wobec świadczeniodawcy, a suma wszystkich kwot zobowiązań wobec realizatorów danego rodzaju świadczeń, zgodnie z przepisem art. 132 ust. 5 ww. ustawy, nie może przekroczyć wysokości środków finansowych przeznaczonych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Warunek ten jest konsekwencją zawartej w art. 118 ust. 1 ww. ustawy, zasady gospodarowania Funduszu, opartej na zrównoważonym w zakresie przychodów i kosztów planie finansowym Funduszu.

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia odnosząc się do stwierdzenia delegatów XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, że „dotychczasowe stawki za osobodzień w pielęgnarskiej opiece długoterminowej są niewystarczające i uniemożliwiają pielęgniarkę utrzymanie się na rynku świadczeń zdrowotnych”, wskazała, że jednostką rozliczeniową przedmiotowych świadczeń jest uśredniona, zryczałtowana cena za osobodzień. Oznacza to, że zarówno za pacjentów ciężko chorych, wymagających większych nakładów finansowych, jak również za pacjentów będących w łżejszym stanie zdrowia, którzy nie wymagają wysokich nakładów finansowych, płacono jest jednakowa cena za osobodzień.

Ponadto, proponowane przez świadczeniodawców ceny za osobodzień w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej, którzy zostali wybrani w postępowaniach konkursowych na realizację przedmiotowych świadczeń w I poł. 2014 r., wynosiły od 16 zł do 28 zł.

W odniesieniu do stwierdzenia, że „Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził katalog świadczeń, który ogranicza samodzielność zawodową pielęgniarek”, wskazując, że Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia odnosząc się do „Karty czynności wykonywanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej”, określonej w załączniku nr 8 do zarządzenia Nr 87/2013/DSOZ, wskazała, że ww. Karta została wprowadzona ze względów statystycznych – Fundusz na podstawie tej Karty pozyskiwał dane o rodzaju świadczeń najczęściej wykonywanych przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej. Dane te są gromadzone od 2010 roku.

W związku ze zgłaszanymi zastrzeżeniami do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w szczególności do świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej - Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia podjęło działania wspierające postulaty środowiska pielęgnarskiego. W tym celu w Ministerstwie Zdrowia i w Narodowym Funduszu Zdrowia odbyły się spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz przedstawicielami świadczeniodawców realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

W wyniku podjętych działań, Centrala NFZ została zobowiązana do opracowania projektu zarządzenia zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Zasadniczą zmianą zaproponowaną w ww. projekcie zarządzenia Prezesa NFZ w odniesieniu do pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej jest:

- rezygnacja z Karty czynności wykonywanych przez pielęgniarkę opieki długoterminowej domowej,
- podniesienie wskaźnika za osobodzień w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod tym samym adresem zamieszkania z 0,4 do 0,5.

Przepisy projektowanego zarządzenia mają mieć zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od dnia 1 stycznia 2015 r.

Podsumowując powyższe, wyrażam nadzieję, że zmiany zawarte w projekcie zarządzenia wpłyną na poprawę warunków udzielania świadczeń w tym zakresie. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Aleksander Sopliński

## Ministerstwo Zdrowia

27.05.2015r

Stanowisko dotyczące stanowiska nr 4 podjętego na XXIX Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Chełmie z dnia 21 marca 2015 r. w sprawie podjęcia inicjatywy ustawodawczej

W związku z sygnalizowanymi przez środowisko pielęgniarek i położnych skutkami wynikającymi ze stosowania art. 97 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Ministerstwo Zdrowia podjęło prace legislacyjne w zakresie zmiany art. 97 ww. ustawy.

Jednocześnie, zostało przygotowane stanowisko z dnia 13 marca 2015 r. w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej dotyczące ww. przepisu ustawy, które zostało ogłoszone na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz przekazane Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych i okręgowym izbom pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z powyższym stanowiskiem, art. 97 ww. ustawy spowodował, że pielęgniarki i położne, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej przed dniem 1 stycznia 2015 roku oraz nie złożyły w tym terminie stosownego wniosku do właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o uzyskanie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, nie mogą już ubiegać się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu.

W związku z powyższym osoby, którym prawo wykonywania zawodu wygasło muszą spełnić wszystkie przesłanki określone w art. 28 albo 31 ww. ustawy, w tym również przesłankę uzyskania odpowiedniego, określonego w tym przepisie wykształcenia.

Do dnia 1 stycznia 2015 r. wymóg w zakresie wykształcenia określony w art. 28 i 31 ww. ustawy był zastąpiony wymogiem ukończenia liceum medycznego lub szkoły policealnej albo szkoły pomaturalnej kształcącej w zawodzie pielęgniarki albo ukończenia szkoły policealnej albo szkoły pomaturalnej kształcącej w zawodzie położnej. Szkołą pielęgniarską w rozumieniu art. 52 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie studiów pierwszego stopnia, a szkołą położnych w rozumieniu art. 53 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy jest uczelnia prowadząca kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie studiów pierwszego stopnia.

W związku z wymogami określonymi w powyższych przepisach, osoby objęte normą art. 97 ww. ustawy, które nigdy nie wykonywały zawodu pielęgniarki i położnej, a zamierzają podjąć po raz pierwszy pracę w tym zawodzie, powinny podnieść swój posiadany poziom wykształcenia do poziomu studiów pierwszego stopnia. W tym celu, po dniu 1 stycznia 2015r. muszą uzupełnić wykształcenie poprzez ukończenie tzw.

studiów pomostowych, czyli studiów przeznaczonych dla pielęgniarek, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki oraz studiów przeznaczonych dla położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie położnej, prowadzonych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych warunków prowadzenia studiów dla pielęgniarek i położnych, które posiadają świadectwo dojrzałości i ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. poz. 770).

Przepis art. 97 ww. ustawy nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które uzyskały zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu na podstawie przepisów obowiązujących przed uchwaleniem ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217, z późn. zm.), ale w związku z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, nie wymieniły zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu wydanego na podstawie przepisów obowiązujących przed dniem 28 grudnia 1999r., według ustalonego wzoru, zgodnie z art. 12 ust. 2 tej ustawy, w terminie do dnia 31 grudnia 2001 r. (przez co zaświadczenie to, po upływie tego terminu utraciło moc).

W opinii Ministerstwa Zdrowia osoby te posiadają prawo wykonywania zawodu, ponieważ moc utraciły wyłącznie zaświadczenia i nie wydano tym osobom nowych zaświadczeń. Natomiast prawa tych osób nie zostały w żaden sposób wygaszone. Osoby, które wykonywały zawód pielęgniarki i położnej lub wykonują go na podstawie nieważnych zaświadczeń powinny wymienić zaświadczenia na obowiązujące. Sytuację osób z nieważnymi zaświadczeniami reguluje art. 91 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, który wskazuje, że osoby które w dniu wejścia w życie ustawy posiadają stwierdzone albo przyznane prawo wykonywania zawodu, zachowują to prawo. Osoby posiadające nieważne zaświadczenia miały już przyznane albo stwierdzone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. ■

/-/ Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Cezary Cieślukowski

## Ministerstwo Zdrowia

03.09.2014

Stanowisko dotyczące Apelu Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie ustawowego zagwarantowania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla pielęgniarek i położnych na poziomie średniej krajowej

Ustalenie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę jest obowiązkiem państwa wynikającym z art. 65 ust. 4 Konstytucji RP oraz art. 10 i 13 Kodeksu pracy. Realizacja przedmiotowego obowiązku została wpisana do ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. Nr 200, poz. 1679, z późn. zm.), której przepisy przewidują coroczne ustalanie płacy minimalnej. Przywołana ustawa nakazuje, aby przeciętna wysokość minimalnego wynagrodzenia na dany rok wzrastała w stopniu nie niższym niż prognozowany na dany rok wskaźnik cen (art. 5 ust. 1 powołanej ustawy). Ustawodawca w art. 6 tejże ustawy wyraźnie wskazuje, iż wysokość wynagrodzenia pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy nie może więc być niższa od wysokości minimalnego wynagrodzenia

ustalonego w trybie art. 2 i 4 ustawy. W związku z powyższym postanowienia umów i aktów sprzeczne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami są nie ważne, zamiast nich stosuje się odpowiednie przepisy prawa pracy (art. 18 § 2 Kodeksu pracy).

Należy też nadmienić, iż przepisy ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę mają zastosowanie do wszystkich pracowników niezależnie od wykonywanego zawodu i miejsca wykonywania pracy zatrudnianych zarówno przez pracodawcę publicznego jak i prywatnego. W ustawie ustalono kwotowo wyjściowe wynagrodzenie minimalne oraz zasady ustalenia wynagrodzenia minimalnego, przewidując m.in., że nie wszyscy muszą mieć jednakowe minimalne wynagrodzenie. Może ono, bowiem być zróżnicowane ze względu na staż pracy czy czas pracy. W myśl art. 6 ust. 2 wysokość wynagrodzenia pracownika w okresie jego pierwszego roku pracy, nie może być niższa niż 80 % wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę. Jeżeli pracownik jest zatrudniony w niepełnym miesięcznym wymiarze czasu pracy, wysokość minimalnego wynagrodzenia ustala się w kwocie proporcjonalnej do liczby godzin pracy przypadającej do przepracowania przez pracownika w danym miesiącu, biorąc za podstawę wysokość minimalnego wynagrodzenia ustalonego na podstawie niniejszej ustawy.

Podnoszony więc w Apelach postulat ustalenia zagwarantowania minimalnego wynagrodzenia za pracę dla pielęgniarek i położnych niezależnie od miejsca pracy, wydaje się niemożliwy do zrealizowania. Należy mieć bowiem na względzie przepis art. 183c Kp, który wskazuje, iż pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Równocześnie przepis ten definiuje pojęcie prac o jednakowej wartości. Są to prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku. Zatrudnianie poszczególnych pracowników w ramach określonej grupy zawodowej na stanowiska należące do różnych kategorii zaszerzegowania powinno więc łączyć się z właściwym dla danego stanowiska zakresem czynności różniących te stanowiska. Pozwoli to na ustalenie wynagrodzenia w wysokości odpowiadającej posiadanym przez pracownika kwalifikacjom i rodzajowi wykonywanej pracy.

Należy też wskazać, iż podmioty lecznicze prowadzą samodzielną gospodarkę finansową, w związku z tym Minister Zdrowia nie ma wpływu na ustalenie wysokości wynagrodzeń pracowników tych jednostek. Uprawnienia w powyższym zakresie Minister Zdrowia posiada jedynie w stosunku do jednostek funkcjonujących w formie jednostek lub podmiotów budżetowych oraz osób, których wynagrodzenie lub ich część finansowana jest z budżetu państwa.

W związku z tym kierownik podmiotu, który posiada uprawnienia w zakresie kształtowania poziomu wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, ustalając poszczególnym pracownikom wysokość wynagrodzenia winien mieć na względzie zasady prawa pracy, jak również normy wynikające z obecnie obowiązujących przepisów prawa w tym dotyczące płacy minimalnej.

Ponadto wydaje się, iż nie jest celowym różnicowanie wynagrodzenia minimalnego pracowników ochrony zdrowia, lecz poszukiwanie innych metod i instrumentów zaradzenia problemom związanym z sytuacją pracowników tego sektora.

W związku z powyższym Minister Zdrowia na przestrzeni kilkunastu lat podejmował działania zmierzające do wprowadzenia do systemu dodatkowych środków finansowych z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń.

Na mocy art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 z późn. zm.) pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, zatrudniających powyżej 50 osób, od dnia 1 stycznia 2001 r. przysługiwał przyrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nie niższy niż 203 zł miesięcznie, natomiast w 2002 r. wysokość podwyżki nie mogła być niższa niż kwota ustalona według wzoru zamieszczonego w ustawie czyli 110,23 zł, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy łącznie ze skutkami wzrostu wszystkich składników wynagrodzenia.

Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ), która weszła w życie w dniu 6 września 2006r. stworzyła możliwość wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia dodatkowych środków finansowych z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń.

Podstawę przekazania wspomnianych środków stanowiła umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta przez danego świadczeniodawcę z Narodowym Funduszem Zdrowia. W myśl przepisów ustawy osobami uprawnionymi do otrzymania podwyżki wynagrodzenia były osoby zatrudnione u świadczeniodawcy i wykonujące pracę na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ustawodawca w związku realizacją postanowień ustawy nakładał na świadczeniodawcę określone obowiązki. Jednym z nich był obowiązek przeznaczenia całej sumy, przekazanej zakładowi, na wzrost wynagrodzeń pod rygorem konieczności zwrócenia do Funduszu określonych w ustawie środków finansowych, które nie zostały wykorzystane lub zostały wykorzystane niezgodnie z ich przeznaczeniem. Przepisy ustawy nadały NFZ uprawnienia kontrolne w zakresie wykorzystania przekazanych świadczeniodawcy środków. W ten sposób ustawodawca wprowadził zabezpieczenie prawne gwarantujące przeznaczenie środków finansowych na wzrost wynagrodzeń.

Celem zaś art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) było zagwarantowanie wzrostu wynagrodzeń osób zatrudnionych w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej w każdym przypadku, kiedy wzrastała kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy. Podstawę obliczenia środków, które na mocy ustawy kierownik szpitala był zobowiązany przekazać na wzrost wynagrodzeń stanowiła kwota wzrostu zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w stosunku do kwoty wynikającej z poprzedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczącej tego samego rodzaju lub zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepis art. 59a został uchylony na podstawie art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 230, poz. 1507). Jednak realizacja obowiązku wynikającego z art. 59 została utrzymana na mocy art. 2 przywołanej powyżej ustawy. Przepis ten gwarantował, że ¾ kwoty obliczonej jako co najmniej 40% różnicy wynikającej ze wzrostu wysokości kontraktu Narodowego Funduszu Zdrowia wobec świadczeniodawcy, będzie przeznaczane na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. ■

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Aleksander Sopliński

## Ministerstwo Zdrowia

15.07.2014

Stanowisko dotyczące Apeli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych w sprawie emerytur pomostowych w kontekście pielęgniarstwa i położnictwa

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.), z uprawnień do emerytury pomostowej, korzystają osoby wykonujące prace określone w załączniku nr 2 – wykaz prac o szczególnym charakterze. W przypadku pielęgniarstwa i położnictwa są to prace o szczególnym charakterze wymienione w punktach 22, 23 i 24 przedmiotowego załącznika.

Podmiotem uprawnionym do kwalifikowania danego rodzaju pracy jako pracy o szczególnym charakterze, w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. Nr 237, poz. 1656, z późn. zm.), jest zakład pracy (płatnik składek), u którego praca ta jest wykonywana.

Natomiast organem powołanym do formalnej kontroli ewidencji wykazu stanowisk pracy o szczególnym charakterze według art. 41 powyższej ustawy jest Państwowa Inspekcja Pracy. Przepisy ustawy o emeryturach pomostowych, w przypadku nieuwzględnienia przez płatnika składek danego pracownika w ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze, umożliwiają wniesienie skargi do Państwowej Inspekcji Pracy. Jeżeli skarga ta zostanie uwzględniona, to wówczas właściwe organy Państwowej Inspekcji Pracy są uprawnione do nakazania pracodawcy umieszczenia pracownika w ewidencji pracowników wykonujących taką pracę. Od decyzji inspektora pracy, zarówno pracownikowi jak i płatnikowi składek, przysługuje odwołanie do okręgowego inspektora pracy, którego decyzja będzie mogła z kolei być skontrolowana na drodze sądowego postępowania administracyjnego.

Ponadto należy podkreślić, że zgodnie z art. 41 ust. 4 ww. ustawy, zakład pracy jest zobowiązany od 1 stycznia 2010 roku prowadzić wykaz stanowisk pracy, na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz ewidencję pracowników wykonujących takie prace. W ewidencji tej powinni się znaleźć wszyscy pracownicy, których praca wypełnia ustawowe kryteria pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze.

Zatem zaliczenie pracownika do grupy pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze odbywa się na poziomie jego zakładu pracy, a pracodawca decydując o tym powinien stosować wytyczne zawarte w art. 3 ust. 3 oraz załączniku nr 2 przedmiotowej ustawy.

Na wniosek środowiska zawodowego pielęgniarstwa i położnictwa Ministerstwo Zdrowia zwróciło się do Ministra Pracy i Polityki Społecznej z prośbą o stanowisko w sprawie zmiany przepisów regulujących kwestie związane z umieszczaniem stanowisk pielęgniarstwa i położnictwa w wykazie stanowisk o szczególnym charakterze i ewidencji pracowników wykonujących pracę o szczególnym charakterze. W ocenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej, nie ma potrzeby wprowadzania jakichkolwiek zmian w tym zakresie, ponieważ kwestie te są szczegółowo uregulowane w ustawie o emeryturach pomostowych. Ponadto ustawa o emeryturach pomostowych była trzykrotnie badana (w tym w zakresie zgodności z Konstytucją definicji zawartych w art. 3 ust. 1 - 3 i kompletności załączników nr 1 i 2) przez Trybunał Konstytucyjny, który orzeczeniami z dnia 16 marca 2010r. Sygn. akt K 17/09, 25 listopada 2010r. Sygn. akt K 27/09 oraz 3 marca 2011 r. Sygn. akt K 23/09 orzekł o zgodności tej ustawy z konstytucją RP.

W tej sytuacji w opinii Ministra Pracy i Polityki Społecznej jakiegokolwiek zmiany w systemie emerytur pomostowych,

w kierunku rozszerzenia uprawnień do tych emerytur byłyby nieuzasadnione. Rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do wcześniejszych świadczeń emerytalnych nie byłoby także uzasadnione ze względów demograficznych jak też ekonomicznych.

Jednocześnie należy podkreślić, iż Minister Zdrowia nie jest uprawniony do oceny i regulacji, czy praca wykonywana na danym stanowisku powinna być uznana za pracę o szczególnym charakterze. Oceny takiej dokonuje Zakład Ubezpieczeń Społecznych w postępowaniu o przyznanie emerytury z tytułu wykonywania pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze na podstawie przedłożonej dokumentacji.

/-/Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Aleksander Sopliński

## Ministerstwo Zdrowia

30.10.2014

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarstwa i położnictwa wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa oraz niektórych innych ustaw

Stanowisko w sprawie nowych uprawnień dla pielęgniarstwa i położnictwa wynikających z ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136)

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1136), która weszła w życie z dniem 11 września 2014 r. nadała nowe uprawnienia pielęgniarstwu i położnictwu ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarstwu oraz położnictwu wykonującym zawody poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgodnie z nowym przepisem art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.) w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, pielęgniarstwa i położnictwa posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarstwa i położnictwa posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa będą miały prawo samodzielne:

1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
  2. ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty,
- jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie.

Natomiast w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarstwa i położnictwa posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będą miały prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środków odurzających i substancji psychotropowych, oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończą kurs specjalistyczny w tym zakresie (art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa).

Ponadto, pielęgniarki i położne, posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, będą miały prawo do wystawiania skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ww. ustawy, nie będzie dotyczył pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego zdobędą wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej).

Ponadto, pielęgniarki i położne przed wykonaniem czynności zawodowych określonych w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej będą musiały dokonać osobistego badania fizykalnego pacjenta. Natomiast pielęgniarki i położne będą mogły - bez dokonania osobistego badania pacjenta - wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli będzie to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. W takim jednak przypadku, recepty lub zlecenia mogą być przekazane osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta lub osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób. Samo upoważnienie lub oświadczenie będzie odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączone do tej dokumentacji. Ponadto informacje o wystawieniu recepty lub zlecenia będą zamieszczane w dokumentacji medycznej pacjenta, a informacja o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, będzie odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołączona do tej dokumentacji.

Jednocześnie, na podstawie delegacji ustawowej, o której mowa w art. 15a ust. 8 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi w drodze rozporządzenia:

1. wykaz:
    - a) substancji czynnych zawartych w lekach,
    - b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego,
    - c) wyrobów medycznych,
  2. wykaz badań diagnostycznych,
  3. sposób i tryb wystawiania recept,
  4. wzór recepty,
  5. sposób zaopatrywania w druki recept i sposób ich przechowywania,
  6. sposób realizacji recept, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji
- biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

W konsekwencji zmian dokonanych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca wprowadził nowe regulacje w zakresie kręgu osób uprawnionych do wystawiania recept refundowanych. Zgodnie z art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.) do osób uprawnionych zostały włączone pielęgniarki i położne ubezpieczenia zdrowotnego, jak i pielęgniarki i położne wykonujące zawód poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego, z którymi Narodowy Fundusz Zdrowia będzie zawierał umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa.

Poszerzenie kręgu osób uprawnionych o pielęgniarki i położne jest wynikiem przyznania pielęgniarkom i położnym uprawnień do ordynowania leków i wyrobów medycznych, jak wynika to z nowego przepisu art. 15a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Ponadto, włączenie pielęgniarek i położnych do kręgu osób uprawnionych w rozumieniu art. 2 pkt 14 lit. d i e ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych powoduje również, że osoby te będą musiały zastosować się do przepisów dotyczących praktyk zakazanych w obrocie lekami refundowanymi, o których mowa w art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Należy jednak pamiętać, że pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z uprawnień dotyczących wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wydawania zleceń i recept na wyroby medyczne oraz skierowań na badania diagnostyczne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r., ponieważ w okresie od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw, tj. od dnia 11 września 2014 r. do dnia 1 stycznia 2016 r. powinny zostać przeprowadzone odpowiednie kursy specjalistyczne, przygotowujące pielęgniarki i położne do korzystania z nowych uprawnień. ■

/-/ Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Aleksander Sopliński

## **Ministerstwo Zdrowia**

16.06.2015

Stanowisko w sprawie ujęcia pielęgniarek i położnych w poszczególnych rozporządzeniach dotyczących świadczeń gwarantowanych

Sprawy dotyczące zgłaszanych przez stronę społeczną postulatów w zakresie ujęcia pielęgniarek i położnych w poszczególnych rozporządzeniach dotyczących świadczeń gwarantowanych są przedmiotem rozmów prowadzonych przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

Należy podkreślić, że przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581) w art. 31d zawierają upoważnienie ustawowe, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzeń,

w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem m.in. warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

W niektórych zakresach świadczeń gwarantowanych zostały już wskazane kwalifikacje oraz regulacje dotyczące wymogu zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 5 w pkt 25 i 28 zawierają definicję pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, a w pkt 26 zdefiniowano pielęgniarkę i położną ubezpieczenia zdrowotnego.

Przykładem rozporządzeń, w których uregulowano kwestię zatrudnienia pielęgniarek i położnych są m.in.:

1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248, z późn. zm.), które określa wykaz świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.
2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 1480, z późn. zm.), wyodrębnia pielęgniarkę do realizacji świadczeń w ramach całodobowej opieki tj. w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz w warunkach domowych.
3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347), wyodrębnia pielęgniarkę do realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych (np. hospicjum), domowych i ambulatoryjnych.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.), w niektórych zakresach świadczeń gwarantowanych lub rodzajach komórek organizacyjnych określono wymogi dotyczące zatrudnienia pielęgniarek i położnych w warunkach realizacji tych świadczeń, m.in.: anestezjologia i intensywna terapia; neonatologia, chemioterapia, oddział udarowy.

Natomiast tam, gdzie nie wskazano do realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub położnej zastosowanie ma § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, zgodnie z którym zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych, w zakresie nieuregulowanym w przedmiotowym rozporządzeniu, następować powinno z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 616).

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia podjęło prace nad określeniem minimalnej liczby i poziomu kwalifikacji kadry pielęgniarskiej dla wszystkich zakresów świadczeń i rodzajów komórek organizacyjnych, wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Projektowane zmiany będą wprowadzane sukcesywnie we wszystkich zakresach świadczeń gwarantowanych.

Przewiduje się, że zaproponowane zmiany wpłyną na poprawę jakości i dostępności do świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki i położne, a tym samym na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi. Z całą pewnością przy-

czynią się także do zapewnienia właściwego zatrudnienia pielęgniarek i położnych. ■

/-/ Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Cezary Cieślukowski

## Ministerstwo Zdrowia

19.06.2015

Stanowisko w sprawie wprowadzenia zmian systemowych dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

Sprawy dotyczące wprowadzenia zmian systemowych w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej mające na celu poprawę sytuacji zawodowej i socjalnej tych grup zawodowych są przedmiotem rozmów prowadzonych przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

W dniu 6 marca 2015 r. odbyło się spotkanie Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, na którym uzgodniono harmonogram działań Ministerstwa Zdrowia dotyczący rozwiązania zgłaszanych przez stronę społeczną postulatów.

Działania Ministerstwa Zdrowia będą dotyczyły również zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego pielęgniarek i położnych.

W kwestii zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych, resort zdrowia zaplanował w nowej perspektywie finansowej 2014 - 2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych. W jej ramach zaplanowano realizację programów rozwojowych dla uczelni uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych, ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów w celu zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej. Ten typ programów rozwojowych będzie służył m.in. poprawie programów praktyk i staży oraz wzmocnieniu współpracy pomiędzy uczelniami kształcącymi na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo a podmiotami leczniczymi. Dodatkowo, programy rozwojowe służyć będą wzmocnieniu atrakcyjności kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, m.in. poprzez rozwój systemu stypendialnego. Ponadto przewidziano realizację programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia pielęgniarek i położnych, obejmujących tworzenie odrębnych centrów symulacji medycznej oraz rozwój systemu praktycznego nauczania klinicznego i egzaminowania studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, wyposażonych m. in. w fantomy i stymulatory. Działania te będą wspierane finansowo ze środków unijnych i realizowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja i Rozwój (PO WER), zatwierdzonego przez Komisję Europejską w grudniu 2014 roku.

Wsparcie dodatkowego kształcenia przeddyplomowego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju umiejętności praktycznych z wykorzystaniem technik symulacji medycznej, służyć będzie przeciwdziałaniu luce pokoleniowej i będzie ukierunkowane na podniesienie liczby studentów i absolwentów ww. kierunków. W ramach PO WER zaplanowano, że docelowa wartość

wskaźnika w 2023 r. – dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wyniesie 10 625 osób, natomiast liczba wdrożonych programów rozwojowych na uczelniach prowadzących kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo do roku 2023 została określona na poziomie 42 programów.

PO WER przewiduje również wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (w tym kursów specjalistycznych dotyczących wystawiania recept przez pielęgniarki i położne). Docelowa liczba pielęgniarek i położnych objętych kształceniem podyplomowym w perspektywie 2014-2020 została ustalona na poziomie 20 tys. pielęgniarek i położnych, z czego 10 tys. - zgodnie z założeniami - będzie mogło skorzystać ze szkoleń do 2018 roku.

Ponadto należy nadmienić, że wartość docelowa wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych na 1 tys. mieszkańców w 2020 roku została określona w Uchwale nr 104 Rady Ministrów z dnia 18 czerwca 2013 roku w sprawie przyjęcia Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020 (Monitor Polski poz. 640). Zgodnie z ww. Strategią w ramach realizacji Celu szczegółowego nr 4 – dotyczącego poprawy zdrowia obywateli oraz efektywności systemu opieki zdrowotnej zakłada się wzrost wskaźników liczby pielęgniarek i liczby położnych w przeliczeniu na 1 tys. populacji do poziomu co najmniej średniej OECD w 2020 roku. Natomiast w dokumencie „Policy paper” dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 Krajowe ramy strategiczne, przyjętym we wrześniu 2014r. przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia założono, że liczba pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności wynosząca w 2010r. - 61,2, a w 2011 r. - 62,9 powinna do 2020 r. wzrosnąć i osiągnąć wartość 65,7.

Sprawy dotyczące wynagrodzeń pielęgniarek i położnych również są przedmiotem rozmów Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, w trakcie których omawiano m. in. przygotowanie mechanizmów zapewniających wynagrodzenie zgodnie z przygotowaniem zawodowym i uzyskanymi kwalifikacjami podyplomowymi poprzez systemowe rozwiązania dotyczące określenia minimalnej liczby i poziomu kwalifikacji kadry pielęgniarskiej dla wszystkich zakresów świadczeń i rodzajów komórek organizacyjnych, wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1520, z późn. zm.) oraz w pozostałych rozporządzeniach, określonych dla poszczególnych zakresów gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozważane są zmiany w finansowaniu świadczeń pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, poprzez zwiększenie wartości stawki kapitałowej.

Jednocześnie należy podkreślić, że kształtowanie poziomu wynagrodzeń w danym podmiocie jest elementem zarządzania i pozostaje w istotnej zależności od kondycji ekonomicznej podmiotu, dostępnej wielkości nakładów finansowych, realiów lokalnego rynku pracy, a bazyje na wewnątrzzakładowych rozwiązaniach organizacyjnych i regulaminowych. Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) za zarządzanie podmiotem leczniczym, niebędącym przedsiębiorcą, odpowiada jego kierownik. Nadzór nad podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący, co reguluje art. 121 ww. ustawy. W ramach nadzoru podmiot tworzący dokonuje kontroli i oceny w szczególności prawidłowości gospodarowania przez podmiot leczniczy mieniem oraz środkami publicznymi, gospodarki finansowej oraz realizacji zadań

określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie. Oznacza to, że również sposób kształtowania poziomu wynagrodzeń w danym podmiocie należy do obszarów podległych czynnościom nadzorczym wykonywanym przez podmiot tworzący.

Jednocześnie uzgodniono ze stroną społeczną, że docelowo monitoring specjalistów na potrzeby określenia minimalnej liczby pielęgniarek i położnych w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa dla każdego województwa będzie prowadzony w oparciu o ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, która przewiduje gromadzenie i przetwarzanie danych w ramach Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który będzie również narzędziem służącym ustalaniu priorytetów w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych.

Ponadto w ramach działań Ministerstwa Zdrowia zaplanowano przygotowanie rozporządzenia w sprawie kryteriów oceny ofert dla poszczególnych rodzajów świadczeń, które będzie miało na uwadze interes świadczeniobiorców oraz konieczność zapewnienia prawidłowego przebiegu porównania ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe ustalenia są realizacją postulatów środowiska, a termin ich realizacji został określony na koniec 2015 roku.

Kwestia ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych została uregulowana w rozporządzeniu z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2013 r. poz. 1545), które obowiązuje od dnia 1 stycznia 2013 roku. Przedmiotowe rozporządzenie nie zawiera przepisów regulujących zatrudnienie czy też organizację pracy, jedynie wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm. Natomiast zawiera kryteria, które powinny być uwzględnione przy określaniu kategorii opieki, do której może zostać zakwalifikowany pacjent, co z kolei powinno być ważnym elementem przy określaniu zasad opieki nad pacjentem i stanowić podstawę do podejmowania przez kierownika podmiotu leczniczego decyzji dotyczącej liczby pielęgniarek i położnych zatrudnionych na danym oddziale.

Ponadto ważne są także inne aspekty m. in. specyfika danego podmiotu leczniczego, różnorodne uwarunkowania, które wpływają na czas trwania poszczególnych zadań wykonywanych przez pielęgniarki i położne, stany kliniczne pacjentów, czas trwania hospitalizacji, specyfika udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizacja pracy jednostek wspomagających proces ich udzielania. Wiedzę w przedmiotowym zakresie posiadają kierownik podmiotu leczniczego oraz kadra pielęgniarska (pielęgniarki naczelne, przełożone pielęgniarek, pielęgniarki oddziałowe) i tylko oni mogą ustalić liczbę pielęgniarek i położnych niezbędną do zapewnienia opieki z wykorzystaniem przepisów o sposobie ustalania minimalnych norm.

Ostateczna decyzja w sprawie ustalenia minimalnej liczby pielęgniarek i położnych, zatrudnianych np. na danym oddziale powinna uwzględniać opinie przedstawicieli samorządu zawodowego i związków zawodowych, dla których uprawnienie do opiniowania norm ustalonych przez kierownika podmiotu leczniczego wynika z przepisu art. 50 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Organizacją pracy pielęgniarek i położnych w oddziałach zajmują się osoby zarządzające, poczynając od pielęgniarki oddziałowej, przełożonej pielęgniarek, naczelnej pielęgniarki, a odpowiedzialność za kompleksowe zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik tego podmiotu. W związku z tym, kierownik podmiotu leczniczego przyjmując określoną normę zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jest odpowiedzialny za zabez-

pieczenie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie właściwego zatrudnienia oraz organizacji pracy.

Ponadto należy podkreślić, że regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych.

Odnosząc się do zjawiska migracji pielęgniarek i położnych, należy nadmienić, że szacowane ono jest na podstawie różnych danych: np. na podstawie liczby zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje zawodowe wydawane przez samorząd zawodowy oraz na podstawie udostępnianych przez Komisję Europejską informacji o uznanych kwalifikacjach zawodowych. Równocześnie należy mieć na uwadze fakt, że swoboda przepływu osób jest jedną z fundamentalnych swobód Unii Europejskiej.

W okresie od maja 2004 roku do 31 grudnia 2014 roku ogółem wydano 18024 zaświadczenia na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w UE dla pielęgniarek i położnych, co stanowi 8,21% zatrudnionych (w tym 7,52% pielęgniarek i 5,91% położnych).

Równocześnie należy zwrócić uwagę na to, że informacje o wydanych zaświadczeniach nie są jednoznaczne z liczbą osób, które wyjechały z kraju w celu podjęcia pracy poza jego granicami, lub wyjechały i pracują w zawodzie.

Ze statystyk unijnych wynika, że w krajach UE wobec polskich pielęgniarek podjęto 4719 decyzji w sprawie uznania kwalifikacji (2,15% pielęgniarek w odniesieniu do liczby aktualnie zatrudnionych), z czego 3608 decyzji było pozytywnych (1,64%), 170 negatywnych a w 941 (0,43%) przypadkach wnioski są nadal rozpoznawane (lub pielęgniarki są w trakcie realizacji stażu adaptacyjnego).

Natomiast wobec polskich położnych podjęto 472 decyzje w sprawie uznania kwalifikacji (1,83% położnych w odniesieniu do liczby aktualnie zatrudnionych), z czego 302 było pozytywnych (1,17%), 31 negatywnych a w 139 (0,54%) przypadkach wnioski są rozpatrywane, lub nałożono środki kompensacyjne.

Dokument prawo wykonywania zawodu w latach 2003 - 2014 wydano 25 453 pielęgniarkom (co stanowi 11,59% w stosunku do aktualnie zatrudnionych) i 4 897 położnym, (co stanowi 19% w stosunku do aktualnie zatrudnionych).

Odnosząc się do stanowiska w sprawie wprowadzenia obowiązku zatrudniania absolwentów studiów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo na zasadach rezydentury w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń całodobowo w systemie stacjonarnym, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia bada możliwości organizacyjne, prawne i finansowe objęcia formą rezydentury pielęgniarek, które będą odbywały specjalizację. Proponowane przez środowisko rozwiązanie wymagałoby szeregu zmian regulacji prawnych m.in. polegających na wprowadzeniu obowiązkowej pracy po studiach dla osób, które ukończyły kierunki pielęgniarstwo i położnictwo. Jednocześnie wyjaśniam, że funkcjonujące rezydentury lekarskie są formą kształcenia podyplomowego lekarzy, związaną z szkoleniem specjalizacyjnym na podstawie umowy o pracę zawartej z podmiotem prowadzącym szkolenie specjalizacyjne na czas określony w programie specjalizacji, finansowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach środków budżetu państwa, których jest dysponentem. Należy jednakże podkreślić, że pielęgniarki i położne mają szkolenia specjalizacyjne także dofinansowane z budżetu państwa. Liczba miejsc dofinansowanych w ramach szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych od roku 2009 jest na poziomie 1850 miejsc. W latach 2005-2007 kwota dofinanso-

wania jednego miejsca szkoleniowego z budżetu państwa wynosiła 4120,00 zł, w roku 2008 wzrosła do 4215,00 zł. W latach 2009 - 2015 kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego kształtuje się na poziomie 4 337,00 zł.

Niezależnie od powyższego, cały czas prowadzone są rozmowy z przedstawicielami środowiska pielęgniarek i położnych. Na spotkaniach, które odbyły się 30 kwietnia 2015r. i 9 czerwca 2015 r. z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Minister Zdrowia przedstawił propozycje rozwiązań o charakterze systemowym, które przyczynią się do poprawy poziomu finansowania i jakości organizacji pracy pielęgniarek i położnych.

Resort zdrowia przygotował projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, który określa kwalifikacje i minimalne wymagania dotyczące pielęgniarek i położnych w realizacji poszczególnych świadczeń, poprzez wskazanie liczby równoważników etatów dla pielęgniarek i położnych. Projekt ten został przesłany do konsultacji NRPiP oraz OZZPiP. Ustalono, że strona społeczna odniesie się do propozycji zmian w projekcie rozporządzenia koszykowego z zakresu leczenia szpitalnego i zaakceptują je lub ewentualnie zostaną uzgodnione inne zapisy wynikające z racjonalnych argumentów obu stron. Po zaakceptowaniu zmian przez stronę społeczną i Ministerstwo Zdrowia zostaną podjęte działania legislacyjne w tym zakresie. ■

/-/ Z upoważnienia MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Cezary Cieślukowski

NIPiP

## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
Warszawa, dnia 03 sierpnia 2015 roku

Pan/Pani Przewodniczący/a  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo

W związku z trwającymi pracami w sprawie wprowadzenia zmian w przepisach dotyczących poprawy warunków pracy, podniesienia wysokości wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz zmian w systemie ochrony zdrowia w załączeniu przesyłam informację o prowadzonych pracach w przedmiotowej sprawie, a także stanowisko NRPiP w sprawie propozycji Ministerstwa Zdrowia. ■

z poważaniem  
Prezes  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

## Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych 30 kwietnia 2015 roku podjęła rozmowy z Ministerstwem Zdrowia dotyczące poprawy sytuacji zawodowej oraz ekonomicznej pielęgniarek i położnych.

Powstały dwa zespoły robocze, które uczestniczą w rozmowach oraz pracach nad proponowanymi zmianami. Jeden z zespołów pracuje nad szczegółowymi rozwiązaniami prawnymi

w celu umocnienia pozycji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia poprzez wpisanie zmian do rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach - leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, lecznictwo uzdrowiskowe, pomoc doraźna i transport sanitarny, ratownictwo medyczne, profilaktyczne programy zdrowotne. Przyjęty harmonogram prac tego zespołu przewiduje ich zakończenie na koniec sierpnia 2015 roku.

Drugi zespół zajmuje się zmianami, których celem jest zagwarantowanie podwyższenia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach leczniczych posiadających umowy z NFZ na realizację przedmiotowych świadczeń zdrowotnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie jest usatysfakcjonowana zarówno wysokością proponowanych podwyżek wynagrodzenia jak i trybem ich zwiększania.

Ministerstwo Zdrowia nie przedstawia żadnej propozycji zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w sposób systemowy, pozwalający w dającej przewidzieć się perspektywie czasu na zatrzymanie (spowolnienie) postępującej tendencji spadkowej liczby pielęgniarek i położnych wykonujących zawód.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, rozumiejąc oczekiwania środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, podtrzymuje wcześniejsze postulaty dotyczące wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz rozwiązań systemowych w tym zakresie, pozwalających na objęcie w możliwie krótkiej perspektywie czasowej realnymi, satysfakcjonującymi podwyżkami wynagrodzeń wszystkie osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej.

W dniu dzisiejszym o godzinie 14.00 odbędzie się kolejne spotkanie zespołu (agenda w załączeniu). Na spotkaniu tym zostanie przedstawione stanowisko NRPIP wyrażone w opinii przesłanej do Ministra Zdrowia prof. Mariana Zembała, Podsekretarza Stanu MZ Cezarego Cieślukowskiego oraz Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Beaty Cholewki (przedmiotowa opinia w załączeniu).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych informuje, że po spotkaniu w Ministerstwie Zdrowia zostanie przekazany oficjalny komunikat w tej sprawie. ■

Grażyna Rogala - Pawelczyk  
i członkowie Prezydium NRPIP

Warszawa, 03.08.2015r

## **Ministerstwo Zdrowia**

Warszawa 31 07.2015 r.  
Departament Pielęgniarek i Położnych

### **Agenda**

na spotkanie Kierownictwa MZ, NFZ  
z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek  
i Położnych

w dniu 3 sierpnia 2015 r. o godz. 14.00  
w Sali Kinowej Dużej Ministerstwa Zdrowia

1. Przedstawienie przez stronę społeczną uwag zgłoszonych do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wysłanego do uzgodnień zewnętrznych.

2. Omówienie i uzgodnienie treści projektu porozumienia pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NIPiP.
3. Przedstawienie uwag strony społecznej do projektu zarządzenia Prezesa NFZ uwzględniającego rozwiązania przyjęte w OWU w zakresie zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.
4. Podsumowanie prac zespołu. ■

## **NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10,  
Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60  
Warszawa, dnia 3 sierpnia 2015 r.

Pan prof. dr hab.  
Marian Zembała  
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z Otrzymaniem w dniu 27 lipca br. projektu Porozumienia w sprawie ustalenia podwyżek dla pielęgniarek i położnych między Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Narodowym Funduszem Zdrowia i Ministrem Zdrowia uprzejmie informuję, że Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zajmuje następujące stanowisko w odniesieniu do przedmiotowego projektu.

W pierwszej kolejności należy podnieść uwagi natury ogólnej. Ewentualne zawarcie przedmiotowego porozumienia nie znajduje podstawy prawnej, w szczególności za podstawę taką nie można uznać, wskazanych w preambule projektu, ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2014r, poz. 167 oraz z 2015 r. poz. 791) i ustaw z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, z późn. zm.). W konsekwencji, w przypadku zawarcia porozumienia nie można będzie mówić o powstaniu określonych praw i obowiązków dla jego stron. Przede wszystkim jednak zawarcie porozumienia nie spowoduje powstania jakichkolwiek skutków prawnych, które mogłyby być podstawą późniejszych roszczeń którejkolwiek ze stron porozumienia względem pozostałych. Tym samym projektowane porozumienie należy rozpatrywać wyłącznie jako porozumienie dżentelmeńskie (gentlemen's agreement). Należałoby więc zapytać o cel i uzasadnienie zawierania takiego porozumienia.

Powyższej konstatacji nie zmienia fakt, że przedmiot porozumienia mieści się w szeroko rozumianej właściwości podmiotów, których przedstawiciele mieliby być sygnatariuszami porozumienia.

Zakładając jednak dobrą wolę oraz istnienie celu i uzasadnienia dla zawarcia przedłożonego do zaopiniowania porozumienia Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych informuje, że - w jej opinii jako - ewentualne strony porozumienia mogłyby zostać wskazane: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Jednocześnie, w preambule porozumienia mogłyby zostać wskazane przepisy określające wybrane zadania wymienionych podmiotów, jednakże niejako podstawa zawarcia porozumienia, a co najwyżej jego tło:

„Mając na uwadze:

- art. 7 ust. 2 zdanie drugie ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 167 oraz z 2015 r. poz. 791),
- art. 22 ust. 1 pkt 6 i 12 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z 2013 r. poz. 779, 1247 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004),
- art. 102 ust. 5 pkt 22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581),
- art. 38 ust. 1 w związku z art. 33 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 812),

w trosce o [...]”.

Ponadto Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza następujące wybrane najważniejsze zastrzeżenia do konkretnych postanowień przedłożonego do zaopiniowania projektu porozumienia:

- 1) dot. tytułu: wskazanie w tytule porozumienia „w sprawie ustalenia podwyżek” jest mylące i sprzeczne z kolejnymi postanowieniami porozumienia, w szczególności z postanowieniami § 1 i 2. Podkreślić należy, że porozumienie nie ustala żadnych podwyżek, a wspomina wyłącznie o czasowym przeznaczeniu określonej w § 5 ust. 1 kwoty na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek i położnych. W kontekście pojęcia „podwyżka” można byłoby rozpatrywać wskazanie mechanizmu przewidującego stałe podniesienie wysokości wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. Nie zależnie od tego, jak już wskazano, zawarcie porozumienia nie pociąga za sobą żadnych skutków, trudno zatem mówić o jakichkolwiek ustaleniach;
- 2) dot. § 1: zgodnie z § 1 projektu jego przedmiotem jest określenie obszaru zmian umożliwiających efektywną poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Żadne z postanowień projektu nie wskazuje takiego obszaru, za który można byłoby uznać enumeratywne wyliczenie działań (efektów), których wdrożenie (osiągnięcie) pozwoliłoby w opinii stron porozumienia na efektywną poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych oraz zobowiązanie, że strony wspólnie i w porozumieniu będą dążyć do wdrożenia (osiągnięcia) tych działań (efektów). Za takie możnaby - w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - uznać, na przykład zmiany legislacyjne (na poziomie ustawowym i podstawowym) wprowadzające systemowe rozwiązania dotyczące: wygradzania pielęgniarek i położnych na poziomie oczekiwanym przez środowisko i akceptowalnym dla świadczeniodawców, kształcenia dyplomowego i podyplomowego pielęgniarek i położnych oraz jego finansowania, ułatwień dla pracodawców w pierwszym zatrudnieniu absolwentów pielęgniarstwa i położnictwa (program „pierwsza praca”) czy uregulowania relacji między pielęgniarkami i położnymi a innymi zawodami medycznymi, w szczególności opiekunami medycznymi;
- 3) dot. § 2 pkt 1: wprowadzenie do wyliczenia w § 2 pkt 1 jest niezrozumiałe. Nie wiadomo, czy Strony miałyby zobowiązać się w nim do wspólnego udziału w spotkaniach i konsultacjach celem omówienia możliwości wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych i podjęcia przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ działań legislacyjnych w zakresie wskazanych rozporządzeń czy też Strony zobowiązują się w nim do wspólnego udziału w spotkaniach i konsultacjach celem omówienia możliwości wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych poprzez (w drodze) podjęcia przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ działań legislacyjnych w za-

kresie wskazanych rozporządzeń. Niezależnie od tego należy podkreślić, że - w świetle powołanych na wstępie przepisów - przedkładanie inicjatyw legislacyjnych (projektów aktów normatywnych) jest wyłączną domeną Ministra Zdrowia, przy czym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jest władny inicjatywy te opiniować. Oczywiście, samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych może zwracać uwagę na określone kwestie prawne, a także proponować konkretne rozwiązania prawne (co zresztą wielokrotnie czyni), jednakże kształtowanie polityki prawnej i podejmowanie inicjatyw legislacyjnych to wyłączna domena Ministra Zdrowia. Niezależnie od powyższego podnieść trzeba, że nie zostały wskazane ani przedmiot (zakres) przewidywanych zmian we wskazanych przepisach obowiązującego prawa, ani termin ich ewentualnego wejścia w życie;

- 4) dot. § 2 pkt 1 lit. b: do uzgodnień międzyresortowych i konsultacji publicznych został już skierowany projekt nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (pismo nr UZ.PR.0212.2.2015.KM z dnia 24 lipca br.), przedstawione też zostały projekty zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a tym samym działania legislacyjne w zakresie wskazanym w tej literze zostały już podjęte. W konsekwencji przedmiotowe postanowienie należałoby uznać za bezprzedmiotowe;
- 5) dot. § 3 ust. 1 zdanie pierwsze: ani Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, ani Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie są w żaden sposób uprawnione do ustalania (czy też akceptowania) wysokości kwoty zaplanowanej w budżecie Narodowego Funduszu Zdrowia na podwyżki dla jakiejkolwiek grupy zawodowej. Co najwyżej Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych i Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych mogłyby „przyjąć do wiadomości” albo „zostać poinformowane” o wysokości kwoty przewidzianej na podwyżki;
- 6) dot. § 3 ust. 1 zdanie drugie: proponowane postanowienie porozumienia jest niezgodne z dotychczasowymi ustaleniami pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia a przedstawicielami strony społecznej. W dotychczasowych rozmowach przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywali jako pewne pieniądze na podniesienie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w roku 2017 i, w konsekwencji, w latach następnych. Tymczasem, w porozumieniu znalazło się sformułowanie „jeśli planowane przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w roku 2017 w porównaniu do roku 2016 będą umożliwiały takie zwiększenie”. Niezrozumiała jest też fraza użyta na końcu przedmiotowego postanowienia „zabezpieczenia takich środków”. W związku z tym, przedmiotowe postanowienie powinno otrzymać następujące brzmienie: „Na rok 2017 została zaplanowana kwota w wysokości 1,5 mld zł.”;
- 7) dot. § 3 ust. 2: również to postanowienie jest niezgodne z dotychczasowymi ustaleniami pomiędzy przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia a przedstawicielami strony społecznej. W dotychczasowych rozmowach przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia wskazywali jako pewne podniesienie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na jeden etat średnio miesięcznie o 300,00zł brutto brutto od dnia 1 września 2015 r. oraz kolejne średnio miesięcznie 300,00 zł brutto brutto od dnia 1 stycznia 2017 r. (łącznie w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 1 stycznia 2017 r. średnio miesięcznie o 600,00 zł

brutto brutto w przeliczeniu na etat). Ponadto trudno mówić tu o jakichkolwiek negocjacjach przeprowadzonych przez Strony, w szczególności negocjacjach kwot wynagrodzeń, skoro przedstawiciele strony rządowej przedstawili określone „możliwości finansowe budżetu”, a wskazane w postanowieniu „negocjacje” zostały ograniczone do postawienia strony społecznej przed wyborem przyjęcia albo odrzucenia zaproponowanych kwot. Biorąc powyższe pod uwagę, pierwsze zdanie przedmiotowego postanowienia powinno otrzymać następujące brzmienie: „2. Kwoty, o których mowa w ust. 1, zostaną przeznaczone na średni wzrost wynagrodzenia, wraz z innymi jego składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat pielęgniarki i położnej, o której mowa w ust. 4. w wysokości 300,00 zł od dnia 1 września 2015 r. i kolejne 300,00 zł od dnia 1 stycznia 2017 r.”;

- 8) dot. § 3 ust. 3: w postanowieniu tym powinien zostać określony wskaźnik zwiększenia finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (wzrostu stawki kapitałowej dla pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania). W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, bez określenia wskaźnika zwiększenia finansowania (wzrostu stawki kapitałowej) postanowienie to jest bezprzedmiotowe. Ponadto nie jest jasne (z projektu porozumienia to nie wynika), czy na zwiększenie finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zostaną przeznaczone środki, o których mowa w § 3 ust. 1 czy też inne (odrębne) środki finansowe. Jeżeli mają to być odrębne środki (a tak można wnioskować na podstawie redakcji § 3) to proponuje się wydzielenie tego postanowienia do odrębnego paragrafu;
- 9) dot. § 4 ust. 1: obowiązkiem Ministra Zdrowia wynikającym z obowiązujących przepisów jest informowanie, w trybie konsultacji publicznych czy też upublicznienia postępów prac legislacyjnych nad konkretnymi projektami aktów prawnych poprzez Rządowy Proces Legislacyjny, strony społecznej o postępie prac legislacyjnych w odniesieniu do konkretnych projektów aktów prawnych pozostających w kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Tym samym postanowienie to, we wskazanym zakresie, wydaje się bezprzedmiotowe;
- 10) dot. § 7: postanowienie to jest niezgodne z przepisami obowiązującego prawa, w szczególności z przepisem art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, zgodnie z którym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa. Podkreślić należy, że samo wskazanie takiego postanowienia w projektowanym porozumieniu może stanowić nieuprawnioną (bezprawną) formę nacisku na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ze strony przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sposób ustosunkowania się przez Ministerstwo Zdrowia do podniesionych powyżej uwag determinuje dalsze kontynuowanie rozmów w zakresie przedmiotowego porozumienia.

Jednocześnie Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zastrzega sobie prawo zgłaszania kolejnych uwag i propozycji do treści porozumienia, a także prawo niezgodnienia jego treści.

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

## **Komunikat Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie rozmów przebiegających z Kierownictwa MZ, NFZ dotyczących wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.**

W dniu 3 sierpnia 2015 roku odbyło się kolejne spotkanie Kierownictwa MZ, NFZ z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Spotkanie odbyło się zgodnie z przyjętą agendą. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło nową propozycję porozumienia w której zostały uwzględnione następujące informacje:

Minister Zdrowia wyda nowe rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Prezes NFZ wyda zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne. Ponadto Prezes NFZ przeznaczy w budżecie NFZ środki finansowe na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w wysokości 940 mln zł w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 grudnia 2016 r. oraz środki w wysokości około 1,5 mld zł na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w 2017r. Kwoty przedstawione mają zapewnić średni wzrost wynagrodzenia wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi o 600 zł w przeliczeniu na etat pielęgniarki/położnej.

Podział środków finansowych stanowiących wzrost wartości kontraktu u danego świadczeniodawcy nastąpi na poziomie tego podmiotu leczniczego. Świadczenia w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna będą objęte zwiększonym finansowaniem (wzrost stawki kapitałowej dla pielęgniarki poz, położnej poz oraz pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania) od 1 stycznia 2016 r.;

Na spotkaniu Lucyna Dargiewicz Przewodnicząca OZZPiP przedstawiła projekt Porozumienia opracowany przez Związek Zawodowy. Do ww. projektu NRPIP prześle uwagi po konsultacjach z członkami NRPIP.

O postępie prac rozmów i konsultacji będziemy informować na bieżąco.



**Prace autorskie**

## **ZASADY PODAWANIA INSULINY DROGĄ PODSKÓRNĄ WSTRZYKIWACZEM AUTOMATYCZNYM TYPU PEN**

### **Cel procedury**

- wskazanie prawidłowych zasad przygotowania oraz podania insuliny za pomocą pena
- zapewnienie bezpieczeństwa personelowi oraz pacjentom
- edukacja pacjenta i rodziny chorego

## Zakres procedury

- pacjenci wymagający podania insuliny na podstawie zlecenia lekarskiego
- pielęgniarki wykonujące daną procedurę

## Odpowiedzialność

Pielęgniarka jest odpowiedzialna za:

- odpowiednie przygotowanie oraz podanie insuliny drogą podskórną
- właściwy wybór miejsca wkłucia
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi

## Definicje

Insulina - jest niezbędnym hormonem do prawidłowego metabolizmu węglowodanów, białek i tłuszczów. Syntetyzowany oraz wydzielany przez komórki B wysp trzustkowych. W przypadku chorych na cukrzycę typu 1 dany hormon nie jest wytwarzany, dlatego pacjentom należy podawać insulinę z zewnątrz. U chorych na cukrzycę typu 2 przyjmowanie insuliny nie jest konieczne. Z czasem jednak u wielu pacjentów dochodzi do spadku wytwarzania insuliny, niezbędne staje się wtedy podawanie insuliny.

Pen - automatyczny wstrzykiwacz z wbudowaną skalą, ułatwiający bezpieczne podanie odpowiedniej dawki insuliny. Iniekcja podskórna - podanie leku w miejsce obfite w luźną tkankę podskórną, pozbawione większych naczyń krwionośnych, znamion, blizn, nacieków po poprzednich wstrzyknięciach.

## Opis postępowania

Czynności przygotowawcze:

### A. Przygotowanie stanowiska pracy pielęgniarki:

1. Przygotowanie zestawu do podania insuliny:- wkład ze zleconą przez lekarza insuliną- pen - igła np. typu Micro-Fine 30 G (0,3 x 8 mm) lub 28 G (0,36x12 mm) –środek dezynfekcyjny- jałowe gaziki
2. Przygotowanie pena z insuliną:
  - sprawdzenie nazwy oraz daty ważności zleconej insuliny
  - założenie wkładu z insuliną do pena, zgodnie z instrukcją producenta
  - prawidłowe wymieszanie insuliny mętnej, do 30 razy ruchem wahadłowym
  - założenie igły do pena zgodnie z zasadami aseptyki (dezynfekcja gumowego korka)
  - wystrzyknięcie 1-2 jednostek insuliny w celu odprowadzenia powietrza oraz wypełnienia przestrzeni w igle
  - ustawienie odpowiedniej dawki insuliny do podania

### B. Przygotowanie pacjenta:

1. Uzyskanie zgody na wykonanie iniekcji
2. Poinformowanie pacjenta o:
  - celu i przebiegu zabiegu
  - możliwości wystąpienia rzadkich powikłań w miejscu wstrzyknięcia takich jak: zaczerwienienie, świąd, obrzęk

- konieczności zgłaszania niepokojących objawów podczas oraz po wykonaniu iniekcji takich jak duszność, pocenie się, senność, zmęczenie, dekoncentracja

### 3. Ustalenie z pacjentem miejsca podania insuliny

Insulinę podajemy podskórną w następujących miejscach - skóra brzucha, pomiędzy grzebieniem biodrowym, a pępkiem, wokół pępka należy zostawić wolną powierzchnię w postaci koła o promieniu 2 cm. - połowa zewnętrznej powierzchni uda rozpoczynająca się na szerokość dłoni poniżej krętarza dużego i tak samo od stawu kolanowego, iniekcja w pozycji siedzącej - połowa zewnętrznej powierzchni ramienia rozpoczynająca się 4 palce nad stawem łokciowym i tak samo od stawu ramiennego, należy pamiętać, że w tej okolicy tkanka podskórna jest bardzo cienka i może łatwo dojść do wstrzyknięcia domięśniowego - pod łopatką ujmując fałd od dolnego kąta łopatki w kierunku linii pachowej - pośladki, wstrzyknięcia dokonujemy w górną zewnętrzną część.

### C. Przygotowanie pielęgniarki:

- sprawdzenie zlecenia lekarskiego
- higieniczne umycie rąk
- założenia jednorazowych rękawiczek

### D. Czynności właściwe

- sprawdzenie nazwy oraz ustalonej dawki leku według zlecenia lekarza
- dezynfekcja miejsca wkłucia
- usunięcie osłonki z igły
- ujęcie fałdu skórniego pomiędzy kciukiem, a palcem wskazującym, na grubość 2-3 cm
- poinformowanie pacjenta o momencie wkłucia
- wprowadzenie całej igły pod kątem 90° (u osób szczupłych pod kątem 45°, u osób otyłych pod kątem 90° bez fałdu)
- wstrzyknięcie insuliny naciskając przycisk do iniekcji
- sprawdzenie, czy pokrętko wróciło na pozycję zerową
- odczekanie 10- 15 sekund, aby zapewnić podanie całej dawki leku
- wyjęcie igły
- zwolnienie fałdu skórniego
- miejsca wkłucia nie przyciskamy gazikiem, nie masujemy

### E. Czynności końcowe

1. Uporządkowanie stanowiska pielęgniarki:
  - bezpieczne usunięcie igły i umieszczenie jej do zamkniętego pojemnika na odpady medyczne ostre
  - włożenie pena do opakowania

### F. Postępowanie z pacjentem

- sprawdzenie czy pacjent spożył posiłek
- obserwacja pacjenta pod kątem objawów hipoglikemii oraz innych działań niepożądanych

### G. Czynności końcowe wykonywane przez pielęgniarkę

- higieniczne umycie rąk
- uzupełnienie dokumentacji

### H. Zasady Epidemiologiczne

- przed przystąpieniem do przygotowania sprzętu należy higienicznie umyć ręce.

Podstawowy zestaw:

- mydło w płynie oraz ręcznik jednorazowy
- przygotowywanie wstrzykiwacza zgodnie z zasadami aseptyki

- dezynfekcja gumowego korka - po każdorazowym podaniu insuliny użytą igłę należy umieścić w zamkniętym pojemniku na odpady medyczne ostre
- pen jest indywidualnym sprzętem pacjenta
- do każdego rodzaju insuliny należy stosować inny wstrzykiwacz

**I. Zasady przechowywania insuliny**

- insulinę aktualnie używaną przechowujemy w temperaturze pokojowej do 4 tygodni
- zapas insuliny należy przechowywać w lodówce, w temperaturze 2-8 stopni Celsjusza
- nie wolno zamrażać
- nie można podawać insuliny wyjętej bezpośrednio z lodówki
- nie należy narażać insuliny na silne światło słoneczne i mróz
- do transportu insuliny używamy specjalnych toreb termoisolacyjnych.

**J. Zalecenia dla użytkowników wstrzykiwaczy typu pen:**

- przygotowując insulinę do podania sprawdzamy czy fiolka nie została uszkodzona oraz, czy jej zawartość nie zmieniła wyglądu
- sprawdzamy datę ważności insuliny
- przygotowując pen zalecamy się do zaleceń producenta
- igły używane do penów są igłami jednorazowego użytku
- insulinę mętną mieszamy przed podaniem (30 razy ruchem wahadłowym)
- w warunkach domowych nie ma konieczności dezynfekcji miejsca wkłucia, dopuszcza się umycie danego miejsca wodą z mydłem i osuszenie jednorazowym ręcznikiem
- należy pamiętać aby czas podania był skoordynowany z czasem przyjmowania posiłków. Czas, jaki musi upłynąć po między podaniem, a spożyciem posiłku zależny jest od poziomu glukozy we krwi oraz od rodzaju insuliny
- futerał zawierający pen powinien być opisany imieniem i nazwiskiem oraz datą włożenia wkładu do wstrzykiwacza
- gorąca kąpiel lub prysznic może przyspieszyć wchłanianie insuliny dlatego zaleca się aby wieczorną toaletę wykonać przed podaniem nocnej dawki leku  
Podając insulinę należy - wykonywać iniekcje przez dłuższy czas w to samo miejsce, zachowując odstęp pomiędzy wkłuciami od 1 do 3 szerokości palca, aby dokonać wkłucia w to samo miejsce musi upłynąć co najmniej 6 tyg od poprzedniego wkłucia
- co miesiąc zmieniać stronę ciała, zbyt częste zmiany okolicy podania mogą dać zbyt duże zmiany w tempie wchłaniania leku
- podczas hospitalizacji pacjenta podawać insulinę w ramię.

**K. Zalecane miejsca podania insuliny ze względu na szybkość wchłaniania:**

- insuliny szybko działające podaje się w brzuch bezpośrednio przed posiłkiem
- insuliny krótko działające podaje się w brzuch - 30 min. przed posiłkiem
- insuliny długo działające podaje się w udo
- mieszanki insuliny podaje się w brzuch lub udo. ■

Sowa Regina

Bibliografia u autora.

## **Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 17 czerwca 2015 roku**

- Skierowano jedną pielęgniarkę na XIX Ogólnopolskie Sympozjum Diabetologiczne i XIII Ogólnopolskie Forum Profilaktyki i Leczenia Otyłości Diabetica Expo 2015
- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę i jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Wykreślano położną z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla sześciu członków OIPiP w Częstochowie na kwotę 17,500.00 zł.
- Dokonano jednego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyły dwie pielęgniarki.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki.
- Stwierdzono pielęgniarcę kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki. ■

## **Wyciąg z protokołu z posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 30 czerwca 2015 roku**

- Stwierdzono pielęgniarcę kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Stwierdzono położną kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu położnej.
- Przyznano dla pięciu pielęgniarek dofinansowanie kształcenia podyplomowego za udział w szkoleniu specjalizacyjnym „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej” w kwocie 3,500.00 zł.
- Dokonano trzech wpisów do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
- Skierowano jedną pielęgniarkę na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
- Wykreślono z rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie indywidualną praktykę pielęgniarki. ■

## Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 22 lipca 2015 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie sześć pielęgniarek i jedną położną.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną położną.
- Wykreślano z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę i jedną położną.
- Dofinansowano koszty kształcenia w formie szkolenia i studiów /zgodnie z decyzją Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych/ dla czterech pielęgniarek za studia - magister pielęgniarstwa na kwotę 2,800.00 zł, dla dwóch pielęgniarek za szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa opieki długoterminowej” w kwocie 1,400.00 zł, oraz dla jednej pielęgniarki za studia podyplomowe w kwocie 500,00 zł.
- Udzielono pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla czterech członków OIPiP w Częstochowie na kwotę 10,500.00 zł.
- Wydano jedno nowe prawo wykonywania zawodu.
- Wniosek o zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony złożyła sześć pielęgniarek i jedna położna.
- Anulowano zaprzestanie wykonywania zawodu na czas nieokreślony jednej pielęgniarki.
- Stwierdzono kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz wydano zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki. ■

## KALENDARIUM Lipiec-sierpień 2015 rok

- |                     |  |
|---------------------|--|
| <b>21.07.2015r.</b> | W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.                            |
| <b>22.07.2015r.</b> | W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.   |
| <b>22.07.2015r.</b> | W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.             |
| <b>31.08.2015r.</b> | W siedzibie OIPiP odbędzie się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. |
| <b>31.08.2015r.</b> | W siedzibie OIPiP odbędzie się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.           |

## Oferta kursów i szkoleń OIPiP w Częstochowie

### KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
12. Pielęgniarstwo onkologiczne

### KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Prowadzenie porodu w wodzie
13. Pielęgniowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
14. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszypikowego – kurs dla pielęgniarek „systemu”
15. Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów
16. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs dla położnych

### SZKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu- zapis kardiografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego
5. Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

### SZKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia zdrowotnego
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarskich w świetle obowiązującego prawa

5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylnych i obrzęku limfatycznego
6. Diagnostowanie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi.

Aby spełnić oczekiwania pielęgniarek i położnych w zakresie kształcenia podyplomowego prosimy o zgłaszanie tematów poświadanych kursów/szkoleń kierownikowi Ośrodka osobiście w siedzibie OIPiP pokój nr 407, telefonicznie tel. 519 862 186

### UWAGA!

## W miesiącu sierpniu uruchomiliśmy 3 kolejne szkolenia specjalizacyjne:

1. Pielęgniarstwo ginekologiczne
2. Pielęgniarstwo zachowawcze
3. Pielęgniarstwo pediatryczne

Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie ■



## Informacje

### Karta Praska (The Prague Charter)

#### Dlaczego jest to ważne

#### Prawo do opieki paliatywnej

Dostęp do opieki paliatywnej stanowi prawny obowiązek, potwierdzony przez konwencję Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), i jest traktowany, jako prawo człowieka przez międzynarodowe stowarzyszenia, w oparciu o najwyższe standardy zdrowia fizycznego i psychicznego. W przypadkach, kiedy pacjenci cierpią z powodu silnego bólu, rządy, które nie zapewniają właściwego dostępu pacjentom i rodzinom do opieki paliatywnej, również przyczyniają się do nieludzkiego traktowania chorych i niewłaściwego leczenia. Opieka paliatywna skutecznie zmniejsza, a także zapobiega cierpieniu i może być zorganizowana przy użyciu niskich kosztów.

Wciąż jeszcze rządy wielu państw na świecie nie podjęły właściwych działań w celu zapewnienia pacjentom z nieuleczalnymi chorobami, prawa dostępu do opieki paliatywnej.

#### Definicja opieki paliatywnej

Wg Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) opieka paliatywna ma na celu poprawę, jakości życia chorych i rodzin, którzy zmagają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu, poprzez zapobieganie i ulgę w cierpieniu, dzięki wczesnemu rozpoznaniu, dokładnej ocenie i właściwemu leczeniu bólu oraz innych objawów fizycznych, a także problemów psychosocjalnych i duchowych.

Opieka paliatywna ma charakter interdyscyplinarny i obejmuje pacjenta, rodzinę i środowisko. W pewnym sensie, opieka paliatywna stanowi najbardziej podstawową formę opieki, która zaspokaja indywidualne potrzeby pacjenta, gdziekolwiek jest leczony – w domu lub w szpitalu.

Opieka paliatywna afirmuje życie i traktuje umieranie, jako normalny proces; nie przyspiesza śmierci, ani nie przedłuża umierania. Głównym założeniem jest zachowanie możliwie najwyższej, jakości życia aż do śmierci.

### Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej, Międzynarodowe Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej, Światowy Sojusz Opieki Paliatywnej i Obserwatorium Praw Człowieka zauważają, że:

- Choroby układu krążenia i nowotwory powodują większość zgonów w krajach rozwiniętych i większość chorych cierpi z powodu bólu, zmęczenia lub depresji i innych objawów, takich jak duszność w przebiegu choroby.
- Opieka paliatywna umożliwia stosowanie skutecznych metod leczenia dla tej grupy chorych, jak również dla innych pacjentów w zaawansowanej fazie przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (POChP) czy niewydolności nerek, schorzeń neurologicznych, takich jak stwardnienie rozsiane czy stwardnienie zanikowe boczne rdzenia kręgowego (SLA) i zaawansowane otępienie.
- Opieka paliatywna zapewnia unikalny model nowoczesnego leczenia medycznego i pomocy socjalnej, który koncentruje się na preferencjach pacjenta razem z podejściem holistycznym (całościowym), który łączy wiedzę (np. leczenie objawów), umiejętności (np. w zakresie komunikacji z pacjentami i rodzinami) i sposób traktowania chorych zawsze z szacunkiem, jako indywidualnej osoby z bogatą historią.

#### Stwierdza, że:

- Dla krajów rozwijających się HIV/AIDS nadal stanowi główną przyczynę zgonów i że pacjenci, którzy umierają z powodu HIV/AIDS często zmagają się z nasilonymi objawami oraz że znaczny odsetek pacjentów leczonych przyczynowo nadal odczuwa ból, zmęczenie i inne objawy pogarszające, jakość życia chorych.
- Inne choroby infekcyjne, takie jak malaria i gruźlica, mogą postępować do stadium schorzenia nieuleczalnego i w takich przypadkach wymagają opieki paliatywnej.
- Utworzenie jednostek opieki paliatywnej w krajach rozwijających się istotnie zmniejszyło cierpienie i spowodowało znaczną poprawę, jakości życia chorych na HIV/AIDS i inne schorzenia.
- Wielu chorych wymaga wsparcia w zakresie problemów psychosocjalnych i duchowych, wraz z postępem choroby.

#### Potwierdza, że:

- Opieka paliatywna może skutecznie zmniejszyć cierpienie i może być zapewniona za stosunkowo niewielkie środki finansowe.
- Korzyści płynące z rozwoju opieki paliatywnej nie są ograniczone do opieki w ostatnich dniach życia (ang. end of life care), ponieważ udowodniono, iż wczesne wdrożenie opieki paliatywnej poprawia, jakość życia i zmniejsza konieczność wdrażania agresywnego i nadmiernie obciążającego chorych leczenia.

#### Wyraża obawę, że:

- Pomimo dowiedzionej skuteczności, dostęp do opieki paliatywnej jest ograniczony lub, w niektórych krajach, szczególnie rozwijających się, brak opieki paliatywnej, co każdego roku prowadzi do niepotrzebnego cierpienia wielu milionów chorych.

Wzywa rządy wszystkich krajów świata do:

- Opracowania programów zdrowotnych, które uwzględniają potrzeby chorych ze schorzeniami ograniczającymi czas przeżycia, bądź w fazie daleko zaawansowanej:
  - Opracowania kompleksowych programów opieki zdrowotnej, które uwzględniają integrację opieki paliatywnej z innymi formami świadczeń zdrowotnych.
  - Zapewnienia, iż regulacje prawne zawierają programy wsparcia dla krewnych pacjentów w okresie sprawowania opieki i po śmierci.
- Zapewnienia dostępu do podstawowych leków, w tym środków podlegających kontroli (opiodowych leków przeciwbólowych, nazywanych w języku potocznym narkotykami – przyp. tłum.) dla wszystkich chorych, którzy wymagają takiego leczenia:
  - Zidentyfikowanie i usunięcie zbędnych ograniczeń, które zmniejszają dostęp do leków podlegających kontroli, dla właściwego zastosowania medycznego.
  - Zapewnienie właściwego systemu, który oceni potrzeby chorych, do stosowania leków kontrolowanych (opiodowych leków przeciwbólowych – przyp. tłum.), w taki sposób, że dostęp do tych leków nie będzie zakłócony.
  - Zapewnienie bezpiecznych systemów dystrybucji i wydawania leków w taki sposób, że pacjenci będą posiadali dostęp do opiodowych leków przeciwbólowych niezależnie od rokowania, miejsca leczenia i lokalizacji geograficznej.
- Zapewnienia, iż pracownicy ochrony zdrowia uzyskają właściwe szkolenie w zakresie opieki paliatywnej i leczenia bólu na poziomie przed- i podyplomowym:
  - Dokonania niezbędnych zmian w programach szkoleń pracowników ochrony zdrowia (lekarzy, pielęgniarek, farmaceutów, psychologów i innych) na poziomie przed-dyplomowym, w celu zapewnienia, iż wszyscy pracownicy ochrony zdrowia uzyskają podstawową wiedzę, dotyczącą opieki paliatywnej i zapewnią ją chorym, niezależnie od miejsca w systemie opieki zdrowotnej, w którym pracują.
  - Wspierania rozwoju i wdrożenia podyplomowych i specjalistycznych programów opieki paliatywnej, w celu zapewnienia kompleksowej opieki chorym z trudnymi do leczenia objawami i problemami psychosocjalnymi oraz duchowymi.
  - Zapewnienia właściwej i ciągłej edukacji (kursów) w zakresie opieki paliatywnej, dostępnych dla pracowników opieki zdrowotnej.
- Zapewnienia integracji opieki paliatywnej do systemu ochrony zdrowia na wszystkich poziomach:
  - Zaplanowania i realizacji planów utworzenia jednostek opieki paliatywnej, grup i programów, zgodnych ze wskaźnikami zachorowalności i umieralności i rozkładem danych populacyjnych.

#### **Sygnatariusze i reprezentanci regionalnych i międzynarodowych organizacji wzywają:**

- Wszystkie rządy świata do zapewnienia chorym i ich rodzinom prawa dostępu do opieki paliatywnej, poprzez jej integrację do systemów ochrony zdrowia, jak również do zapewnienia dostępu do podstawowych leków, z uwzględnieniem opiodowych leków przeciwbólowych.
- Większe organizacje i fora międzynarodowe, takie jak Rada Europy, Unia Europejska, Światowa Organizacja

Zdrowia, Światowe Zgromadzenie Zdrowia, Światowe Stowarzyszenie Medyczne i Międzynarodową Radę Pielęgniarek do promowania prawa do opieki paliatywnej.

Zapraszają:

- Regionalne i narodowe stowarzyszenia opieki paliatywnej do wspierania filozofii opieki paliatywnej, która obejmuje nie tylko rozwój specjalistycznych jednostek, ale także koncentruje się na zdrowiu publicznym.
- Instytucje akademickie, szpitale kliniczne i uniwersytety (zwłaszcza medyczne – przyp. tłum.) w krajach rozwijających się i rozwiniętych do szkolenia i motywowania pracowników służby zdrowia w opiece rodzinnej i środowiskowej, w celu integrowania opieki paliatywnej do swoich świadczeń.

Wyrażają nadzieję, że:

- Ogół społeczeństwa zauważa potrzebę zapewnienia dostępu do opieki paliatywnej dla wszystkich i wspiera Kartę Praską (ang. the Prague Charter) poprzez udział w aktywności społecznej i medialnej oraz poprzez podpisanie tej petycji.

**Europejskie Stowarzyszenie Opieki Paliatywnej (EAPC), Międzynarodowe Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej i Paliatywnej (IAHPC), Światowy Sojusz Opieki Paliatywnej (WPCA), Obserwatorium Praw Człowieka (HRW) i Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej (PTMP) pracują wspólnie dla zapewnienia dostępu do opieki paliatywnej, jako Prawa Człowieka**

PROSIMY O PODPISANIE TEJ PETYCJI

Oryginał w języku angielskim zamieszczono 5 grudnia 2012 r.  
Tłumaczenie na język polski zamieszczono 17 kwietnia 2013 r.

**Wersję polską dokumentu przetłumaczył i opracował za zgodą Zarządu Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC)**

**Dr hab. n. med. Wojciech Leppert**

**Katedra i Klinika Medycyny Paliatywnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego  
w Poznaniu  
Osiedle Rusa 25 A, 61-245 Poznań  
E-mail: wojciechleppert@wp.pl**

### **Informacja nr 12/2015 z działalności Akredytowanego przez ICN Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi**

Szanowni Państwo,  
To już kolejny, 10 rok od momentu wznowienia aktywności na rzecz implementacji ICNP® w Polsce, obecnie kontynuowanej przez Akredytowane przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek Centrum Badania i Rozwoju ICNP przy UM w Łodzi (ACBiR) we

współpracy z PTP. Okres ten był bardzo intensywny i bogaty w wiele aktywności. Ma to m.in. związek z coraz powszechniejszym wykorzystywaniem systemów informatycznych w praktyce klinicznej, dostępnością środków na ten cel, czy też koniecznością oceny zapotrzebowania na opiekę, wyceny i standaryzacji świadczeń pielęgniarstwa w podmiotach leczniczych.

Uczestniczyliśmy m.in. w panelu ekspertów dotyczącym Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w CSIOZ dot. m.in. standaryzacji dokumentacji medycznej i gromadzenia danych. Obecnie dokonywane są zmiany w Radzie e-zdrowie ds. Pielęgniarstwa przy CSIOZ. Ma to związek z nowymi zadaniami dotyczącymi standaryzacji dokumentacji pielęgniarstwa. Bardzo ważnym osiągnięciem minionego półrocza było przyjęcie przez Ministra Zdrowia, w dniu 26 kwietnia 2015 r. Rekomendacji nr 1/2013 z dnia 11 września 2013 r. dotyczącej projektu elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwa. Obserwujemy także wzrastającą świadomość znaczenia Klasyfikacji dla praktyki pielęgniarstwa i rosnące wsparcie środowiska pielęgniarstwa. Budowanie praktyki opartej na badaniach naukowych to bezpieczeństwo pacjenta. Prowadzone są projekty z wykorzystaniem ICNP w wielu miejscach w Polsce i coraz więcej dydaktyków odważnie sięga po narzędzia do nauczania Klasyfikacji. Poniżej przedstawiamy podsumowanie z prac Centrum w pierwszym półroczu 2015 r. ■

dr Dorota Kilańska  
Dyrektor Akredytowanego przez ICN CBiR ICNP®  
przy UM w Łodzi

W 2015 r. odbyło się pierwsze spotkanie z przedstawicielami Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Medycznego STORM, podczas którego uzgadniano obszary współpracy, dzielono się oczekiwaniami wobec narzędzi informatycznych dla pielęgniarek.

Pielęgniarki i położne miały możliwość uczestniczenia w II Seminarium dotyczącym wdrażania międzynarodowych standardów i dobrych praktyk do opieki zdrowotnej, pt: „STOP wykluczeniu cyfrowemu w pielęgniarstwie. Elektroniczna dokumentacja medyczna: doświadczenia z wdrażania i wykorzystania Klasyfikacji ICNP® w Elektronicznym Rekorcie Pacjenta (EHFO w Polsce)”. Seminarium towarzyszyły także warsztaty z zakresu ICNP® oraz wskaźników jakości opieki.

Ukazała się nowa wersja Klasyfikacji ICNP® 2013, będąca efektem projektu TELENRS CARE i prac walidacyjnych Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ.

Zakończono II edycję warsztatów „PLANOWANIE OPIEKI WEDŁUG MIĘDZYNARODOWEGO STANDARDU ICNP®”. Odbyło się 6 warsztatów z udziałem 107 uczestników, w tym: pielęgniarek, położnych, lekarzy, informatyków i rehabilitantów.

Członkowie ACBiR przy UM w Łodzi brali udział w 5 posiedzeniach Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ, oraz w kilku konferencjach międzynarodowych gdzie przedstawiano zaawansowanie wdrażania dobrych praktyk dotyczących informatyzacji pielęgniarstwa w Polsce, w tym Med.-e-tel., której organizatorem było stowarzyszenie Society for Telemedicine & eHealth (ISfTeH), czy 23rd International Conference on Health Promoting Hospitals and Health

Services organizowaną przez WHO Collaboration Centre for Health Promotion in Hospitals and Health Care.

Podpisano 4 umowę z ICN na tłumaczenie wersji ICNP® 2015. Zmiany dotyczą 216 terminów z wersji 2013. Do tłumaczenia jest 376 nowych z 4212 rekordów. W tym 1396 terminów podstawowych (terminy kluczowe z definicjami), 232 terminy opisujące działania/interwencje pielęgniarstwa (terminy kluczowe z definicjami) oraz 805 diagnoz i ponad 1019 interwencji pielęgniarstwa.

W dniach 19-23 czerwca 2015 r., w Seulu odbyła się Konferencja Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, podczas której miało miejsce posiedzenie Konsorcjum Centrów ICNP®. Centra dzieliły się doświadczeniami z wdrażania Klasyfikacji ICNP na świecie.

Podczas spotkania przedstawiono również nowe narzędzie internetowe pozwalające na zapoznanie się z Klasyfikacją w 13 językach, w tym w j. polskim, portugalskim, mandaryńskim, czy hiszpańskim.

Międzynarodowa Rada Pielęgniarek przygotowała materiały promocyjne, dotyczące wykorzystania ICNP® w praktyce. Rada Narodowych Reprezentantów ICN przyjęła stanowisko w sprawie kontynuowania prac nad ICNP®.

Uroczyste obchodzono 25 lecie prac nad Klasyfikacją ICNP® na specjalnej sesji głównej. Największe osiągnięcia z wdrażania Klasyfikacji ma obecnie m.in. Portugalia, która może się poszczycić wzrostem jakości opieki, opisanym przez OECD oraz Korea Płd.. Korea Płd. wdrożyła ICNP® w wersji elektronicznej w 100%. Obecnie prowadzi kampanię na rzecz poprawy warunków pracy pielęgniarek. Studenci pielęgniarstwa podczas zajęć przygotowują plany opieki z wykorzystaniem narzędzi informatycznych. Kolejne kraje, jak m.in. Norwegia, Szwecja pracują nad implementacją ICNP. Przedstawiono także raport z działań w Polsce. Kanada prowadzi m.in. projekt wdrażania przewodników opartych na badaniach naukowych z wykorzystaniem ICNP, w tym projekt C-HOBIC, gdzie wskazano 10 skal do oceny jakości opieki pielęgniarstwa. Ukazały się już 3 wydania czasopisma „Analiza Przypadków w Pielęgniarstwie i Położnictwie”, w którym publikowane są m.in. propozycje planów opieki z wykorzystaniem ICNP®.

W dniu 9 października 2015 r., w Łodzi odbędzie się pierwsza Konferencja PZWL ze wsparciem merytorycznym Akredytowanego przez ICN Centrum BiR ICNP® przy UM w Łodzi oraz PTP, Oddział w Łodzi, dotycząca najnowszych osiągnięć pielęgniarstwa na świecie. Serdecznie zapraszamy.

#### INFORMACJE:

Strona internetowa ACBiR ICNP

<http://www.umed.pl/pl/indexl.php?dir=icnp&mn=akt>

Informacje o ICNP na stronie www Międzynarodowej Rady Pielęgniarek

<http://www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practice-icnp/> ■

Przedruk z Gazety Wyborczej, 09.07.2015r

## O co chodzi pielęgniarkom?

Groźba wrześniowego - czyli tuż przed wyborami - strajku pielęgniarek to dla rządu dostateczny doping, by dążyć do porozumienia. Trwają więc rozmowy w Ministerstwie Zdrowia. Chodzi o wzrost płac i jasne określenie norm zatrudnienia. Ale czy możliwe jest szybkie rozwiązanie problemu, który istnieje od 26 lat?

Jest czerwiec 1989 r. w gmachu Komisji Planowania (obecnie Ministerstwo Gospodarki) przy placu Trzech Krzyży w Warszawie spotykają się uczestnicy głódówki protestacyjnej z poznańskiego pogotowia wspierani przez związkowców z "Solidarności" służby zdrowia oraz przedstawiciele rządu, jeszcze nie "naszego".

Ministrem zdrowia jest Izabela Płaneta-Malecka, ministrem ds. związków zawodowych - Józef Oleksy. Ze strony związkowców pada grad argumentów ekonomicznych i etycznych, a minister Oleksy odpowiada na nie jednym: - „Macie rację, ale rząd nie ma pieniędzy”.

I tak jest do dzisiaj.

Na ścianach sali kolegalnej Ministerstwa Zdrowia zawisło już 17 portretów kolejnych ministrów. Przez te lata wiele rzeczy się zmieniło, rząd niewiele ma wspólnego z płacami pielęgniarek, ale pieniędzy na ich uposażenia ciągle brakuje. Brakuje, bo nikt ich pracy nie przelicza na korzyści.

W 1990 r., kiedy bieda w polskich szpitalach aż pisała, centralny taryfikator płac przewidywał 410 tys. starych złotych na pensję zasadniczą pielęgniarki i 600 tys. na płacę ordynatora oddziału. Biedę dzielono więc po równo. Dziś trudno mówić o średniej zarobków lekarzy, bo zależą one od specjalizacji, tego, gdzie ci lekarze pracują, oraz od kondycji finansowej ich miejsc pracy.

Ochrona zdrowia nie jest w sferze budżetowej już od 16 lat, ale wyraźnie widać, kto na komercjalizacji tej sfery usług publicznych zyskał, a kto stracił. Profesor Wiesława Kozek, socjolog, tak mówiła w wywiadzie dla "Wyborczej": - Jeśli zdarzy się, że na jednej sali jest grupa lekarzy i pielęgniarek, to lekarze rozmawiają o wakacjach w ciepłych krajach, a pielęgniarki nie wiedzą, gdzie czy podziąć. Ich problem to opłacenie bieżących rachunków.

Silną pozycję przetargową lekarze zyskali dzięki dyrektywie unijnej o czasie pracy i rozporządzeniom "koszykowym" ministra zdrowia. Szpital, jeśli chce prowadzić jakiś oddział, musi mieć ściśle określoną liczbę specjalistów poszczególnych dziedzin medycyny. Jeśli ma ich za mało, NFZ nie podpisze z nim kontraktu. A że wymagania NFZ ma wyższe niż w bogatszych od nas krajach, szpitale walczą o lekarzy. Im bardziej deficytowa specjalizacja, tym więcej można dostać za dyżur i w większej liczbie miejsc się zatrudnić poza etatem, na kontrakcie.

Dlatego określenia norm zatrudnienia chcą też pielęgniarki. Starają się o to od lat, bo dałoby to im silniejszą pozycję na rynku pracy. Udało im się nawet przekonać poprzedniego premiera, a poprzedni minister zdrowia zadanie

wykonał. Tyle że w swoim rozporządzeniu decyzję o minimalnym zatrudnieniu pozostawił do uznania dyrektorów placówek medycznych. - To tak, jakby wilkowi kazać owieć pilnować - mówi prof. Kozek.

We wszystkich szpitalach dyrektorzy usiłujący utrzymać w ryzach budżet szpitalny oszczędzają na płacach, głównie pielęgniarek. Płacą tak mało, ile tylko się da bez wszczynania buntów. I zatrudniają tak mało, ile tylko mogą.

Przez 26 lat procesu transformacji pielęgniarki przeciwowały już niemal wszystkie formy protestu. Na początku były „Białe Marsze”, głódówki protestacyjne, czarne koszulki zamiast białych fartuchów, blokowanie ruchu na przejściach dla pieszych, odchodzenie od łóżek na dwie godziny. Protesty okazały się nieskuteczne, bo kolejne rządy nie miały pieniędzy.

W 1999 r. weszła w życie wielka reforma zdrowia. Miała przynieść większe płace, zależne od wkładu pracy. I przyniosła - zwolnienia pielęgniarek ze szpitali. Zamiast podwyżek płac reforma przyniosła im groźbę bezrobocia.

Pielęgniarek ubyło, pacjentów przybyło, doszły też obowiązki biurokratyczne. 12 grudnia 2000 r. zaczął się strajk okupacyjny pielęgniarek w Ministerstwie Zdrowia. Sytuacja była tak napięta, że rząd w ekspresowym tempie przeprowadził przez parlament ustawę o podwyżkach dla pracowników służby zdrowia, osławioną "ustawę 203". W następnym roku pielęgniarki miały dostać 203 zł podwyżki płac, a w jeszcze następnym dodatkowo 171 zł. Rząd uchwalił prawo, ale nie zapewnił dodatkowych pieniędzy. W następnych latach szpitale coraz częściej były nawiedzane przez komorników, coraz większej ich liczbie groziło zamknięcie, następny rząd musiał je ratować.

W 2007 r. pielęgniarki utworzyły przed kancelarią premiera Jarosława Kaczyńskiego białe miasteczko. Do protestujących przychodzili ze wsparciem opozycyjni politycy, m.in. posłanka Ewa Kopacz. Minister Religa zainicjował ustawę o podwyżkach, tzw. ustawę wedłowską, która zobowiązywała szpitale do przeznaczania 40 proc. pieniędzy ze zwiększonego kontraktu na podwyżki płac. Też wykonywaną, tylko częściowo i nie wszędzie. Kiedy przyszły chude lata z powodu kryzysu, niewiele szpitali dostawało więcej pieniędzy.

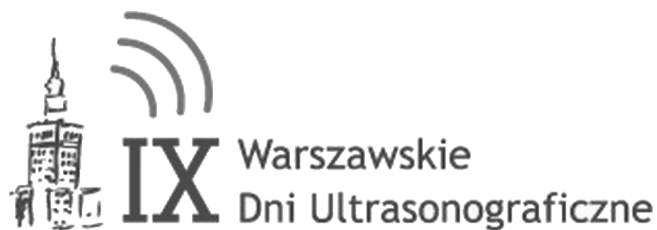
Teraz pielęgniarki grożą strajkiem generalnym. Czy mają rację? Tu nie o rację już chodzi, ale o zwykłą kalkulację. Liczby są bezlitosne. W 1990 r. szkoły pielęgniarskie opuściło 15 tys. absolwentów, w 2000 r. - tylko 3 tys.

Lata działania praw rynkowych w ich zawodzie doprowadziły do tego, że pod koniec ub.r. pielęgniarek w wieku od 56 do 60 lat było 38,6 tys., a ich młodszych koleżanek w wieku od 21 do 25 lat - 5,7 tys. Mamy jedną z najstarszych grup zawodowych, a społeczeństwo starzeje się w najbardziej dynamicznym tempie w Europie. „Wymierający zawód” - głoszą transparenty protestujących.

Polska Federacja Szpitali chce uczestniczyć w negocjacjach Ministerstwa Zdrowia z pielęgniarkami. 2 lipca wystosowała do ministra zdrowia list, w którym przypomina, że znowu nie ma pieniędzy. Wycena punktu kontraktowego pozostaje niezmienna od lat, a szpitalom stawia się nadmierne wymagania.

Mówienie, że dla pielęgniarek nie ma pieniędzy, jest już zbyt ograne. Czas się zastanowić, skąd je wziąć.

Elżbieta Cichocka



## Diagnostyka i postępowanie w ciąży wielopłodowej

23-24-10-2015, Warszawa

Serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w dziewiątej już konferencji z cyklu "Warszawskie Dni Ultrasonograficzne", która tym razem poświęcona będzie problematyce ciąży mnogiej oraz znaczenia ultrasonografii w diagnostyce i modyfikacji sposobu prowadzenia ciąży wielopłodowej.

Będziemy chcieli omówić podstawowe zasady diagnostyki ultrasonograficznej w ciąży bliźniaczej, omówić problemy położnicze specyficzne dla ciąży mnogiej oraz podzielić się z Państwem własnymi doświadczeniami z prowadzenia ciąży bliźniaczych oraz ciąży o wyższej krotności. Jednym z tematów będzie specyfika diagnostyki prenatalnej ciąży mnogich.

Biorąc pod uwagę fakt, że coraz szersze stosowanie technik rozrodu wspomaganego medycznie dostarcza nam coraz więcej ciąży mnogich mam nadzieję, że ta problematyka wzbudzi Państwa zainteresowanie.

Zapraszam serdecznie!

Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski

W gronie wykładowców znajdują się tacy specjaliści jak:

- Prof. dr hab. n. med. Romuald Dębski - Kierownik naukowy IX WDU
- Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski
- Prof. dr hab. n. med. Tomasz Paszkowski
- Prof. dr hab. n. med. Joanna Szymkiewicz - Dangel
- Prof. dr hab. n. med. Sławomir Wołczyński
- Dr n. med. Marzena Dębska
- Dr n. med. Jacek Witwicki
- Dr n. med. Marcin Woźniewicz

Uczestnicy konferencji uzyskają punkty edukacyjne.

Koszt uczestnictwa to 300 zł.

Wszelkie szczegóły nt. spotkania oraz formularz do rejestracji on-line dostępne są na stronie

[www.wdu.mar-med.pl](http://www.wdu.mar-med.pl)

## KOMUNIKAT !

Delegatura Ostrowsko – Krotoszyńska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Ostrowie Wielkopolskim przygotowuje „Ostrowski Almanach Medyczny” obejmujący lata 1837 – 2000.

Almanach będzie obejmował fachowych pracowników lecznictwa związanych z Ostrowem Wielkopolskim, to jest urodzonych, uczących się i pracujących zawodowo w naszym mieście i powiecie.

Podany rok 2000 oznacza rok uzyskania dyplomu lekarza medycyny, lekarza stomatologa, magistra farmacji, **magistra pielęgniarstwa i położnictwa**, felczera medycyny i zawodów związanych z pracą w jednostkach służby zdrowia, np. psychologa klinicznego, magistra rehabilitacji leczniczej, magistra biologii.

Opracowanie wymaga czynnej współpracy wszystkich, do których zwracany się niniejszym pismem – apelem, na którą bardzo liczymy.

Osoby zainteresowane prosimy o wypełnienie załączonej tabeli i przesłanie na poniższy adres korespondencyjny.

Będziemy wdzięczni za szybki, pozytywny odzew ze strony PT Respondentów.

Redaktorem prowadzącym jest dr nauk med. Krystian Nielacny – tel 62 591 33 14.

Adres kontaktowy :  
Delegatura WIL w Ostrowie  
63-400 Ostrów Wlkp.  
ul. Sienkiewicza 14/4  
e-mail: [delost@wp.pl](mailto:delost@wp.pl)  
tel. (62) 735 44 80

( - ) Krystian Nielacny

( - ) Wiesław Wawrzyniak  
Przewodniczący Del. O - K

**BiRaKo®**  
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:  
tel. 34 365 16 86  
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa  
ul. Kościuszki 13 p.28  
pn-pt, godz. 8<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>

**DRUKI MEDYCZNE**  
**ARTYKUŁY BIUROWE**  
**KUPONY REKUS**



*Niechaj zdrowie i wesele zawsze w twym żywocie  
gości. Spełniaj wszystkie swe marzenia, doznaj pełni  
szczęśliwości.  
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.*

W związku z zakończeniem pracy zawodowej  
i zasłużonym odejściem na emeryturę,  
podziękowania za długoletnią pracę, codzienny trud,  
gotowość do niesienia pomocy potrzebującym,  
poświęcenie i życzliwość  
życzenia radości i dobrego zdrowia na dalsze lata

**dla Pani**

**Elżbiety  
Darnowskiej**



składają Pielęgniarki i Położne  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Częstochowie.

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.



Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.  
Bo cóż piękniejszego, niż właśnie marzenia?  
Wiek emerytalny po to jest nam dany,  
By realizować niespełnione plany.  
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,  
Tylko łykać życie i się delectować.  
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało  
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.  
Ciesz się każdym dniem!  
Wszystkiego najlepszego ...

**HANI SPYRA**

ZESPÓŁ ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH  
W KŁOBUCKU

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

### GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup> , czw-pt 7 <sup>30</sup> -16 <sup>30</sup>	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 405
Skarbnik	Środa 11 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup> , Piątek 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404

*Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.*

**OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**



**“Zatrzymaj czas we wspomnieniach,  
pamiętaj o pięknych chwilach,  
by nigdy nie poszły w zapomnienie”**

## **Franciszka Pinis**

Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że w dniu 16 lipca 2015 roku. zmarła

Pielęgniarka Franciszka Pinis,  
urodziła się 3 marca 1915 roku w Częstochowie,  
wieloletnia Pielęgniarka

Pani Franciszka zawsze była przez ludzi dobrze traktowana  
i lubiana. Była wdzięczna Panu Bogu za przeżyty każdy  
dzień i cieszyła się każdą chwilą.

W naszej pamięci pozostanie jako człowiek pełen ciepła,  
życzliwości.

Rodzinie zmarłej składamy wyrazy współczucia

Pielęgniarki i Położne  
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.



*„Ci którzy nas puścili, nie odeszli i są nadal za nami,  
są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

## **Bożenie Zielonka**

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**Teściowej**

składają Pielęgniarki i Położne  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Częstochowie  
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.



*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,  
bo zostawili ślady w naszych sercach.”*

Koleżance

## **Oldze Woszczyna**

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

## **Mamy**

składają Pielęgniarki i Położne  
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołowego  
w Częstochowie.  
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.

**„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś,  
kto jeszcze mógł być z nami.”**

Wyrazy szczerzego współczucia  
i słowa otuchy z powodu śmierci

## **Męża**

## **Pielęgniarce Annie Kulig**

składają koleżanki ze Szpitala Rejonowego w Krzepicach  
oraz  
Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

**“Zatrzymaj czas we wspomnieniach,  
pamiętaj o pięknych chwilach,**



*„Tylko życie poświęcone innym warto jest przeżyć.”  
Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę, Pielęgniarkę*

## **Barbarę Łuksza**

**Primo voto Pasek**



Urodziła się 30.05.1948 roku  
w Częstochowie, zmarła  
25.07.2015 roku

Dziękujemy Jej za piękną  
postawę człowieka – pielęgniarki  
oddanej

całym sercem swoim bliskim  
przyjaciołom, koleżankom  
i kolegom z SP ZOZ Stacji  
Pogotowia Ratunkowego  
w Częstochowie,  
gdzie pracowała

od 22.06.1968 r. do 31.01.2015 r.

Zawsze życzliwa, uśmiechnięta, opiekuńcza, stale gotowa  
do niesienia pomocy drugiemu człowiekowi. Bardzo dumna  
ze swoich synów i wnucząt. Często o nich opowiadała.

W pracy była „pracoholikiem”. Była też społecznikiem.  
Wspomnieć należy, że była pierwszym skarbnikiem OIPIP  
w Częstochowie. Przeszła w tym roku na emeryturę i zaraz  
dowiedziała się o śmiertelnej chorobie. Walkę z tą chorobą  
niestety przegrała.

Basiu ! Zawsze będziesz w naszych sercach i myślach.

Z wyrazami współczucia dla rodziny.  
Dyrekcja i pracownicy SP ZOZ Stacji Pogotowia  
Ratunkowego oraz  
Przewodnicząca  
i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

Kurs kształcący nt: „Długoterminowe dostępne naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych”.  
Częstochowa, 16.06.2015r



# Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne”

Nr 03/08 organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Częstochowa, 29 maj 2015 rok.



## Uroczyste rozdanie certyfikatów absolwentkom szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa geriatrycznego - Częstochowa, 28.05.2015r.

