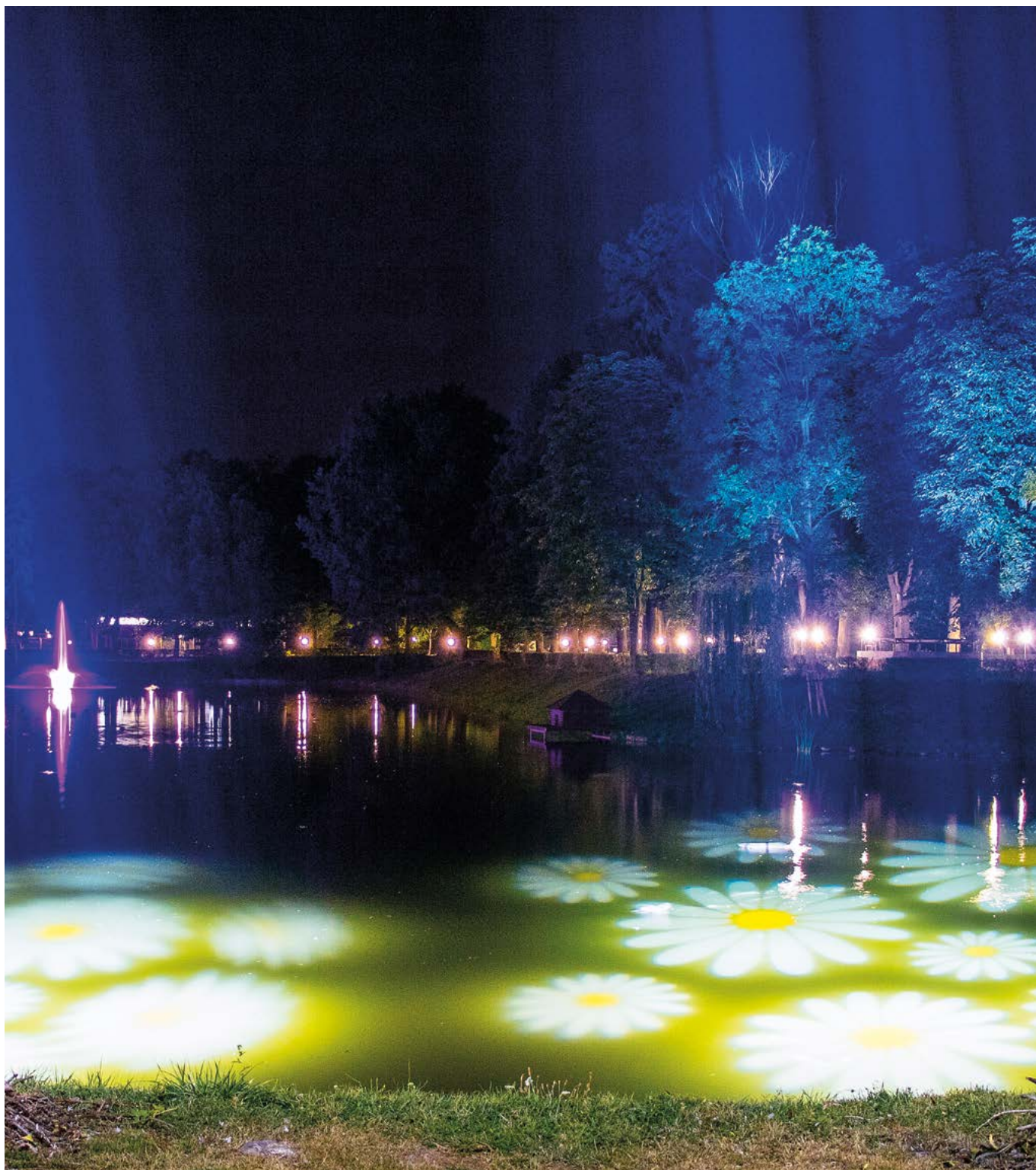




„Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu. W „Informatorze” są wiadomości dotyczące działalności OIPIP w Zamościu oraz informacje NRPIP, a także informacje szkoleniowe. OIPIP zwraca się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.

Ważne!

Informujemy, że Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu wykupiła dostęp do wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim na platformie IBUK Libra

IBUK Libra – czytelnia czynna całą dobę!

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz Internet

Stwórz własną półkę z książkami IBUK i pracuj z tekstem:

- dodawaj zakładki

- rób notatki bezpośrednio w tekście
- wyszukuj słowa i frazy
- taguj ważne fragmenty
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN

Wniosek o nadanie dostępu znajduje się na stronie internetowej Izby – należy go wypełnić i przesłać do biura Izby.

Wyciąg z ustawy

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U.2016 poz.1251 ze zm.)

Zgodnie z art. 46 „Pielęgniarka i Położna wpisana do rejestru o którym mowa w art. 43 są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.



22-400 Zamość, ul. Odrodzenia 7, tel./fax 84 639 07 06, tel. kom. 504 825 352
tel. kom. Przewodniczącej 504 825 351, e-mail: oipipzamosc@oipip.eu www.oipip.eu www.oipip.home.pl

Biuro czynne: poniedziałek – piątek 8.00 – 16.00

Przewodnicząca Okręgowej Rady: poniedziałek – piątek 8.00 – 16.00

Radca prawny: środa – 10.00 – 16.00

Dyżury: Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: dyżury pod telefonami

I wtorek miesiąca – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pani **Anna Koziej**
tel. 502 575 505, e-mail: annakoziej@wp.pl

III wtorek miesiąca – Zastępca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pani **Małgorzata Wiater**
e-mail: malgorzataw1964@wp.pl

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych – dyżury członków Sądu pod telefonami w godz. 14.00-16.00

poniedziałek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Anna Kot** – tel. 784 642 843

wtorek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Urszula Porębska** – tel. 506 088 352

środa – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Bożena Szmit** – tel. 668 172 253

czwartek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Elżbieta Zań** – tel. 693 839 681

piątek – Członek Okręgowego Sądu – Pani **Ewa Komadowska** – tel. 721 110 249

Informacja

Obowiązek pielęgniarki, położnej dotyczący informowania okręgowej rady pielęgniarek i położnych o miejscu zatrudnienia – podstawy prawne.

Przemysław Ośka

Biuro prawne NIPiP

Informujemy, iż pielęgniarka lub położna powinna zawiadomić o miejscu jej zatrudnienia Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu. Powyższy obowiązek wynika z art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r., o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1251), w myśl którego pielęgniarki i położne wykonujące zawód w formach, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 tej ustawy (a więc w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej), są obowiązane w terminie 14 dni od dnia nawiązania stosunku służbowego lub zawarcia umowy poinformować o tym fakcie Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu, wskazując:

- numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu albo ograniczonego prawa wykonywania zawodu;

- datę zatrudnienia i stanowisko, a w przypadku umów na czas określony – datę zakończenia umowy;
- miejsce wykonywania zawodu.

Ponadto w myśl art. 19 ust. 3 ww. ustawy pielęgniarki i położne wykonujące zawód w powyżej wskazanych formach są obowiązane również poinformować Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu o rozwiązaniu albo wygaśnięciu umowy w terminie 14 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia umowy. Z powyższymi regulacjami koresponduje również brzmienie art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którym pielęgniarki i położne wpisane do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia właściwej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych o wszelkich zmianach jej danych zawartych w tym rejestrze, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia ich powstania, pielęgniarka lub położna powinna w szczególności poinformować Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych o zmianie danych obejmujących nazwę pracodawcy oraz datę zatrudnienia i stanowisko, poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania zawodu.

Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej

„Bądź obecny. Są takie chwile, kiedy czyjaś pomocna dłoń jest niezbędna, czyjaś obecność jest ratunkiem, wybawieniem, otuchą, pocieszeniem. Jak dobrze, że jest ktoś, do kogo możesz zwrócić się o pomoc. Jak dobrze, że ty jesteś by komuś przyjść z pomocą, po prostu przy nim być, gdy tego potrzebuje. Jak dobrze, że jesteś...”

W dniu 12 maja 2017r. w Sali Konferencyjnej Pensjonatu „MYKA” w Zamościu odbyła się uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

W spotkaniu udział wzięli zaproszeni goście w osobach: Joanna Walewander – Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, Izabela Chałaj – Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Chełmie, Beata Żółkiewska – Sekretarz ORPiP w Chełmie, Andrzej Tytuła – Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Lublinie,

Arkadiusz Bratkowski – Marszałek Województwa Lubelskiego, Andrzej Zastąpiło – Wiceprezydent Miasta Zamościa, Henryk Matej – Starosta Zamojski, Pielęgniarki Naczelne, Przełożone i Dyrektorzy podmiotów leczniczych.

Swoją obecnością zaszczytili nas również Przewodnicząca Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Dziekan Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu, Kanclerz Państwowej



Prowadzący Konferencję Pani Elżbieta Hałas Pan Grzegorz Wojdyła

Szkoły Zawodowej im. Szymona Szymonowica w Zamościu, Prezes MCK Wiedza w Rzeszowie.

Zaproszeni goście na ręce Pani Danuty Kusiak Przewodniczącej ORPiP przekazali życzenia dla wszystkich pielęgniarek i położnych zrzeszonych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. W swoich wystąpieniach podkreślali rolę pielęgniarek i położ-

nych w systemie ochrony zdrowia zaniepokojenie narastającym deficytem kadrowym.

Podczas uroczystości wykład wygłosiła dr Ryszarda Ewa Bernacka – Etyczne i Moralne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej”.

Uroczystość uświetnił występ artystyczny wokalistki i skrzypaczki Magdaleny Sałamacha i Andrzeja Fila.



Sekretarz NRPiP na ręce Danuty Kusiak – Przewodniczącej ORPiP w Zamościu przekazuje życzenia dla pielęgniarek i położnych od Pani Zofii Małas – Prezes NRPiP w Warszawie



Przewodnicząca ORPIP w Chełmie Izabela Chałaj,
Przewodniczący ORPIP w Lublinie Andrzej Tytuła



Wykładowca dr Ryszarda Ewa Bernacka



Przewodnicząca ORPIP w Zamościu Danuta Kusiak, Przewodnicząca ORPIP w Chełmie Izabela Chałaj oraz uczestnicy konferencji



Uczestnicy Konferencji



Uczestnicy Konferencji

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Informacja o Rejestrze

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) jest elektronicznym rejestrem prowadzonym zgodnie z ustawą o działalności leczniczej¹. W części publicznej Rejestru użytkownik może uzyskać informacje na temat podmiotów wykonujących działalność leczniczą w tym:

- Podmiotów leczniczych
- Praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystów
- Praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych

W części dostępnej po zalogowaniu, Rejestr umożliwia między innymi:

- tworzenie wniosków
 - o wpis podmiotu do Rejestru;
 - o wpis zmian w Rejestrze,
 - o wykreślenie podmiotu z Rejestru;
- wysłanie drogą elektroniczną podpisanego wniosku w formie elektronicznej
- pobranie zaświadczeń
- przechowywanie i późniejszy dostęp do wniosków roboczych oraz wniosków podpisanych i wysłanych drogą elektroniczną

1 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 i późn. zm.).

Zgodnie z § 18 ust 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego Rejestru² od 1 **kwietnia 2013 r.** wnioski o wpis do Rejestru, zmianę wpisu do Rejestru i wykreślenie z Rejestru mogą być składane **wyłącznie w postaci elektronicznej**, z wykorzystaniem **bezpiecznego podpisu elektronicznego** w rozumieniu ustawy o podpisie elektronicznym lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne⁴.

2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru [Dz. U. Nr 221, późn. 1319 z późn. zm.).

3 Ustawa z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 262).

4 Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2013 r., poz. 235).

Kształcenie podyplomowe

Informacja Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych od 1 maja 2017 r.
Zmiany w kształceniu podyplomowym Pielęgniarek i Położnych

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK) jest systemem teleinformatycznym tworzonym przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jego zadaniami są:

- gromadzenie informacji pozwalających na określenie zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji oraz w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia;
- monitorowanie kształcenia podyplomowego pracowników medycznych;

- monitorowanie przebiegu kształcenia specjalizacyjnego pracowników medycznych;
- wspomaganie procesu zarządzania systemem kształcenia pracowników medycznych;
- wsparcie przygotowania i realizacji umów, o których mowa w art. 16j ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, w ramach modułu System Informatyczny Rezydentur.

Poza tym w przypadku pielęgniarek i położnych przetwarzane są w nim dane określone w przepisach wydanych na podstawie **art. 67, art. 71-74, art. 76-79 i art. 82** ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Informacja dla Pielęgniarek i Położnych

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i doksztalcającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

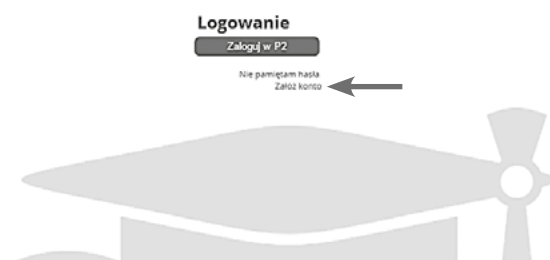
Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

Założenie konta w SMK

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie**.

Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć **załóż konto**



Wypełniamy wniosek o założenie konta użytkownika a następnie naciskamy przycisk **złóż wniosek o założenie konta**.

UWAGA!: Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2”

Powinniśmy otrzymać komunikat:

Poprawnie złożono wniosek o założenie konta.

OK

Na podany we wniosku adres e-mail przesłana zostanie informacja na temat założonego w SMK konta oraz informacja o założeniu konta na P2 SA.

W wiadomości dotyczącej założenia konta na P2 SA zostanie przesłane hasło, które należy zmienić podczas pierwszego logowania (szczegóły procesu zostaną wskazane w wiadomości od P2 SA).

W przypadku nie otrzymania e-maila z hasłem:

Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2” (jeżeli w procesie składania wniosku o założenie konta wskazane pole nie zostało pominięte, należy powtórnie złożyć wniosek).

Mógł wystąpić błąd podczas rejestracji konta (niepoprawny adres e-mail – możliwość weryfikacji tylko w oparciu o kontakt z infolinią SMK). Pomoc techniczną w zakresie SMK można uzyskać telefonicznie:

22 492 50 19, 22 203 27 66, 22 597 09 76, 22 597 09 75. oraz mailowo: smk-serwis@csioz.gov.pl.

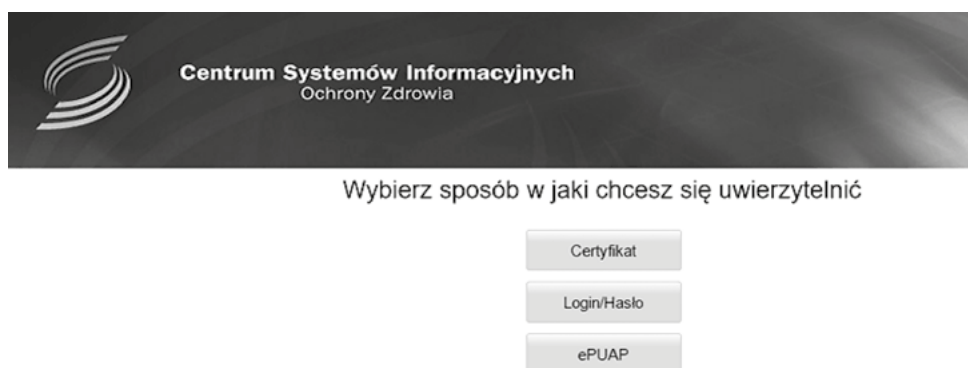
Pomoc świadczona w dni robocze, w godzinach od 9.00 do 15.00.

E-mail mógł trafić do katalogu „spam”, proszę sprawdzić zawartość katalogu.

Następnie należy ponownie wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć przycisk zaloguj w P2



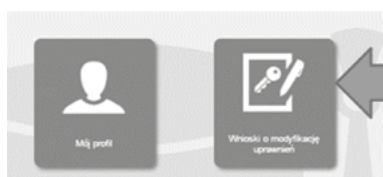
Następnie klikamy Login/Hasło i za pomocą hasła które otrzymaliśmy na adres e-mail podany we wniosku logujemy się. (**loginem jest adres e-mail**)



Po zalogowaniu się do systemu będziemy mieli możliwość wyboru kontekstu pracy (po założeniu konta będziemy mieli tylko jedną rolę), którą należy wybrać.



Po wybraniu roli zerowej należy kliknąć na kafelek Wnioski o modyfikację uprawnień



Na kolejnej stronie klikamy Nowy wniosek o modyfikację uprawnień

Po wypełnieniu pól we wniosku o modyfikację uprawnień należy w części dodatkowe informacje zaznaczyć następujące pozycje:

Jako grupa biznesowa odpowiednio:

- Pielęgniarka
- Położna

Grupa funkcjonalna:

- Użytkownik

Jednostka akceptująca wnioszek:

- OIPiP
- i klikamy wybierz

Na wyświetlonej liście Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wyszukujemy Izby do której aktualnie należymy i klikamy na przycisk w kolumnie akcje a następnie po rozwinięciu w przycisk wybierz.

Pełna nazwa podmiotu

Pełna nazwa podmiotu	Skrócona nazwa podmiotu	Pełna nazwa jednostki	Skrócona nazwa jednostki	Województwo	Miasto	Nip	Akcje
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPiP w Białej Podlaskiej	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPiP w Białej Podlaskiej	Lubelskie	Biała Podlaska		
Wybierz							
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPiP w Białymstoku	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPiP w Białymstoku	Podlaskie	Białystok	5432084766	

Po wybraniu Okręgowej Izby klikamy dalej

Podmiot **Wybierz**

☐ Nowy podmiot

Anuluj **Dalej**

Na następnej stronie podajemy dane o numerze PWZ (Numer PWZ składa się z 7 cyfr plus litera A lub P na końcu) a w liście specjalizacji dane o ukończonych kształceniach. Pole tytuł naukowy uzupełniamy tylko w przypadku posiadania tytułu profesora.

Wniosek o modyfikację uprawnień

Pielęgniarka

Numer PWZ

Izba pielęgniarska która wystawiła pwz

Wystawca

Rodzaj

Lista specjalizacji

Dodaj

Pozostałe dane

Tytuł naukowy Stopień wojskowy Uczelnia

Następnie klikamy zapisz i powinniśmy zobaczyć komunikat:

Potwierdzenie

Poprawnie wykonano akcję: Zapisz.

Dalej

Po kliknięciu dalej należy wybrać opcję podpisania wniosku w zależności od posiadanych podpisów:

- Podpis EPUAP (**bez konieczności przychodzenia do OIPIP**). (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>)
- Podpis kwalifikowany (**bez konieczności przychodzenia do OIPIP**).
- Wniosek papierowy (najpierw drukuj potem złoż wniosek papierowy, **konieczna wizyta w OIPIP**).

Powrót **Anuluj** **Podpisz podpisem EPUAP i wyślij** **Podpisz podpisem kwalifikowanym i wyślij** **Edytuj**

Drukuj **Złóż wniosek papierowy**

Po podpisaniu wniosku zobaczymy potwierdzenie o poprawnym wykonaniu akcji.

Teraz musimy poczekać aż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zweryfikuje wniosek. Jeśli wszystkie dane będą poprawnie wprowadzone to po kolejnym zalogowaniu oprócz roli zerowej będą mogli Państwo wybrać rolę Pielęgniarki/Położnej na której będą mogli Państwo już pracować w systemie.

Informacja dla organizatorów Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Przejdź do komunikatu Ministerstwa Zdrowia dla organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w sprawie prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych za pośrednictwem SMK

Zmiany dotyczą również organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych o których mowa w art. 75 ust. 1 pkt 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 ze zm.) którzy również za pomocą SMK będą składać wniośki o wpis, wpis zmiany danych, przysyłać informacje o planowanych terminach rozpoczęcia i zakończenia kształcenia podyplomowego.

Do korzystania z SMK niezbędne będą:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

I. Założenie konta w SMK

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie założenie konta w tym systemie.

(szczegóły jak należy założyć konto podamy wkrótce po uruchomieniu SMK przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

II. Potwierdzenie danych podmiotu

Po założeniu konta konieczne jest potwierdzenie danych podmiotu, będzie to możliwe na kilka sposobów:

- za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub

- za pomocą darmowego podpisu potwierdzanego profilem zaufanym ePUAP (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>) lub
- za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych lub Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

III. Weryfikacja uprawnień

Kolejną czynnością będzie złożenie wniosku o weryfikację uprawnień do właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych za pomocą systemu SMK.

IV. Kierownicy specjalizacji

Kierownicy specjalizacji również będą zobligowani do posiadania konta w systemie SMK. W tym przypadku potwierdzenie tożsamości będzie odbywać się na zasadach jak w przypadku pielęgniarki i położnej. Natomiast weryfikacji uprawnień dokonywać będzie właściwy organizator kształcenia pielęgniarek i położnych.

POZOSTAŁE INFORMACJE

Odpowiedzialnym za budowę systemu i jego obsługę jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. <http://www.csioz.gov.pl>

Numery telefonów do konsultantów obsługujących infolinię w zakresie SMK:

22 492 50 19, 22 203 27 66, 22 597 09 76, 22 597 09 75

Podręcznik użytkownika SMK – Samorząd Pielęgniarek i Położnych (PDF, 2.4 MB)

W przypadku pytań bądź wątpliwości do Państwa dyspozycji Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia uruchomiło także infolinię 22 597 09 21 czynną w godzinach 9:00 – 15:00 oraz skrzynkę e-mail smk-serwis@ezdrowie.gov.pl

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP

Prezydium ORPiP – Zestawienie uchwał z dnia 12 maja 2017 roku

Uchwała Nr 151/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 152/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 153/VII/17 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,

Uchwała Nr 154/VII/17 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego (kurs specjalistyczny: „Ordynowanie leków i wypisywanie recept”)

Uchwała Nr 155/VII/17 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na łączną kwotę 17859,50 zł,

Uchwała Nr 156/VII/17 w sprawie sfinansowania szkolenia dla członków OSPiP Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,

Uchwała Nr 157/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 158/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 159/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 160/VII/17 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 161/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 162/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okrę-

gowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 163/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 164/VII/17 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – szkolenie specjalizacyjne opieka paliatywna,

Uchwała Nr 165/VII/17 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych szkolenie specjalizacyjne pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 166/VII/17 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych szkolenie specjalizacyjne pielęgniarstwo rodzinne dla położnych,

Uchwała Nr 167/VII/17 w sprawie przyznania zapomogi losowej dla członka OIPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 168/VII/17 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci,

Uchwała Nr 169/VII/17 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych z dnia 30 czerwca 2017 r.

Uchwała Nr 187/VII/17 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarza i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 188/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 189/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 190/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 191/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 192/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 193/VII/17 w sprawie w dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 26, 908, 50 zł)

Uchwała Nr 194/VII/17 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 4000,00 zł),

Uchwała Nr 195/VII/17 w sprawie przyznania zapomogi losowej dla członka OIPiP w Rzeszowie (na kwotę 200,00 zł),

Uchwała Nr 196/VII/17 w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do składu komisji egzaminacyjnej w za-

kresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych,

Uchwała Nr 197/VII/17 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia Nr 7/2017,

Uchwała Nr 198/VII/17 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia Nr 8/2017,

Uchwała Nr 199/VII/17 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 200/VII/17 w sprawie wskazania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej na stanowisko:

- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Wewnętrznego I
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Ginekologicznego
- Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego z Pododdziałem Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej

Uchwała Nr 201/VII/17 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Ważne!

Nowe rozporządzenie w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego

W dniu 23 marca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie *rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego* (Dz. U. z 2017 r. poz. 497).

Rozporządzenie określa:

- **rodzaj i zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych**, które mogą być udzielane przez pielęgniarkę i położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- **wykaz produktów leczniczych oraz środków pomocniczych**, do stosowania których są uprawnione pielęgniarki i położne samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- **rodzaje materiałów**, które mogą być pobierane przez pielęgniarkę i położną do celów diagnostycznych samodzielnie bez zlecenia lekarskiego;
- **rodzaj i zakres medycznych czynności ratunkowych** wykonywanych przez pielęgniarkę;
- **wykaz badań diagnostycznych** do samodzielnego przeprowadzania przez pielęgniarkę i położną.

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.) i zastąpiło obowiązujące od dnia 29 listopada 2007 r. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. o tym samym tytule.

W nowym rozporządzeniu – w porównaniu z obowiązującym poprzednio – zmianie uległa filozofia określenia zakresu czynności, do wykonywania, których pielęgniarki i położne uprawnione są samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego.

Zmiana ta polega na tym, że poprzednio obowiązujące rozporządzenie zawierało enumeratywne wyliczenie czynności, do wykonywania których pielęgniarki i położne uprawnione są samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Nowe rozporządzenie natomiast zawiera ogólny przepis, zgodnie z którym pielęgniarka lub położna może udzielać samodzielnie bez zlecenia lekarskiego świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadaną wiedzą i umiejętnościami nabytymi po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych, z uwzględnieniem § 3 i § 7.

Jednocześnie wspomniane przepisy § 3 i § 7 rozporządzenia wyliczają świadczenia zapobiegawcze,

diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne, które pielęgniarki i położne mogą udzielać samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, jednakże pod warunkiem ukończenia właściwego – wskazanego w tych przepisach – rodzaju kształcenia podyplomowego (kursu specjalistycznego, kwalifikacyjnego lub specjalizacji) albo pod warunkiem posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa albo też w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Podkreślenia zatem wymaga, że w przypadku, gdy określone świadczenia zdrowotne nie zostały wskazane w przepisach § 3 (w odniesieniu do pielęgniarek) albo § 7 (w odniesieniu do położnych), a więc nie są obwarowane wymaganiami określonymi w tych przepisach, pielęgniarki i położne mogą samodzielnie udzielać bez zlecenia lekarskiego tych świadczeń, jeżeli nabyły wiedzę i umiejętności dotyczące ich wykonywania w szkole pielęgniarskiej lub w szkole położnych (w toku kształcenia przeddyplomowego).

W konsekwencji takiego rozwiązania, pielęgniarka oraz położna powinna samodzielnie określić, czy nabyła w toku kształcenia przeddyplomowego umiejętności i wiedzę do wykonania określonych czynności.

Powyższe nie dotyczy medycznych czynności ratunkowych wykonywanych samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, przez pielęgniarkę systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.) oraz świadczeń zapobiegawczych i leczniczych wykonywanych przez pielęgniarkę zatrudnioną lub pełniącą służbę w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, i jednostkami wojskowymi. W stosunku do wymienionych czynności przepisy rozporządzenia (odpowiednio w przepisach § 4 i § 6) zawierają enumeratywne katalogi czynności, do wykonywania których pielęgniarki uprawnione są samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

W tym miejscu należy zwrócić szczególną uwagę na to, iż zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi – *vide* art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, a wykonywanie zawodów pielęgniarki i położnej możliwe jest po uzyskaniu określonych kwalifikacji potwierdzonych dokumentami, o których mowa w art. 28 i 31 tejże ustawy.

Samodzielność wykonywania zawodu wiąże się bowiem ze szczególną odpowiedzialnością za nale-

żyte, zgodne ze standardami i wiedzą medyczną, ich wykonywanie. Za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położne podlegają odpowiedzialności zawodowej, przy czym zgodnie z art. 37 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.) postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej toczy się niezależnie od postępowania karnego w sprawie o przestępstwo, postępowania w sprawie o wykroczenie lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej, w której przepisy szczególne przewidują takie postępowanie.

Za swoje czyny pielęgniarka i położna mogą ponieść, w szczególności:

- odpowiedzialność karną: na podstawie przepisów rozdziału XIX ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137, z późn. zm.) określających przestępstwa przeciwko życiu i zdrowiu (np. art. 155 – nieumyślne spowodowanie śmierci; art. 156 – spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu; art. 157 – spowodowanie średniego i lekkiego uszczerbku na zdrowiu czy art. 160 – narażenie człowieka na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu);
- odpowiedzialność cywilną: na podstawie przepisu art. 444 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks

cywilny (Dz. U. z 2017 r. poz. 459, z późn. zm.), zgodnie z którym naprawienie szkody w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty;

- odpowiedzialność za wykroczenie: na podstawie przepisu art. 70 ustawy z dnia 20 maja 1971 r. – Kodeks wykroczeń (Dz. U. z 2015 r. poz. 1094, z późn. zm.), zgodnie z którym karze aresztu albo grzywny podlega osoba, która, będąc niezdolną do czynności, której nieumiejętne wykonanie może wywołać niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia człowieka, taką czynność przedsięwzię;

Na koniec należy zauważyć, że niezależnie od tego, że pielęgniarka i położna są uprawnione do wykonywania określonych świadczeń samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, to zgodnie z § 8 ust. 1 i 2 rozporządzenia są one obowiązane poinformować bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach.

Jolanta Kubajka-Piotrowska

Dział merytoryczny w biurze NIPiP

Andrzej Ryłski

prawnik w biurze NIPiP

Nowe obowiązki podmiotów leczniczych w zakresie dokumentacji medycznej – nowelizacja ustawy o prawach pacjenta od 11 maja 2017 r.

Budzowska Jolanta

11 maja 2017 r. wchodzi w życie przepisy ustawy z dnia 23.03.2017 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 836). Zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta obejmują szereg istotnych w codziennej praktyce podmiotów leczniczych zagadnień, m.in. dotyczących zasad udostępniania dokumentacji medycznej i ochrony zawartych w nich danych. W efekcie ma to istotny wpływ na obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a związane z prawami pacjenta.

1. Wstęp

Nowelizacja kompleksowo reguluje zagadnienia dotyczące praw pacjenta w zakresie dostępu do dokumentacji medycznej (prowadzonej zarówno w tradycyjnej, papierowej formie, jak w wersji elektronicznej) oraz ochrony zawartych w niej danych osobowych i informacji o stanie zdrowia. Dzięki zmianom doprecyzowującym te kwestie, podmioty wykonujące działal-

ność leczniczą zyskają między innymi możliwość odpowiedniego przygotowania się do wdrożenia stosowanych procedur, będących konsekwencją wchodzącego w życie od 1 stycznia 2018 r. obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

2. Dokumentacja papierowa i elektroniczna – nowa odsłona

Ważne definicje

Jeśli chodzi o udostępnianie dokumentacji prowadzonej w dotychczasowej, papierowej formie, to w pierwszej kolejności uporządkowano i ustawowo zdefiniowano budzące dotąd pewne kontrowersje pojęcia:

- **wyciągu** – skrótego dokumentu zawierającego wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej,
- **odpisu** – dokumentu wytworzonego przez przepisanie tekstu z oryginału dokumentacji medycznej z wiernym zachowaniem zgodności co do treści z oryginałem oraz
- **kopii** – dokumentu wytworzonego przez odwzorowanie oryginału dokumentacji medycznej w formie

kserokopii lub odwzorowania cyfrowego (skanu) – art. 3 ust. 1 pkt 8-10 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – dalej u.p.p.

Dokumentacja prowadzona w tradycyjnej, papierowej formie będzie udostępniana przede wszystkim do wglądu – w tym przez sporządzenie fotokopii i z możliwością sporządzania notatek – lub przez sporządzenie kopii, odpisów albo wyciągów.

Wydanie oryginału tylko w drodze wyjątku

Według nowego brzmienia przepisów, oryginał dokumentacji medycznej ma być wydawany jedynie wyjątkowo: na żądanie organów władzy publicznej i sądów powszechnych oraz w przypadku, gdy oczekiwanie na sporządzenie kopii, wyciągu lub odpisu mogłoby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta (art. 27 ust. 1 pkt 3 u.p.p.).

W każdym z tych przypadków udostępnienie oryginału następuje z zastrzeżeniem zwrotu i za potwierdzeniem odbioru. Analogiczne zasady dotyczą udostępniania zdjęć RTG na kliszy.

Skany dokumentacji medycznej

Istotnym *novum* jest możliwość udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w formie papierowej, przez **wykonanie odwzorowania cyfrowego i przekazanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych**, co ma być możliwe na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów lub podmiotów, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 3 u.p.p.). Postanowienie to wymaga więc weryfikacji obowiązującej treści regulaminu.

Przeglądanie dokumentacji medycznej na miejscu

Gdy dokumentacja medyczna jest prowadzona w postaci elektronicznej, podmiot leczniczy będzie miał obowiązek udostępniania jej w kilku formach: do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych, a także poprzez sporządzanie papierowych wydruków na żądanie pacjenta lub innych uprawnionych organów (art. 27 ust. 1 pkt 1 u.p.p.). Pewne kontrowersje może budzić szczególnie pierwsza z wymienionych form, z uwagi na konieczność zapewnienia stanowiska komputerowego, gdzie osoba uprawniona do dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, w tym sam pacjent, będzie miała możliwość przeglądania plików składających się na pełną dokumentację medyczną, w tym indywidualną i zbiorczą. Nadto, zaistnieje konieczność wprowadzenia odpowiednich zabezpieczeń przed ujawnieniem danych osobowych innych pacjentów, a także przed nieuprawnioną ingerencją osoby wyko-

nującej uprawnienie wglądu w dokumentację medyczną dotyczącą danego pacjenta, w system informatycznym podmiotu leczniczego w dalej idącym zakresie.

Zmiany w opłatach

Opłaty za wydanie dokumentacji medycznej ustalono w zależności od tego, czy wydaniu podlega:

- wyciąg lub odpis – wówczas stawka maksymalna wynosi 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale (wg danych GUS);
- kopia lub wydruk (stawka maksymalnie 0,00007);
- udostępnienie dokumentacji na informatycznym nośniku danych – stawka nie wyższa niż 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia (art. 28 u.p.p.).

3. Szerszy krąg uprawnionych do dokumentacji

Rozszerzono katalog osób, które mogą uzyskać dostęp do dokumentacji (art. 26 ust. 3 u.p.p.). Zgodnie z nowymi przepisami, obejmuje on dodatkowo:

- **podmiot tworzący, a dokładniej** – upoważnione przez podmiot tworzący osoby wykonujące zawód medyczny, w zakresie niezbędnym do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- **członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych** – w zakresie niezbędnym do wykonywania ich zadań;
- posiadające wyższe wykształcenie **osoby wykonujący zawód medyczny** w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości – w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;
- osoby przygotowujące się do wykonywania zawodu medycznego i osoby już wykonujące zawód medyczny **w celu kształcenia** – wyłącznie w zakresie niezbędnym do realizacji celów dydaktycznych (dotyczy to dokumentacji medycznej podmiotów leczniczych utworzonych lub prowadzonych przez uczelnię medyczną lub jednostki organizacyjne innych podmiotów realizujące zadania polegające na kształceniu przed i podyplomowym w zawodach medycznych i instytutów badawczych);
- wprost wskazano także na **Rzecznika Praw Pacjenta**, jako na organ władzy publicznej upoważniony do uzyskiwania dokumentacji medycznej.

4. Kłopoty po śmierci

W każdym z przypadków udostępnienia dokumentacji medycznej, o których mowa wyżej, istnieje obowiązek zachowania w tajemnicy treści dokumentacji medycznej, co do której uzyskano dostęp, także po śmierci pacjenta.

Nowelizacja doprecyzowuje także, że udostępnianie dokumentacji po śmierci pacjenta następuje na

wniosek osoby upoważnionej przez pacjenta za życia oraz osobie, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.

Warto zauważyć jednak, że enumeratywne wskazanie, że do żądania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta jest uprawniona (poza podmiotami niezwiązanymi z pacjentem) osoba upoważniona przez pacjenta za życia oraz osoba, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym, pozostaje w pewnym dysonansie z treścią obowiązujących od dnia 5 sierpnia 2016 roku przepisów ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy – Kodeks postępowania karnego, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. **Przepisy te obligują lekarza do ujawnienia informacji objętych tajemnicą lekarską na żądanie osoby bliskiej pacjentowi, który zmarł, przy czym krąg tych osób znacznie wykracza poza katalog osób upoważnionych do dokumentacji medycznej.** Osobą bliską zgodnie z przepisami przywołanej ustawy jest bowiem: małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta.

Wprowadzony w tej ustawie tryb zwalniania lekarzy z tajemnicy lekarskiej nie ma wpływu na zasady udostępniania dokumentacji medycznej pacjenta. Można mieć zatem wątpliwości, w jakiej relacji pozostają opisane powyżej regulacje, które niewątpliwie bez ograniczeń umożliwiają osobom bliskim zapoznanie się z informacjami objętymi **tajemnicą lekarską**, to jest między innymi z informacjami zawartymi w dokumentacji medycznej, do obowiązujących po kolejnej nowelizacji przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta postanowień odnośnie obowiązku udostępnienia dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta.

Wydaje się, że z uwagi jednak na rozbieżną materię (informacja objęta tajemnicą lekarską nie jest tożsamym pojęciem, co treść dokumentacji medycznej), już obowiązujące przepisy umożliwiające szerokiemu kręgowi osób bliskich zwolnienie lekarza z tajemnicy lekarskiej, nie będą mogły stanowić podstawy do udostępnienia tym osobom dokumentacji medycznej poprzez np. wydanie potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii czy odpisu, o ile osoba bliska nie będzie za życia wskazana przez pacjenta jako upoważniona do uzyskiwania dokumentacji po jego śmierci albo nie będzie osobą, która w chwili śmierci pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Z drugiej strony, informacje objęte tajemnicą lekarską to pojęcie szersze, niż treść dokumentacji medycznej, zatem stosując *argumentum a maiori ad minus*, należałoby interpretować przepisy funkcjonalnie (celowościowo). W przeciwnym wypadku i założeniu, że osoba bliska nie jest uprawniona do udostępnienia jej dokumentacji, nie można wykluczyć żądania literalnego stosowania przepisów z zastosowaniem argumentacji, że

skoro osoba bliska zmarłemu pacjentowi ma prawo do informacji i jest uprawniona, aby zwolnić lekarza z tajemnicy lekarskiej, to może także żądać na przykład odczytania jej treści pełnej dokumentacji medycznej (i jednocześnie nagrywać odczytywaną treść).

5. Co zrobić z archiwum?

Okresy, przez jakie podmiot udzielający świadczeń, ma przechowywać dokumentację medyczną, nie ulegają zmianie. Po ich upływie dokumentacja ma być niszczone w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła albo – co jest nowym rozwiązaniem – wydawana na żądanie pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub osoby upoważnionej przez pacjenta.

Odrębne przepisy wprowadzono odnośnie skierowań na badania lub zleceń lekarza, które teraz mają być przechowywane przez okres 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza albo 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie – w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie (art. 29 ust. 1 pkt 3 u.p.p.).

Nowela wprowadza także szczegółowe zasady postępowania z dokumentacją medyczną w przypadku zaprzestania wykonywania działalności leczniczej (art. 30a u.p.p.). Przewidziana jest w szczególności osobista odpowiedzialność finansowa (groźba kary pieniężnej w wysokości do trzykrotności przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale – według danych GUS) dla ostatniego kierownika podmiotu leczniczego, likwidatora lub syndyka – w przypadku niedopełnienia obowiązków dotyczących postępowania z dokumentacją po zaprzestaniu wykonywania działalności. Jako podstawowe rozwiązanie według planowanych przepisów przyjęto, że dokumentację medyczną podmiotu zaprzestającego wykonywanie działalności leczniczej przejmuje podmiot, który przejął jego zadania. W przypadku braku takiego podmiotu za przechowywanie i udostępnienie dokumentacji odpowiedzialny będzie podmiot tworzący albo sprawujący nadzór lub podmiot, z którym zostanie zawarta umowa o przechowywaniu dokumentacji medycznej – w zależności od danej sytuacji. W ostateczności za miejsce przechowywania dokumentacji odpowiadać będzie wojewoda. Szczególna sytuacja dotyczy też śmierci lekarza albo pielęgniarki lub położnej – wówczas obowiązki w zakresie dokumentacji będą w gestii właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej albo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

6. Uprawnienia kontrolne

Rzecznika Praw Pacjenta

Według nowych przepisów, po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik będzie dodatkowo

uprawniony do skierowania wystąpienia do podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych. W tym wystąpieniu Rzecznik formułuje opinie lub wnioski co do sposobu załatwiania sprawy, a także może żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych, do którego zostało skierowane wystąpienie Rzecznika, będzie miał obowiązek niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 30 dni, poinformować Rzecznika o podjętych działaniach lub zajęтым stanowisku. W przypadku, gdy Rzecznik nie podziela tego stanowiska, będzie mógł zwrócić się do właściwego organu nadrzędnego z wnioskiem o zastosowanie środków przewidzianych w przepisach prawa (art. 53 ust. 5 u.p.p.).

Wprowadza się też prawo złożenia przez wnioskodawcę (inicjatora postępowania przed Rzecznikiem) skargi do sądu administracyjnego, w przypadku wyczerpania trybu postępowania przed Rzecznikiem.

7. Podsumowanie

Powyżej wskazano najważniejsze zmiany przepisów, jakie zaczną obowiązywać **od 11 maja 2017 r.**

Jedynie do postępowań rozpoczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy będzie się stosowało przepisy dotychczasowe. Rodzi to konieczność rozpoczęcia już teraz konkretnych **przygotowań organizacyjnych**, przede wszystkim w zakresie opracowania zmian w przepisach wewnętrznych, między innymi w regulaminie organizacyjnym, jak i zaplanowania szkoleń aktualizacyjnych dla personelu medycznego.

Katalog praw pacjenta zawarty w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta uzupełniono o prawo pacjenta do leczenia bólu, co jednocześnie nakłada na podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych obowiązki podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczenia bólu oraz monitorowania skuteczności tego leczenia (art. 20a u.p.p.).

Trzeba także pamiętać, że nie tylko lekarz, ale także inna osoba wykonująca zawód medyczny, będzie obowiązana do udzielenia pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia, co wymaga rozwinięcia umiejętności komunikacyjnych wśród tych członków personelu. Warto także wypracować w każdym podmiocie jasne zasady stosowania przepisów co do tajemnicy zawodowej i udostępniania dokumentacji.

Funkcjonariusz Publiczny

Jak brzmi definicja Funkcjonariusza Publicznego? Czy pielęgniarka i położna, wykonując określone czynności zawodowe staje się w związku z tym Funkcjonariuszem Publicznym?

Szczególna ochrona pielęgniarki i położnej podczas udzielania niektórych świadczeń zdrowotnych

Zawody pielęgniarki, położnej to zawody medyczne wymagające określonej wiedzy, umiejętności i postaw. Zadania zawodowe pielęgniarki i położnej realizują w stosunku do osób w różnym wieku, o różnych potrzebach zdrowotnych, ale także o różnych oczekiwaniach wobec świadczeniodawców. Nierzadko oczekiwania te odbiegają od przyjętych standardów realizacji świadczeń zdrowotnych, a pielęgniarki i położne spotykają się z nadmiernymi żądaniem, czy nawet agresją zarówno ze strony pacjentów, jak i nierzadko ich najbliższych. Mając na względzie wyjątkową specyfikę wykonywanego przez pielęgniarki i położne zawodu, polegającą między innymi na nieustannym, bezpośrednim kontakcie z pacjentem oraz jego bliskimi, – ustawodawca przewidział szczególny rodzaj ochrony dla osób wykonujących te zawody medyczne.

Jak już wspomniano, niejednokrotnie podczas sprawowania opieki nad pacjentem pielęgniarki i po-

łożne narażone są na agresywne zachowania ze strony swoich podopiecznych lub ich rodzin. W niełatwych dla chorych sytuacjach związanych z koniecznością pobytu w szpitalu czy nagłego pogorszenia stanu zdrowia często postępują oni lub ich najbliżsi w sposób nerwowy i impulsywny. Zdarzają się skrajne przypadki, w których zdenerwowani członkowie rodzin pacjentów nie tylko krzycząc, starają się odreagować swoje emocje, ale również popychają, szarpią lub w inny sposób naruszają nietykalność osobistą pracowników medycznych. Ustawodawca, chcąc chronić przed tego rodzaju zachowaniami osoby wykonujące zawody pielęgniarek i położnych, w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2016 r. późn. 1251) wskazał, że podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają one z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na za-

sadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. poz. 553, z późn. zm.).

Kiedy pielęgniarkom i położnym przysługuje szczególny rodzaj ochrony?

Z przywołanej normy prawnej przede wszystkim wynika, że pielęgniarki i położne nie podlegają przewidzianej ochronie w każdym momencie. Pielęgniarkom ochrona taka gwarantowana jest podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na:

- rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji.
- Położne natomiast korzystają z ochrony przewidzianej w art. 11 ust. 2 przywołanego aktu prawnego, gdy wykonują zadania polegające na:
- rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobywania łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;
- sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Z powyższego jednoznacznie wynika, że ochrona jak dla funkcjonariusza publicznego nie została pielęgniarkom i położnym przyznana w związku z wykonywaniem przez nie każdego rodzaju zadań, do jakich zostały upoważnione na gruncie ustawy o zawodach. Ochrona

taka nie przysługuje np. w razie udzielania świadczeń zdrowotnych w postaci prowadzenia profilaktyki chorób kobiecych i patologii położniczych lub sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą.

Czy oznacza to, że pielęgniarki i położne podczas udzielania wybranych świadczeń zdrowotnych stają się funkcjonariuszami publicznymi?

Kolejną bardzo istotną kwestią, na którą należy wskazać, jest to, że pielęgniarka i położna, wykonując określone czynności zawodowe, nie staje się związku z tym funkcjonariuszem publicznym. Definicja funkcjonariusza publicznego została uregulowana w art. 115 § 13 Kodeksu karnego, z którego wynika, że jest nim Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej, poseł, senator, radny, poseł do Parlamentu Europejskiego, sędzia, ławnik, prokurator, funkcjonariusz finansowego organu postępowania przygotowawczego lub organu nadzrędnego nad finansowym organem postępowania przygotowawczego, notariusz, komornik, kurator sądowy, syndyk, nadzorca sądowy i zarządca, osoba orzekająca w organach dyscyplinarnych działających na podstawie ustawy, osoba będąca pracownikiem administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, a także inna osoba w zakresie, w którym uprawniona jest do wydawania decyzji administracyjnych, osoba będąca pracownikiem organu kontroli państwowej lub organu kontroli samorządu terytorialnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe, osoba zajmująca kierownicze stanowisko w innej instytucji państwowej, funkcjonariusz organu powołanego do ochrony bezpieczeństwa publicznego albo funkcjonariusz Służby Więziennej, osoba pełniąca czynną służbę wojskową, z wyjątkiem terytorialnej służby wojskowej pełnionej dyspozycyjnie oraz pracownik międzynarodowego trybunału karnego, chyba że pełni wyłącznie czynności usługowe. Oczywiście pielęgniarka może być funkcjonariuszem publicznym, np. będąc zatrudniona w organach administracji rządowej lub pełniąc służbę wojskową. Jednak podkreślenia wymaga, że postanowienia dotyczące ochrony przewidzianej w art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach nie skutkują równocześnie tym, że podczas wykonywania wskazanych w nim czynności pielęgniarka lub położna stają się funkcjonariuszami publicznymi. W orzecznictwie w odniesieniu do lekarzy panuje przekonanie, że lekarz zatrudniony w publicznej służbie zdrowia może być uznany za funkcjonariusza publicznego w rozumieniu art. 115 § 13 KK jedynie wówczas, gdy swój zawód łączy z funkcjami o charakterze administracyjnym, lekarz karetki pogotowia – kierownik zespołu reanimacyjnego nie pełni tego rodzaju funkcji (...). (Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Wojskowa z dnia 27 listopada 2000r., sygn. WKN 27/00).

Na czym polega w takim razie ten szczególny rodzaj ochrony przyznany pielęgniarkom i położnym

w związku z wykonywaniem niektórych świadczeń zdrowotnych?

Przepisy Kodeksu karnego odnoszące się do ochrony nietykalności fizycznej funkcjonariusza publicznego przewidują wyższe – ostrzejsze sankcje karne niż w przypadku naruszenia nietykalności pozostałych osób (niesprawujących takiej funkcji). Zaznaczyć trzeba również, iż zwrot normatywny „narusza nietykalność cielesną” obejmuje wszelkie możliwe sposoby ingerencji sprawcy w nietykalność cielesną drugiej osoby, w tym również popchnięcie (odepchnięcie). (Postanowienie Sądu Najwyższego – Izba Karna z dnia 24 czerwca 2010 r., sygn. II K 145/10). Podkreśla się, że o naruszeniu nietykalności osobistej można mówić w przypadku zaistnienia każdego kontakt fizycznego, który jest obraźliwy czy krzywdzący, jednak nie musi się on łączyć z uczuciem bólu. W literaturze wskazuje się na przykładowe formy naruszenia nietykalności osobistej polegające na uszczyptnięciu, popchnięciu, pociągnięciu za odzież lub włosy, a także opluciu lub oblaniu płynem, przy czym należy pamiętać, że prze-

stępstwo to można popełnić wyłącznie umyślnie. Oznacza to, że dojdzie do jego popełnienia w sytuacji celowego chluśnięcia na pielęgniarkę lub położną np. wodą, lecz nie gdy pacjent w sposób niechcący obleje jakimś płynem.

Należy mieć na uwadze, że przepis ten ma przede wszystkim na celu umożliwić pielęgniarkom i położnym niezakłócone wykonywanie określonych czynności zawodowych, które są istotne i ważne z punktu widzenia ogólnospołecznego. Zapewnienie szczególnej ochrony polegającej na zaostrzeniu sankcji karnej za naruszenie nietykalności osobistej osób wykonujących te zawody medyczne ma dać im również większe poczucie bezpieczeństwa podczas realizacji ich pracy.

mec. **Katarzyna Gajewska**, radca prawny

dr n. med. **Grażyna Rogala-Pawelczyk**

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarek i Położnych, Warszawa, prorektor ds.

nauki i rozwoju PWSZ im. Jana Gródka w Sanoku

Przedruk MPiP 04/2017

Informacja

Informacja w sprawie prac nad projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

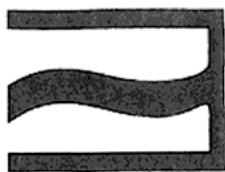
Szanowni Państwo,

W związku z licznymi zapytaniem członków samorządu pielęgniarek i położnych kierowanymi do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie prac nad projektem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w załączeniu przesyłam informacje na temat działań Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w powyższej sprawie.

Z poważaniem

Zofia Małas

/-/ Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

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

NIPiP-NRPIP-DM.0025.228.2016

Warszawa, dnia 28 października 2016r.

Pan
Piotr Warczyński
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo, które wpłynęło do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w dniu 6 października 2016 roku, znak: DSP.0212.3.2016.EK(10) w sprawie przedstawienia opinii do projektu ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o odrzucenie powyższego projektu w całości.

W projekcie ustawy nie wskazuje się źródeł finansowania projektowanych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych. Zakłada się, iż skutek finansowy, który musiałby zostać poniesiony przez podmioty lecznicze w przypadku jednorazowego podwyższenia wynagrodzeń do docelowego poziomu najniższych wynagrodzeń obliczonych w sposób określony w projektowanej ustawie szacowany jest na około 6,7 mld zł w skali kraju i będzie obciążał podmioty lecznicze już od 2017 roku. Ministerstwo Zdrowia nakładając dodatkowe obciążenia na podmioty lecznicze nie zakłada w tym okresie zwiększenia wydatków na służbę zdrowia. W uzasadnieniu czytamy, iż podwyższenie najniższych wynagrodzeń „w założeniu ma się odbywać w oparciu o środki finansowe, które są dostępne w systemie, bez kreowania odrębnego źródła finansowania dla pracowników służby zdrowia”. Podmioty, których działalność opiera się wyłącznie o świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych pozbawione są więc możliwości sfinansowania wydatków na dodatkowe koszty

- 2) pielęgniarki i położne posiadające kurs kwalifikacyjny – 1,75;
- 3) pielęgniarki i położne posiadające specjalizację lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa albo tytuł zawodowy magistra położnictwa – 2,00.

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uregulowanie na poziomie ustawowym minimalnego wynagrodzenia za pracę dla pielęgniarek i położnych pozwoliłoby na powstrzymanie nasilającej się ucieczki osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej poza te zawody albo poza granice państwa, jak również stale rosnącą dysproporcję między zarobkami pielęgniarek i położnych a innymi zawodami medycznymi. Pozwoliłoby to również na zwiększenie atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej, a w konsekwencji na zachęcenie absolwentów studiów pielęgniarstwa i położnictwa do podejmowania zatrudnienia w kraju. Efekty te przełożyłyby się na wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Rzeczypospolitej Polskiej na tysiąc mieszkańców i – w poważnym stopniu – na zbliżenie polskich warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska

Stanowisko NRPiP w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych.



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Stanowisko Nr 7
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 marca 2017 r.

w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że należy wnioskować o zapisy w aktach prawnych gwarantujące wynagrodzenie minimalne dla pielęgniarek i położnych na poziomie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS przy zachowaniu następującej krotności:

- 1) dla pielęgniarek/położnych – 1,5 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.
- 2) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa lub z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa – 1,75 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.
- 3) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa – 2,0 przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

Sekretarz NRPiP

Joanna Walewander

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Pismo NRPiP skierowane do Ministra Zdrowia oraz Przewodniczących Klubów Parlamentarnych PiS, PO, Nowoczesna, Kukiz'15, PSL, dotyczące uwzględnienia zmian do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.149.2017

Warszawa, dnia 9 czerwca 2017r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z procedowaniem Komisji Zdrowia nad rządowym projektem ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 1583)*, w imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, zwracam się z prośbą o zgłoszenie i poparcie zaproponowanych zmian do wyżej wymienionego projektu ustawy.

W tabeli zawartej w załączniku do projektu ustawy określającej współczynniki pracy proponujemy nowe następujące brzmienie pozycji nr 8 i 9:

8.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka lub położna, ze specjalizacją	1,00
9.	Pielęgniarka lub położna, bez specjalizacji	0,73

Uzasadnienie

Projekt w obecnym kształcie zakłada, iż pielęgniarki i położne są jedyną grupą zawodową, dla której ustala się najniższe współczynniki pracy, co będzie skutkowało najniższymi

wynagrodzeniami wśród pracowników medycznych. W stosunku do innych grup pracowników medycznych zostało wprowadzone rozgraniczenie wskaźników pracy dla osób z wyższym wykształceniem lub osób z wykształceniem średnim. W przypadku pielęgniarek i położnych obecny projekt zakłada, iż w jednej grupie (pozycja nr 9) będą pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa a także z wykształceniem średnim – dla których przewidziano najniższe wynagrodzenie o wskaźniku 0,64, co – biorąc pod uwagę przyjętą kwotę bazową w wysokości 3.900,00 zł – daje kwotę 2.496,00 zł brutto (około 1.685,00 zł netto). Wobec powyższego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych taka konstrukcja projektu stanowi deprecjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej, przy założeniu, iż od 2000 roku pielęgniarki i położne są kształcone na poziomie studiów wyższych, po ukończeniu których otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Wraz ze zmianą kształcenia zwiększył się zakres ich kwalifikacji i kompetencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w związku z drastycznie i systematycznie rosnącymi niedoborami personelu pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowia powołano Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, którego zadaniem jest wypracowanie systemowych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie stale rosnącemu deficytowi pielęgniarek i położnych.

Przypomnieć należy, iż w kolejnych pięciu latach uprawnienia emerytalne uzyska około 80 tysięcy pielęgniarek, co przy obecnym stanie 200 tysięcy zatrudnionych pielęgniarek w systemie, będzie stanowiło około 40 % pielęgniarek, które prawdopodobnie przejdą na emeryturę. Nieatrakcyjne warunki pracy i płacy powodują, iż rocznie tylko około 30 % absolwentów podejmuje pracę w tym zawodzie. Należy bezwzględnie podjąć działania, które zachęcałyby absolwentów studiów pielęgniarstkich i położniczych do podejmowania zatrudnienia w kraju, poprzez między innymi zwiększenie poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Zuzanna Szumak

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Zofia Małas

**NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.169.4.2017

Warszawa, dnia 23 czerwca 2017r.

Pan
Stanisław Karczewski
Marszałek Senatu RP

Szanowny Panie Marszałku

W związku z nie przyjęciem przez Komisję Zdrowia Senatu RP poprawek zgłoszonych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych do uchwalonej przez Sejm RP ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, zwracam się z ponownie z uprzejmą prośbą o poparcie i zgłoszenie na 44 posiedzeniu Senatu RP zaproponowanych poniżej zmian do ww. ustawy.

W tabeli zawartej w załączniku do ww. ustawy określającej współczynniki pracy proponujemy nowe następujące brzmienie pozycji nr 8 i 9:

8.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka lub położna, ze specjalizacją	1,00
9.	Pielęgniarka lub położna, bez specjalizacji	0,73

Uzasadnienie

Obecny kształt ww. ustawy zakłada, iż pielęgniarki i położne są jedyną grupą zawodową, dla której ustala się najniższe współczynniki pracy, co będzie skutkowało najniższymi wynagrodzeniami wśród pracowników medycznych. W stosunku do innych grup pracowników medycznych zostało wprowadzone rozgraniczenie wskaźników pracy dla osób z wyższym wykształceniem lub osób z wykształceniem średnim. W przypadku pielęgniarek i położnych ww. ustawa zakłada, iż w jednej grupie (pozycja nr 9) będą pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa a także z wykształceniem średnim – dla których przewidziano najniższe wynagrodzenie

o wskaźniku 0,64, co – biorąc pod uwagę przyjętą kwotę bazową w wysokości 3.900,00 zł – daje kwotę 2.496,00 zł brutto (około 1.685,00 zł netto). Wobec powyższego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych taka konstrukcja uchwalonej przez Sejm RP ustawy stanowi deprecjonowanie zawodów pielęgniarki i położnej, przy założeniu, iż od 2000 roku pielęgniarki i położne są kształcone na poziomie studiów wyższych, po ukończeniu których otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Wraz ze zmianą kształcenia zwiększył się zakres ich kwalifikacji i kompetencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w związku z drastycznie i systematycznie rosnącymi niedoborami personelu pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowia powołano Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, którego zadaniem jest wypracowanie systemowych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie stale rosnącemu deficytowi pielęgniarek i położnych.

Przypomnieć należy, iż w kolejnych pięciu latach uprawnienia emerytalne uzyska około 80 tysięcy pielęgniarek, co przy obecnym stanie 200 tysięcy zatrudnionych pielęgniarek w systemie, będzie stanowiło około 40 % pielęgniarek, które prawdopodobnie przejdą na emeryturę. Nieatrakcyjne warunki pracy i płacy powodują, iż rocznie tylko około 30 % absolwentów podejmuje pracę w tym zawodzie. Należy bezwzględnie podjąć działania, które zachęcałyby absolwentów studiów pielęgniarstwa i położnictwa do podejmowania zatrudnienia w kraju, poprzez między innymi zwiększenie poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Zapraszamy serdecznie

Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas

Prezydent podpisał ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r.
o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego
pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych
w podmiotach leczniczych

USTAWA

z dnia 8 czerwca 2017 r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników
wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Art. 2. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;
- 2) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
- 3) pracownik wykonujący zawód medyczny:
 - a) osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,
 - b) osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Art. 3.

1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego

miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

- 1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;
- 2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;
- 3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;
- 4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:
 - a) kierownik podmiotu leczniczego,
 - b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:
 - a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód me-

dyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

- c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
 - e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.
2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.
3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.[1])).
4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.

Art. 4. Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:

- 1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;
- 2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786 i 962).

Art. 5. W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywającej zawodu medycznego, tak

aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 6.

- 1. W latach 2017–2027 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy z tytułu wzrostu kosztów związanych ze specjalizacją oraz realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów wynosi 5 028 159 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:
 - 1) 2017 r. – 0 zł;
 - 2) 2018 r. – 64 086 tys. zł;
 - 3) 2019 r. – 102 457 tys. zł;
 - 4) 2020 r. – 195 666 tys. zł;
 - 5) 2021 r. – 302 924 tys. zł;
 - 6) 2022 r. – 727 171 tys. zł;
 - 7) 2023 r. – 727 171 tys. zł;
 - 8) 2024 r. – 727 171 tys. zł;
 - 9) 2025 r. – 727 171 tys. zł;
 - 10) 2026 r. – 727 171 tys. zł;
 - 11) 2027 r. – 727 171 tys. zł.
- 2. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentystów w poszczególnych dziedzinach medycyny w trybie rezydentury ustala się na dany rok, uwzględniając limit wydatków określony w ust. 1 pomniejszony o wysokość środków budżetowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów związanych z realizacją obowiązkowych staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów.
- 3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Art. 8. W 2017 r. porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

ZAŁĄCZNIK DO USTAWY z dnia 8 czerwca 2017 r.

Współczynniki pracy

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3.	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4.	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją	1,05
8.	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73
9.	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64
10.	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9, wymagający średniego wykształcenia	0,64

Apel

w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W dniu 26 czerwca 2017 roku odbyło się wspólne spotkanie organizacji pacjentów, samorządów zawodów medycznych na którym podpisano się pod apelem w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce, o które wnoszą od wielu

lat różne instytucje w tym sami pacjenci dostrzegając potrzebę zwiększenia nakładów na służbę zdrowia. Apel zawierał następujące treści:

„W trosce o zabezpieczenie prawa pacjentów do korzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej finan-

sowanej ze środków publicznych, a także zważając na interes społeczeństwa w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, sygnatariusze niniejszego apelu reprezentujący środowisko pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne zwracają się do Rządu, polityków i wszystkich osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej o pilne zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB oraz dokonanie koniecznych zmian służących poprawie działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zwracając uwagę na:

- trwające od wielu lat poważne niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, które sprawia, że pomimo dokładania starań przez pracowników zaangażowanych w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak i osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia nie da się w obecnych realiach zapewnić funkcjonowania tego systemu na poziomie odpowiadającym oczekiwaniom pacjentów,
- wynikające z niedoboru środków finansowych ograniczenie dostępności do leczenia, jak również ciągłe zadłużanie się placówek ochrony zdrowia,
- nieprzejrzyste zasady wyceny świadczeń zdrowotnych i duże, często nieuzasadnione obiektywnymi względami, różnice w poziomie finansowania pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń,
- niewłaściwe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych powodujące, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych co roku wykonują znaczną liczbę tzw. ponadlimitowych świadczeń nie mając pewności, że koszt tych świadczeń zostanie im zwrócony,
- szybko rosnące i w pełni uzasadnione oczekiwania pacjentów wobec systemu ochrony zdrowia związane ze stale zwiększającymi się możliwościami współczesnej medycyny,
- istotne zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, określane mianem starzenia się społeczeństwa, bardzo szybko zwiększające zapotrzebowanie na usługi w zakresie ochrony zdrowia,
- brak sprzyjających warunków organizacyjnych i finansowych dla kształcenia w zawodach medycznych, co już obecnie przekłada się na zbyt małą liczbę personelu medycznego, a w nieodległej perspektywie może praktycznie pozbawić pacjentów opieki w niektórych dziedzinach medycyny,
- słuszne oczekiwania środowisk medycznych w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę,
- podpisane pod niniejszym apelem organizacje pacjentów wspólnie z Konferencją Prezesów To-

warzystw Lekarskich i samorządami zawodów medycznych apelują do Rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB. Zwiększenie poziomu finansowania powinno nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie nakłady na poziomie 6% PKB będą niewystarczające.

W ślad za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną postulujemy również wprowadzenie zasad finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie dobrej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. Zmiany powinny polegać przede wszystkim na poprawie finansowania niedostatecznie wycenionych świadczeń.

Za niezmiernie ważne uznajemy także odbudowanie w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia m.in. poprzez realistyczne określanie oczekiwań i celów oraz wyłączenie wpływu nieustannych zmian i obietnic politycznych na funkcjonowanie ochrony zdrowia. W ocenie sygnatariuszy tworzenie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ich zmiany powinny zawsze rozpoczynać się od wolnego od wpływów politycznych dialogu pomiędzy pacjentami i fachowymi pracownikami ochrony zdrowia. Zalecamy także daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny one uwzględniać realne możliwości wynikające z poziomu finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi zanim zostaną wprowadzone w życie w skali całego kraju.

Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej. Obecny system opieki zdrowotnej nie jest zdolny do funkcjonowania na oczekiwanym przez Polaków poziomie. Przy niedostatecznym poziomie finansowania nawet najlepsze rozwiązania w zakresie zarządzania ochroną zdrowia i dobra organizacja pracy nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu świadczeń i ich dobrej dostępności dla pacjentów. Należy więc jak najszybciej poprawić finansowanie, co jest niezbędnym warunkiem poprawy sytuacji pacjentów i zapewnienia fachowym pracownikom medycznym możliwości wykonywania zawodu w Polsce w odpowiednich, godnych warunkach.



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

NIPiP-NRPiP-DM-0025.138.2017

Warszawa, dnia 30 maja 2017r.

Pan

Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z otrzymywanymi od członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sygnałami o zaprzestaniu wypłacania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w organach lub jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia albo nadzorowanych przez Ministra, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji o wysokości środków finansowych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia tym podmiotom na podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w latach 2015 – 2017, a także przewidzianych do przekazania tym podmiotom w latach 2018 – 2019.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina zobowiązanie podjęte przez Ministra Zdrowia, zgodnie z którym wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w organach lub jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia albo nadzorowanych przez Ministra miały wzrastać analogicznie do wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

Zwiększenie wynagrodzeń w 2015 r. i z początkiem 2016 r. oraz niezwiększanie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych we wspomnianych wyżej organach lub jednostkach organizacyjnych w okresie późniejszym (analogicznie do terminów przewidzianych w przepisach wymienionych wyżej rozporządzeń) powoduje coraz większe zróżnicowanie wynagrodzeń w ramach jednej grupy zawodowej z pokrzywdzeniem pielęgniarek i położnych, których wynagrodzenia finansowane są z budżetu państwa.

Powyższa sytuacja jest nieuzasadniona i niczym nieusprawiedliwiona. Może również stać się powodem podejmowania przez zainteresowane pielęgniarki i położne decyzji o rezygnacji z zatrudnienia w sferze budżetowej, co z kolei pogłębiłoby istniejące już problemy z obsadą personalną jednostek budżetowych.

W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o udzielenie informacji, jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z. Małas

Zofia Małas



Minister Zdrowia

28-06-2017

Warszawa.....

PPK.0762.10.2017.JJ

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 maja 2017 r. w sprawie podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia, jak również wynikające z niego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej rozporządzeniem OWU i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w sposób bezpośredni dotyczą wyłącznie pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast zgodnie z § 1 ust. 10 ww. Porozumienia, Minister Zdrowia zobowiązał się jedynie do przedstawienia do 10 października 2015 r. propozycji średniego wzrostu wynagrodzeń wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat/równoważnik etatu pielęgniarki/położnej, w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa.

Realizując powyższe, Minister Zdrowia poinformował Panią Prezes oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, że możliwe jest uruchomienie w 2015 roku środków na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń w kwocie średnio 400 zł brutto miesięcznie na etat (wraz z pochodnymi od wynagrodzeń) dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w tych jednostkach, od dnia 1 września do końca 2015 r. Wskazał również, że w ustawie budżetowej na 2016 r. nie zabezpieczono żadnych środków na kolejną transzę podwyżek, natomiast ewentualne podwyżki w latach następnych będą uzależnione od możliwości budżetu państwa.

Ponadto informuję, że w ustawie budżetowej na 2016 rok zostały zagwarantowane środki pozwalające na sfinansowanie skutków podwyżek z roku 2015, natomiast w ustawie budżetowej na 2017 rok w rezerwie celowej zostały zabezpieczone środki pozwalające na przyznanie kolejnej transzy podwyżki w wysokości średnio 400 zł na etat miesięcznie z wyrównaniem od dnia 1 stycznia br. Wniosek o uruchomienie tych środków został już skierowany do Ministra Finansów.

Reasumując, uprzejmie informuje, że kwestia podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa nie została uregulowana w żadnych przepisach i przyznanie środków na podwyżki dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w danej jednostce znajduje się w wyłącznej kompetencji dyrektora tej jednostki.

z wyrażenia *facu xlu*

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Żelazko

Nowa ustawa o medycynie szkolnej

„Niebawem do konsultacji publicznych skierujemy **projekt założeń do ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym**” – poinformowała na dzisiejszej konferencji wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko. Zaznaczyła, że w projekcie założeń znalazły się m.in.:

- zasady współpracy szkolnych gabinetów z właściwym lekarzem POZ,
- tworzenie schematów systemu medycyny szkolnej w oparciu o doświadczenia Instytutu Matki i Dziecka,
- podział odpowiedzialności w sposobie finansowania między budżet państwa, budżet samorządów i płatnika publicznego.

Planowany jest pięcioletni program, który pozwoli na utworzenie gabinetów dentystycznych w szko-

łach i ich wyposażenie. Program przewiduje także zakup dentobusów – początkowo po jednym na województwo.

Wiceminister podkreśliła, że trzeba na nowo zdefiniować rolę oraz zadania pielęgniarki, higienistki szkolnej i lekarza dentysty opiekującego się dziećmi.

Ważnym elementem nowej ustawy będzie wprowadzenie koordynacji opieki nad dzieckiem w szkole z zespołem POZ, pod którego opieką jest dziecko. Jest to najlepszy sposób, aby zwiększyć efektywność działania medycyny szkolnej. Dzięki temu pielęgniarka środowiska nauczania lub higienistka szkolna będą miały informacje od POZ na temat chorób przewlekłych małego pacjenta i sposobów leczenia. Jest to ważne np. w przypadku dzieci z cukrzycą.

Edukacja zdrowotna i profilaktyka w szkole

Zadania szkolnych gabinetów zdrowotnych i gabinetów stomatologicznych zostaną rozszerzone o realizację całego profilu edukacji zdrowotnej i profilaktyki zdrowia. Za wypracowanie modelu edukacji i wsparcie szkół w jego realizacji będzie odpowiedzialny Instytut Matki i Dziecka.

Finansowanie opieki zdrowotnej w szkołach obejmie także część profilaktyczną, która również jest realizowana we współpracy z POZ.

Minister Zdrowia

o projektowanych rozwiązaniach w medycynie szkolnej

Podczas konferencji prasowej, która odbyła się dziś w szkole podstawowej w Boguchwale, minister zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko zaprezentowali pierwsze efekty prac nad systemem medycyny szkolnej.

„Szukamy najlepszych praktyk i wzorów do naśladowania. Stworzenie nowego modelu wymaga szerszego zaangażowania – nie tylko resortu zdrowia. Dlatego za owocną współpracę już teraz chcę podziękować Ministerstwu Edukacji Narodowej” – zaznaczył

minister. Minister zapowiedział wprowadzenie trzech elementów nowego systemu medycyny szkolnej:

- **szkolnych gabinetów zdrowotnych** – będą prowadzone przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną,
- **szkolnych gabinetów dentystycznych** – będą zlokalizowane na terenie szkół,
- **dentobusów** – będą świadczyły pomoc i wsparcie w leczeniu stomatologicznym w tych szkołach, które są zbyt małe, żeby umieścić w nich gabinet stomatologiczny.

Papież zatwierdził dekrety beatyfikacyjne dwójki Polaków

Dwoje sług Bożych z Polski zostanie wkrótce ogłoszonych błogosławionymi. Wśród nich jest wyjątkowa pielęgniarka z Krakowa i zakonnik, o którym film pewnie wszyscy oglądaliście, tylko nie pamiętacie.

Koniecznie poznajcie te postacie.

Dwoje świeckich sług Bożych z Polski: Hanna Chrzanowska – z XX wieku i tercjarz franciszkański Alojzy Kosiba, który żył na przełomie XIX i XX wieku, zostaną wkrótce ogłoszeni błogosławionymi. Znaleźli się oni w grupie 8 kandydatów na ołtarze, których dekrety beatyfikacyjne zatwierdził 7 lipca Franciszek w czasie audiencji, której udzielił prefektowi Kongregacji Spraw Kanonizacyjnych kard. Angelo Amato. Pozostałe osoby pochodzą z Kolumbii – troje, Hiszpanii – jedna i Włoch – dwoje.

Służebnica Boża Hanna Chrzanowska była jedną z pierwszych w Polsce osób, zajmujących się pielęgniarstwem społecznym. Urodziła się 7 października 1902 r. w Warszawie. Była córką Ignacego Chrzanowskiego, wybitnego profesora literatury polskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W 1924 roku ukończyła Warszawską Szkołę Pielęgniarstwa. Była instruktorką pielęgniarstwa w otwartej opiece zdrowotnej w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarstwa w Krakowie oraz asystentką dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. **Jako stypendystka Fun-**

dacji Rockefellera, w czasie okupacji oddała wszystkie swoje siły pracy społecznej w Sekcji pomocy Wysiedleńcom Polskiego Komitetu Opiekuńczego.

Po wojnie pracowała w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarsko-Położniczej w Krakowie jako kierowniczka działu pielęgniarstwa w otwartej opiece zdrowotnej. Zorganizowała praktyki w pielęgniarstwie przemysłowym, przyszpitalnym oraz domowym – **były to prace pionierskie w powojennej Polsce**. Jej zdaniem, celem całego szkolenia winno być wyczerpanie na faktyczne potrzeby chorego i zrozumienie jego psychiki. Po przejściu na emeryturę oddała się działalności społecznej. Z jej metod pracy do dziś korzystają szkoły pielęgniarstwa w całym kraju.

Hanna Chrzanowska zmarła 29 kwietnia 1973 r. Kard. Karol Wojtyła powiedział nad jej trumną: „Dziękujemy Bogu za to życie, które miało taką wymowę, które pozostawiło nam świadectwo tak bardzo przejrzyste i czytelne. Niech promieniowanie Twojej posługi trwa wśród nas i wszystkich nas nieustannie poucza, jak służyć Chrystusowi w bliźnich”.



Propozycja Grupowego Ubezpieczenia na Życie

RODZAJ RYZYKA		WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
UBEZPIECZONY		
Śmierć ubezpieczonego NWK przy pracy*		200 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego		60 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego NW*		120 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego NWK*		160 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego NW przy pracy*		160 000,00 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu*		72 000,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego NW (za 100% uszczerbku)		37 000,00 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 100% uszczerbku)		20 000,00 zł
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (wariant B)		3 200,00 zł
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (I klasa operacji)		2 500,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku NW (stawka dzienna)	za pierwsze 14 dni:	200,00 zł
	za kolejne dni:	100,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z Powodu Choroby (stawka dzienna)	za pierwsze 14 dni:	100,00 zł
	za kolejne dni:	50,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (powyżej 24 godzin)		1 000,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku NWK (stawka dzienna)	za pierwsze 14 dni:	250,00 zł
	za kolejne dni:	100,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku NW przy Pracy (stawka dzienna)	za pierwsze 14 dni:	250,00 zł
	za kolejne dni:	100,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku NWK przy Pracy (stawka dzienna)	za pierwsze 14 dni:	350,00 zł
	za kolejne dni:	100,00 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Wyniku zawału serca/udaru mózgu (stawka dzienna)	za pierwsze 14 dni:	150,00 zł
	za kolejne dni:	100,00 zł
Rekonwalescencja Ubezpieczonego (stawka dzienna)		50,00 zł
WSPÓŁMAŁŻONEK		
Śmierć Współmałżonka		8 000,00 zł
Śmierć Współmałżonka NW**		16 000,00 zł
Śmierć Współmałżonka NWK**		24 000,00 zł
DZIECKO		
Śmierć Dziecka		3 000,00 zł
Urodzenie Dziecka		1 500,00 zł
Urodzenie martwego Dziecka		2 000,00 zł
Osierocenie Dziecka		3 800,00 zł
RODZIC/TEŚĆ		
Śmierć Rodzica lub Teścia		2 000,00 zł
RYZYKA MEDYCZNE		
Trwałe uszkodzenie wzroku w wyniku ekspozycji Ubezpieczonego na promieniowanie laserowe podczas wykonywania pracy		3 000,00 zł
Uraz kręgosłupa u Ubezpieczonego w trakcie wykonywania pracy		2 000,00 zł
Zatrucie Ubezpieczonego w wyniku ekspozycji na substancje chemiczne wykorzystywane podczas wykonywania pracy		2 000,00 zł
Trwałe uszkodzenie słuchu w wyniku ekspozycji Ubezpieczonego na hałas ultradźwiękowy podczas wykonywania pracy		3 000,00 zł
Poważne zachorowanie personelu medycznego (zarażenie wirusem HIV, zapalenie wątroby wirusem typu B i C)		3 000,00 zł
Doraźna pomoc psychologiczna na wypadek stwierdzenia u Ubezpieczonego „wtórnego zespołu stresu pourazowego” w związku z wykonywaniem pracy		2 000,00 zł
Obrażenia ciała Ubezpieczonego spowodowane bezpośrednią fizyczną agresją osób trzecich w miejscu wykonywania pracy (za 100% uszczerbku)		10 000,00 zł
UBEZPIECZONY		
Assistance Medyczny Plus		wliczone
SKŁADKA MIESIĘCZNA		55,00 zł

* Świadczenia z tytułu śmierci, śmierci w wyniku NW, śmierci w wyniku WK, śmierci w wyniku WWP, śmierci w wyniku WKWP, śmierci w wyniku ZSUM, nie sumują się

** Świadczenia z tytułu śmierci współmałżonka/partnera, śmierci współmałżonka/partnera w wyniku NW, śmierci współmałżonka/partnera w wyniku WK, śmierci współmałżonka/partnera w wyniku zawału lub udaru mózgu nie sumują się

*** Świadczenia z tytułu śmierci dziecka, śmierci dziecka w wyniku NW, śmierci dziecka w wyniku WK nie sumują się

Oznaczenia:

nw - nieszczęśliwy wypadek, wk - wypadek komunikacyjny, wwp - wypadek przy pracy, wkwp - wypadek komunikacyjny w pracy, zsum - zawał serca lub udar mózgu

Powyższa oferta została sporządzona na podstawie następujących parametrów:

średnia wieku: 47

Niniejsza kwotacja jest ważna trzy miesiące od daty jej wystawienia. W przypadku zmiany struktury wiekowo płciowej lub liczby osób przystępujących do ubezpieczenia

Towarzystwo zastrzega sobie prawo zmiany składki.

Pracodawca zostanie poinformowany o nowej wysokości składki.

Gdy smutek boli,
a słowa zbyt małe,
by rozpacz wypowiedzieć
– zostaje tylko milczenie
pełne gorących łez
i bliskość osieroconych serc...

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że w dniu
21 lipca 2017 r. w wieku 41 lat zmarła nasza koleżanka
Śp. Dorota Podgórska
Pielęgniarka – specjalistka w ochronie zdrowia pracujących

Od 2006 r. pracowała w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny
Pracy CP-L w Lublinie, Oddział w Zamościu.

Spoczywaj w pokoju, Pielęgniarki i Położne



NU-MED

Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Zamość Sp. z o.o.

ul. Al. Jana Pawła II – 10, 22-400 Zamość, tel: rejestracja :84 53 59 800, www.nu-med.pl

Poradnia Onkologiczna : tel: 84 53 59 815



NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Zamość Sp. z o.o. jest czwartym ośrodkiem grupy NU-MED w Polsce. Ośrodek w Zamościu mieści się przy Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Ośrodek wraz z Samodzielnym Publicznym Szpitalem Wojewódzkim im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu zapewnia kompleksowość leczenia onkologicznego pacjentów z regionu zamojszczyzny. Pełne i szybkie leczenie to: Poradnia Onkologiczna Szpitala mieszcząca się budynku NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Zamość Sp. z o.o., wielodyscyplinarne konsylia onkologiczne, które mają szybko i skutecznie diagnozować oraz wprowadzić leczenie nowotworów. Dla kobiet podejrzewających niepokojące zmiany w piersiach powołany zespół do spraw chorób piersi, zapewniający profesjonalną pomoc i diagnostykę.

Aby uzyskać konsultację z onkologiem należy zgłosić się do rejestracji Poradni Onkologicznej zlokalizowanej w Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej NU-MED Al. Jana Pawła II 10 Zamość. Wizyta w poradni onkologicznej nie wymaga skierowania.

Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu dysponuje oddziałem onkologii klinicznej, chirurgii onkologicznej oraz oddziałami zabiegowymi. Dopelnieniem pełnego leczenia onkologicznego jest radioterapia w NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Zamość Sp. z o.o.

Radioterapia jest metodą miejscowego leczenia nowotworów złośliwych wykorzystujących energię promieniowania jonizującego. Mechanizm działania promieniowania jonizującego polega na bezpośrednim lub pośrednim uszkodzeniu wrażliwych struktur komórkowych. Poprzez wykorzystanie nowoczesnych technik możliwe jest podanie wysokiej dawki promieniowania na nowotwór z jednoczesnym zaoszczędzeniem tkanek prawidłowych. Taką metodę leczenia stosuje się jako leczenie samodzielne, w skojarzeniu z chemioterapią a także przed i po zabiegach operacyj-

nych. Możliwe jest też skojarzenie wszystkich trzech metod leczenia.

Radioterapia dzieli się na dwa działy – teleradioterapię i brachyterapię.

Teleradioterapia jest to napromienianie źródłem zewnętrznym, brachyterapia natomiast źródłami wprowadzanymi bezpośrednio w obszar guza bądź w jego okolice.

Radioterapia dzieli się również na leczenie paliatywne i radykalne. Paliatywne napromienianie ma na celu przedłużanie życia i poprawienie jego komfortu, usmierzanie bólu oraz napromienianie radykalne jest przeprowadzane z zamiarem trwałego wyleczenia pacjenta z choroby nowotworowej. Leczenie każdego pacjenta jest planowane indywidualnie. Pacjent w trakcie radioterapii jest objęty opieką lekarzy – onkologów, radioterapeutów, fizyków medycznych, techników elektroradiologii, pielęgniarek, psychologa klinicznego i rehabilitanta. Lekarze onkolodzy – radioterapeuci podejmują decyzje o rodzaju i strategii leczenia. W okresie trwania terapii, pacjent jest pod stałą opieką personelu medycznego.

W NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej chorzy mają do dyspozycji w pełni wyposażony Zakład Radioterapii (akcelerator, modelarnia, tomografia komputerowa do planowania leczenia), pracownię brachyterapii, która stanowi niezbędne uzupełnienie w leczeniu radioterapią chorych z nowotworami ginekologicznymi, gruczołu krokowego, piersi i w innych lokalizacjach.

Oddział zamojskiego ośrodka został wyposażony w 46 łóżek. Jest to 18 sal chorych (od 2 do 4 osobowych), sala wzmożonego nadzoru, izolatka. Pokoje pacjentów są wyposażone w węzeł sanitarny, klimatyzację, bezpłatną telewizję, aneks kuchenny z lodówką, szafy ubraniowe z szafkami do przechowywania rzeczy wartościowych. Dla chorych i ich rodzin jest przygotowany pokój do spotkań rodzinnych, w którym można pooglądać program TV, poczytać czy napić się herbaty z najbliższymi. Obok budynku znajduje się 160 bezpłatnych miejsc parkingowych z wydzielonymi miejscami dla niepełnosprawnych.

Oprócz prowadzonego leczenia szpitalnego w ośrodku jest prowadzone leczenie w trybie ambulatoryjnym. Dla pacjentów, których miejsce zamieszkania jest znacznie oddalone od szpitala jest przygotowany hostel, w którym pacjenci przebywają na koszt ośrodka w trakcie terapii.

Podpisana umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia gwarantuje bezpłatne świadczenia w zakresie Radioterapii w NU-MED Centrum Diagnostyki i Terapii Onkologicznej Sp. z o.o.

Jubileusz 60-lecia Sanatorium w Krasnobrodzie

Samodzielne Publiczne Sanatorium Rehabilitacyjne
im. Janusza Korczaka w Krasnobrodzie



W dniu 24 czerwca 2017r. Samodzielne Publiczne Sanatorium Rehabilitacyjne im. Janusza Korczaka w Krasnobrodzie obchodziło 60-lecie swojej działalności. Uroczystości poprzedziła Msza Święta odprawiona w kościele Zesłania Ducha Świętego w Krasnobrodzie na Podzamku, której przewodniczył proboszcz ks. Roman Sawic. Po Mszy Świętej uczestnicy uroczystości jubileuszowych udali się na teren sanatorium, gdzie na dziedzińcu Dyrektor mgr. Wojciech Żurkowski wraz z Przełożoną Pielęgniarek Małgorzatą Kulczycką powitali licznie przybyłych gości.

Swoją obecnością zaszczylic min: Michał Marciński Przedstawiciel Krzysztofa Hetmana Posła do Parlamentu Europejskiego, Arkadiusz Bratkowski Członek Zarządu Województwa Lubelskiego Przedstawiciel Marszałka Sławomira Sosnowskiego, Jerzy Bzdek Przedstawiciel Wojewody Lubelskiego, Henryk Matej Starosta Zamojski, Kazimierz Mielnicki Wicestarosta Zamojski, Jan Słomiany Przewodniczący Rady Powiatu w Zamościu, Bernardeta Petryk v-ce Przewodnicząca Rady Powiatu w Zamościu, Jerzy Zawadzki Sekretarz Powiatu Zamojskiego, Stanisław Barteczko i Janusz Oś Radni Powiatu Zamojskiego, Michał Karol Tarkowski Dyrektor Lubelskiego OW NFZ, Jerzy Dębski Dyrektor Oddziału PFRON w Lublinie, prof. Tomasz Karski z Lublina, prof. Marik, dr Alena Marik i Peter Krawczyk z Czech, dr Mariola Kucia-Kręblaś

Naczelnny Lekarz Uzdrowiska, lekarze z Lublina, Zamościa, Zwierzyńca i Krasnobrodu, Danuta Kusiak Przewodnicząca ORPiP z Zamościa, Krystyna Grabowska Naczelnna Pielęgniarka SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim, syn pierwszego Dyrektora Sanatorium Marek Barański, poprzedni Dyrektorzy Sanatorium Gustaw Sak i Wiesław Chmielowiec, Stanisław Jędrusina Zastępca Wójta Skierbieszowa, Jerzy Zawiślak Sekretarz Gminy Jarczów, Kazimierz Misztal Burmistrz Krasnobrodu, przedstawiciele Rady Gminy Krasnobród.

Przybyli również dyrektorzy placówek z terenu Krasnobrodu: Maria Słota, Bożena Oźga, Sławomir Nowosielecki, Urszula Czapla, Andrzej Czapla, Mariola Czapla, Halina Kostrubiec, Jacek Gmyz, sponsorzy oraz emeryci i pracownicy sanatorium i szkoły przy sanatorium.

Po powitaniu wszystkich, a następnie krótkim przedstawieniu historii sanatorium i informacji o realizowanych w ostatnich latach ważniejszych działaniach inwestycyjnych przyszedł czas na wystąpienia gości. Wszyscy w swoich wypowiedziach gratulowali dyrektorowi, a także jego poprzednikom obecnym na uroczystościach, jak również załodze dotychczas osiągniętych sukcesów i życzyli wszelkiej pomyślności na kolejne lata funkcjonowania placówki. Do miłych i serdecznych słów dołączone były kwiaty, okolicznościowe upominki oraz listy gratulacyjne.



W dalszej części uroczystości zebrani goście mieli okazję wysłuchać referatów wygłoszonych przez prof. Tomasza Karskiego z Lublina i prof. Marika z Czech na temat historii współpracy sanatorium z Ośrodkiem Naukowo-Badawczym Kliniki Ortopedii i Rehabilitacji Dziecięcej Akademii Medycznej w Lublinie, którego kierownikiem był prof. dr hab. Tomasz Karski.

Jubileuszowi towarzyszyła wystawa fotograficzna, prezentująca historię sanatorium i jego pracowników na przestrzeni 60 lat.

Od strony artystycznej uroczystości uświetniły koncerty zespołów: Kwartet „Aquamarine” z Warszawy, Teatr Tańca „Kwieciste Gwiazdy” z Ukrainy oraz Kapela Krasnobrodzka.

Z racji tego spotkania nie obyło się też bez łezki w oku i refleksji o przemijającym czasie.

Od ostatniego jubileuszu niestety, ale już nie ma wśród nas kilku osób, które zapisały swoją obecność w naszej pamięci np. mgr Elżbieta Korczewska, która pełniła funkcję Przełożonej Pielęgniarek, mgr Robert Nurzyński – kierownik rehabilitacji – cześć ich pamięci.

Umocnieni dobrymi słowami pod naszym adresem dołożymy wszelkich starań, aby nasi kuracjusze wyjeżdżali od nas zadowoleni i czekamy na kolejny piękny jubileusz.

Małgorzata Kulczycka

Przełożona Pielęgniarek w Sanatorium

