



*Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia
składamy najserdeczniejsze życzenia.*

*Niech nadchodzące Święta będą dla Państwa niezapomnianym czasem
spędzonym bez pośpiechu, trosk i zmartwień.*

*Życzymy, aby odbyły się w spokoju, radości wśród Rodziny, Przyjaciół
oraz wszystkich Bliskich dla Państwa osób.*

Wraz z nadchodzącym Nowym Rokiem życzymy dużo zdrowia i szczęścia.

Niech nie opuszcza Was pomyślność i spełnią się te najskrytsze marzenia.

w imieniu

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Danuta Kusiak

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Okręgowy Rzecznik Czesława Furgała

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Halina Raczkiewicz

Okręgowej Komisji Rewizyjnej
Przewodnicząca Mira Krzystanek

Ważne!**Szanowni Państwo!**

Informujemy, że od dnia 1 listopada 2016 roku **Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu zostało przeniesione na ulicę Odrodzenia 7, 22-400 Zamość.**

Zmianie ulegają również numery telefonów kontaktowych.

Aktualny wykaz telefonów poniżej:

tel./ fax 84 639 07 06, tel. kom. OIPiP 504 825 352, tel. kom. Przewodniczącej ORPiP – 504 825 351

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 r. poz. 217, z 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 elektronicznym³ 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)



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

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych – dyżury 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

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174 poz 1039 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”.

Informacje o zmianach w ustawie o działalności leczniczej – Przemysław Ośka Dział Prawny NIPiP

15 lipca 2016 r. weszły w życie zapisy ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960). Nowelizacja wprowadziła m.in. zmiany art. 5 ust. 2 pkt 2a, art. 19, art. 100 oraz 102 ustawy o działalności leczniczej.

Przedstawiamy nowe brzmienie przepisów ustawy o działalności leczniczej (podkreśleniem i pogrubieniem zaznaczono najistotniejsze zmiany) oraz konkluzje wynikające z wprowadzenia tych zmian.

Art. 5. Wykonywanie zawodu lekarza i pielęgniarki w ramach działalności leczniczej

1. Lekarze i pielęgniarki mogą wykonywać swój zawód w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100.
2. Działalność lecznicza (...)
- 2) pielęgniarki może być wykonywany w formie:
 - a) jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania, **indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład.**

Konkluzja: Zastąpiono określenie „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” określeniem „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład”.

Art. 19. Warunki prowadzenia działalności leczniczej przez pielęgniarkę

1. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać następujące warunki:
 - 1) posiadać prawo wykonywania zawodu;
 - 2) (uchylony)
 - 3) nie może być:
 - a) zawieszona w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej lub przepisów o samorządzie pielęgniarek i położnych,
 - b) pozbawiona możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszona w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
 - 4) nie może mieć przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
 - 5) dysponować pomieszczeniem odpowiadającym wymaganiom określonym w art. 22, wyposażonym w **aparaturę i sprzęt medyczny;**
 - 6) uzyskać wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
 - 7) zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1.
2. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną specjalistyczną praktykę jest obowiązana:
 - 1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1;
 - 2) posiadać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.
3. Pielęgniarka wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę wyłącznie w miejscu wezwania jest obowiązana:
 - 1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7, oraz, w przypadku indywidualnej specjali-

- stycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;
- 2) posiadać sprzęt medyczny umożliwiający udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta;
 - 3) wskazać adres praktyki oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.
 4. Pielęgniarka wykonująca **indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład** jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7.
 5. W ramach grupowej praktyki pielęgniarki mogą być udzielane świadczenia zdrowotne wyłącznie przez pielęgniarki będące współnikami albo partnerami spółki, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b, spełniające warunki określone w ust. 1 albo ust. 2.
 6. Pielęgniarka wykonująca indywidually specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.

Konkluzja: Zastąpiono określenie „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego” określeniem „indywidualna/indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład”.

Pielęgniarka/położna prowadząca praktykę zawodową (w gabinecie) nie musi już składać opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych (w tym gabinecie).

Art. 100. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

1. Podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwanego dalej „rejestrem”, zawierający następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę;
 - 2) adres siedziby albo miejsca zamieszkania;
 - 3) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - 4) formę organizacyjno-prawną;
 - 5) rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 6) nazwą zakładu leczniczego oraz wykaz jego jednostek lub komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;
 - 7) (uchylony)
 - 8) numer REGON;

- 9) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 10) dane podmiotu tworzącego – w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.
 - 1a. Nazwa zakładu leczniczego, o której mowa w ust. 1 pkt 6, nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego zgodnie z ust. 1 pkt 1.
2. Wraz z wnioskiem wnioskodawca składa oświadczenie następującej treści:

„Oświadczam, że:

 - 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618)”.
3. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 2, zawiera ponadto:
 - 1) imię i nazwisko, nazwę albo firmę wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania albo siedziby;
 - 2) oznaczenie miejsca i datę złożenia oświadczenia;
 - 3) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.
4. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty potwierdzające spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, z zastrzeżeniem art. 25 ust. 3. (uchylony)
5. Dokumentem potwierdzającym spełnienie warunków, o których mowa w art. 22, jest, wydawana w drodze decyzji administracyjnej, opinia właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, (uchylony)

Art. 102. Wniosek o wpis do rejestru pielęgniarki zamierzającej wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej

1. Pielęgniarka, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej składa organowi prowadzącemu rejestr, o którym mowa w art. 106 ust. 1, wniosek o wpis do rejestru zawierający następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko pielęgniarki;
 - 2) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
 - 3) formą działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 4) adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, w przypadku wykonywania praktyki wyłącznie w miejscu wezwania;
 - 5) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
 - 6) adres do korespondencji;
 - 7) posiadane specjalizacje;
 - 8) (uchylony)

2. Pielęgniarki zamierzające wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej jako grupową praktykę w celu uzyskania wpisu do rejestru składają wnioski zawierający następujące dane:
 - 1) listę pielęgniarek stron umowy spółki cywilnej, wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem imion i nazwisk, ich miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania tej spółki;
 - 2) dane, o których mowa w ust. 1 pkt 2-7;
 - 3) (uchylony)
 - 4) podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.
3. Przepisy art. 100 ust. 2 i 3

Konkluzja: W związku ze zmianą art. 100 ustawy o działalności leczniczej – wykreśleniem ust. 4 i ust. 5 w tym artykule, które to przepisy przewidywały obowiązek dołączania do wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumentów potwierdzających spełnienie warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym także

opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej – zmieniono także zawarte w art. 102 ustawy odesłanie odnoszące się do wniosku o wpis do rejestru praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych. Obecnie art. 102 ustawy o działalności leczniczej odsyła do art. 100 ust. 2 i 3 ww. ustawy. Tym samym pielęgniarka, położna, która składa do okręgowej rady pielęgniarek i położnych wnioski o wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (rejestr praktyk) wraz z wnioskiem składa jedynie oświadczenie o treści określonej w art. 100 ust. 2 i 3. Nie musi już ona aktualnie dołączać do ww. wniosku dokumentów potwierdzających spełnienie przez nią warunków wykonywania działalności leczniczej, w tym opinii właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej, umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, czy też zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Przedruk

MAGAZYN PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ » 09/2016

Z obchodów Jubileuszu XXV-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych

13 września 2016 roku w Warszawie odbyły się obchody XXV-lecia funkcjonowania najliczniejszego samorządu zawodowego w Polsce – samorządu pielęgniarek i położnych. Nie zabrakło wspomnień, serdecznych życzeń, a także ważnych słów dotyczących przyszłości zawodu. Uroczystość uświetniła swoją obecnością wielu znakomitych gości.

Prezes NRPiP pani Zofia Małas w swoim wystąpieniu podkreślała, że utworzenie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych to efekt pracy wielu pielęgniarek i położnych wywodzących się z różnych środowisk.



Medal Jubileuszowy



Medal Jubileuszowy



Prezes NRPiP przypomniała również dokonania samorządu, m.in. ustawę o samorządzie pielęgniarek i położnych, ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej, Kodeksie etyki zawodowej, ujednoliceniu kształcenia przed i podyplomowego, oraz uprawnieniach pielęgniarki i położnej, działaniach na rzecz poprawy warunków pracy i jakości świadczonych usług. Jednocześnie wskazała, że po 25 latach funkcjonowania, przed samorządem stoją nowe wyzwania i problemy, przede wszystkim niedobór pielęgniarek i położnych, a także rosnąca średnia ich wieku. Zofia Małas podkreśliła, że przywrócenie liceów pielęgniarskich nie rozwiąże tego problemu.



Samorząd nie zgodzi się na powrót do dawnego systemu kształcenia. Będziemy ostro bronić naszego wspólnego stanowiska, aby kształcenie pielęgniarek i położnych było takie, jakie jest w większości krajów Unii Europejskiej i rozwiniętych krajów świata – mówiła.

W trakcie uroczystości został odczytany list od pani premier Beaty Szydło, która w ciepłych słowach zapewniła o swoim uznaniu dla pracy pielęgniarek i położnych „Polacy wiedzą, że kiedy zajdzie potrzeba mogą liczyć na Waszą troskliwą i profesjonalną opiekę. To z Państwem pacjenci mają najczęściej bezpośredni kontakt. Z całego serca dziękuję za poświęcenie, odwagę i profesjonalizm” – napisała pani premier.

Listy przysłali także Prezydent RP Andrzej Duda, marszałkowie Sejmu i Senatu.

XXV-lecie było doskonałą okazją do uhonorowania osób najbardziej zasłużonych dla zawodów pielęgniar-

ki i położnej. Zaangażowanie działaczek i działaczy, liderów naszego środowiska, ich wiedza i determinacja sprawiły, że najliczniejszy wśród zawodów medycznych samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych obchodzi „Srebrne gody”.

Wręczone zostały odznaczenia samorządowe, a także statuetki „Cierpiącym przywrócić nadzieję”, czyli najwyższe wyróżnienie za wybitne osiągnięcia na rzecz pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyznała Medal Jubileuszowy za współpracę nad rozwojem samorządności środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych oraz podejmowanie wspólnych działań



zmierzających do profesjonalizmu zawodów dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Medal Jubileuszowy z rąk Prezes NRPiP Zofii Małas odebrała Przewodnicząca Danuta Kusiak.



NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko Nr 2

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 1 września 2016 roku

w odniesieniu do treści Komunikatu w sprawie wykonywania przez pielęgniarki i położne zadań wynikających z procesu leczenia i realizacji zleceń lekarskich, w tym podawania leków różnymi drogami oraz wytycznych Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie organizacji szkoleń przez podmioty lecznicze dotyczących zasad przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne

Prezydium NRPiP, odnosząc się do cyt. powyżej Komunikatu Ministerstwa Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r. wyraża sprzeciw wobec wskazanego na wstępie Komunikatu, nieuzasadnionego dowodami, wezwania do bezwzględnego przestrzegania prawa przez pielęgniarki i położne. Powstaje bowiem pytanie, z jakich powodów nakaz ten został ograniczony do poszanowania prawa wyłącznie w „ramach udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Nie negując dalszych, obszernych wywodów dotyczących analizy przepisów prawnych regulujących zasady wykonywania zawodu pielęgniarki oraz położnej należy stwierdzić, iż pielęgniarka oraz położna dysponująca aktualnym prawem wykonywania zawodu jest w pełni przygotowana do wykonywania tego zawodu, również w zakresie prawidłowej realizacji zleceń lekarskich, prowadzenia dokumentacji medycznej, w tym dokumentowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

W ocenie Prezydium NRPiP brak jest podstaw do formułowania oraz wyrażania sugestii dotyczących występowania naruszeń prawa w obszarze związanym z realizacją zleceń lekarskich w stopniu bezpośrednio zagrażającym pacjentom, pielęgniarkom, położnym które uzasadniałyby prowadzenie w tym obszarze masowych szkoleń adresowanych tylko do pielęgniarek i położnych. W praktyce udzielanych świadczeń zdrowotnych problem wystawienia pisemnego zlecenia leży po stronie lekarzy. To nie pielęgniarki i położne mają dbać o prawidłowe wydawanie zleceń lekarskich, ale sami lekarze jako profesjonaliści winni przywiązywać należyłą staranność do zachowania pisemnej formy zlecenia.

Prezydium NRPiP dostrzegając potrzebę dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta oraz występowanie pojedynczych przypadków nieprawidłowości w obszarze udzielanych świadczeń zdrowotnych, widzi zasadność realizacji szkoleń obejmujących szereg istotnych aspektów komunikacji pomiędzy wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego, m.in. przekazywania niezbędnych w procesie terapeutycznym informacji dotyczących pacjenta, w tym również prawidłowości wydawania przez lekarzy zleceń oraz ich wykonywania przez pielęgniarki i położne. Jednak realizacja przez podmioty lecznicze wytycznych wskazanych w komunikacie, w sposób wybiórczy i dotyczący tylko niektórych grup zawodowych zaangażowanych w proces udzielania świadczeń zdrowotnych tj. pielęgniarek i położnych jest w ocenie Prezydium NRPiP działaniem, którego rzeczywisty skutek będzie znacząco odbiegał od zakładanego efektu. Zdaniem Prezydium NRPiP szkolenia takie powinny obejmować przede wszystkim lekarzy, ewentualnie lekarzy oraz pielęgniarki i położne, w innym przypadku brak jest celowości ich przeprowadzania.

Sekretarz NRPiP


Joanna Walewander

Prezes NRPiP


Zofia Małas

Stanowisko nr 5 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 września 2016 r. w sprawie manifestacji pracowników służby zdrowia planowanej na 24 września 2016 r. w Warszawie

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po zapoznaniu się z pismem skierowanym do samorządu zawodowego przez Porozumienie Zawodów Medycznych zrzeszających przedstawicieli dziewięciu ogólnopolskich związków zawodowych, w pełni solidaryzuje się z postulatami przedstawicieli wszystkich grup pracowników reprezentujących zawody medyczne w działaniach podejmowanych w celu uporządkowania systemu ochrony zdrowia, które zapewnią bezpieczeństwo zdrowotne Polaków.

Bez znaczącego zwiększenia nakładów finansowych na ochronę zdrowia nie można liczyć na poprawę warunków pracy i płacy pracowników medycznych, w tym pielęgniarek i położnych. Uważamy, iż najpilniejszą potrzebą jest opracowanie przejrzystego systemu wynagrodzeń oraz form zatrudnienia dla

wszystkich zawodów medycznych na poziomie zachęcającym do podejmowania i wykonywania zawodów w Polsce. Jest to potrzeba chwili, gdyż bez dobrze wykształconej, doświadczonej, pracującej w bezpiecznych dla pacjenta i personelu warunkach kadry medycznej niemożliwe będzie zapewnienie profesjonalnej opieki społeczeństwu.

Z uwagi jednak na podpisane w dniu 23-09-2015 r. Porozumienie z Ministerstwem Zdrowia, które określiło zasady etapowego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie ma możliwości wzięcia czynnego udziału w planowanej manifestacji.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Zofia Małas



**Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
z dnia 18 października 2016 r.**

**w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych
w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek**

Wyrażamy stanowczy sprzeciw w związku z planowanym przez Ministra Zdrowia projektem zmian w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek **polegającym na powrocie do koncepcji kształcenia z okresu powojennego**, czyli przywróceniu modelu zawodu pielęgniarki jako pomocniczego, a nie samodzielnej profesji medycznej, funkcjonującej zgodnie ze standardami międzynarodowymi. Nie wyrażamy zgody na stosowanie przemocy politycznej w odniesieniu do jednej z kluczowych grup zawodowych w ochronie zdrowia, tj. ponad trzystutysięcznego środowiska pielęgniarek i położnych oraz zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów, jakie planowane zmiany mogą spowodować.

Uzasadnienie:

1. Organizacje pielęgniarskie, reprezentując całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa, wyraziły swoje zaniepokojenie i sprzeciw wobec zamierzeń rządu, które dotyczą zmiany systemu kształcenia przeddyplomowego w zawodzie pielęgniarki. Stronie rządowej przedstawiono wspólne Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z dnia 19 lipca 2016 r., które zostało poparte podczas XIII Kongresu Pielęgniarek Polskich w dniu 15 września 2016 r. w Warszawie przez pielęgniarskie towarzystwa specjalistyczne. Niestety, aktualne działania Ministra Zdrowia są sprzeczne z wskazanym Stanowiskiem.
2. Przedstawiony przez Ministra Zdrowia w piśmie z dnia 3 października 2016 r. sygn. PRL.022.1281.2016.AK projekt zmian w systemie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek, przekazany do Ministra Edukacji wraz z projektem zmian ustawowych, nie był przygotowywany w porozumieniu z głównymi adresatami tych zmian, czyli pielęgniarkami. Powstał przy pełnej wiedzy Ministra Zdrowia w zakresie braku zgody pielęgniarek na zmiany polegające na deprecjacji naszego zawodu. Działania Ministra Zdrowia są w naszej ocenie formą przemocy politycznej, a nie działaniem dla dobra pacjentów i pielęgniarek.
3. Nasze głębokie zaniepokojenie budzi również wykazany w przedłożonym przez Ministra Zdrowia projekcie brak rozumienia prawa europejskiego, odnoszącego się do kształcenia pielęgniarek i uruchamianie działań, które stanowią jawne pogwałcenie obowiązujących Dyrektyw 2005/36/EC oraz 2013/55/EU, które dotyczą wzajemnego uznawania kwalifikacji.
4. Współczesne pielęgniarstwo to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i szczegółowo regulowanym systemie kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego, mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków. Tytuł zawodowy pielęgniarki jest prawnie chroniony i nie może być utożsamiany z grupą zawodową personelu przygotowanego do zadań pomocniczych w systemie ochrony zdrowia, czy opieki społecznej. Byłby to powrót do definicji zawodu z lat 50. i 70. ubiegłego wieku.
5. Wyniki badań naukowych jednoznacznie pokazują, że istnieje ścisły związek między poziomem wykształcenia pielęgniarek, a bezpieczeństwem pacjentów. Edukacja pielęgniarek na poziomie licencyjnym, zgodna z aktualnie obowiązującymi regulacjami prawa unijnego, koreluje z uzyskiwanymi efektami świadczeń medycznych – powoduje wzrost jakości opieki oraz spadek liczby zdarzeń niepożądanych, takich jak: zakażenia, odleżyny, rehospitalizacje, wydłużony pobyt pacjenta w szpitalu, upadki oraz zgony pacjentów. Każdy 10% wzrost zatrudnienia pielęgniarek z tytułem licencjata w oddziale szpitalnym powoduje obniżenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń niepożądanych o 7% (Aiken et al., 2014, Wójcik-Wieczorek B., 2016). Wyższy poziom kształcenia oraz coraz szersze kompetencje pielęgniarek gwarantują bezpieczeństwo pacjenta, co powinno być kluczowym kryterium w planowanych zmianach, które dotyczą kadr medycznych.
6. Odnosząc się do potrzeby pilnego rozwiązania niedoboru personelu opiekuńczego i pielęgniarskiego w placówkach ochrony zdrowia, oczekujemy od Ministra Zdrowia zarówno strategii działań w zakresie wzmocnienia i promocji zawodu pielęgniarki w Polsce, jak i długofalowej strategii rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, a nie doraźnych działań prowadzących do eskalacji konfliktu w sektorze zdrowia i dalszego pogarszania bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli.

7. W imieniu środowiska pielęgniarskiego żądamy niezwłocznej realizacji rekomendacji zawartych w dokumencie „Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze. Rekomendacje i ich realizacja”, zaakceptowanym przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia w dniu 2 września 2015 roku. Niezbędne są konstruktywne, długofalowe działania rządu w zakresie poprawy zabezpieczenia dostępności do opieki pielęgniarskiej w naszym kraju.

Prezes ZG PTP

Grażyna Wójcik

Przewodnicząca OZZPiP

Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Kształcenie przeddyplomowe - co dalej?

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 24 października 2016 r.

Na prośbę samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w dniu 24 października 2016 r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie dotyczące projektu zmian w systemie kształcenia pielęgniarek. Przedstawiciele NRPiP przedstawili zagrożenia, jakie niosą ze sobą projektowane zmiany oraz propozycję innego sposobu rozwiązania problemu niedoboru kadr pielęgniarskich w systemie opieki zdrowotnej.

Podczas spotkania Ministerstwo Zdrowia reprezentował podsekretarz stanu Marek Tombarkiewicz oraz przedstawiciele Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia, natomiast samorząd zawodowy reprezentowała prezes NRPiP Zofia Małas, wiceprezes NRPIP Mariola Łodzińska, sekretarz NRPiP Joanna Walewander oraz członek prezydium NRPiP Elżbieta Madajczyk.

Przedmiotem spotkania było przedstawienie wspólnego Stanowiska NRPiP, OPZZPiP i PTP z dnia 18 października 2016r. (podlinkowanie) w sprawie propozycji MZ dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek.

Przedstawiciele NRPiP po raz kolejny wyrazili sprzeciw wobec proponowanych zmian. Strona samorządowa podkreśliła, że kształcenie pielęgniarek w tzw. szkołach branżowych:

- jest niezgodne z przepisami prawa UE w zakresie kształcenia w zawodzie pielęgniarki,
- stanowi zagrożenie dla pacjentów, dla polskiego pielęgniarstwa a w szczególności dla młodocianych uczniów szkół branżowych (z uwagi na styczność z czynnikami fizycznymi, biologicznymi oraz chemicznymi podczas praktycznej nauki zawodu).

Ponadto samorząd zawodowy zwraca uwagę, że proponowane zmiany spowodują:

- znaczący wzrost wydatkowania środków publicznych na tworzenie od podstaw nowych podmiotów i nowej bazy szkoleniowej,
- nieuzasadniony wzrost lat nauki w dojściu do zawodu pielęgniarki (6 lat),
- brak drożności systemu,
- zbyt długi okres oczekiwania na pierwszych absolwentów (dopiero w 2027 roku).

Równocześnie przedstawiciele NRPiP wnioskowali o:

- utrzymanie kształcenia przeddyplomowego na poziomie studiów wyższych I i II stopnia w zawodzie pielęgniarki,

- rzetelną ocenę liczby kandydatów na studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz systematyczne gromadzenie tych danych statystycznych, co ułatwi prognozowanie dopływu nowych kadr w zawodzie pielęgniarstwa,
- pozyskanie danych statystycznych o liczbie absolwentów wydziałów pielęgniarstwa z ostatnich pięciu lat i przeanalizowanie ilu z nich faktycznie trafiło do systemu opieki zdrowotnej wykonując wyuczony zawód.

Warszawa dnia 8 listopada 2016 r.

W dniu 8 listopada 2016 r. przedstawiciele NRPiP spotkali się z Podsekretarzem Stanu Krzysztofem Łandą, Podsekretarzem Stanu Markiem Tombarkiewiczem oraz Dyrektorem Departamentu Pielęgniarek i Położnych Beatą Cholewką z Ministerstwa Zdrowia. W spotkaniu uczestniczył także Sekretarz Stanu Paweł Szrot, Zastępca Szefa Kancelarii Premiera RP. NRPiP reprezentowali:

Zofia Małas – Prezes NRPiP, Ewa Janiuk – Wiceprezes NRPiP, Joanna Walewander - Sekretarz NRPiP, Elżbieta Madajczyk - Członek Prezydium NRPiP.

Celem spotkania było przedstawienie przez Prezesa Zofię Małas sytuacji pielęgniarek i położnych oraz braku działań MZ w sprawie realizacji „Rekomendacji zawartych w dokumencie pt. Zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia pielęgniarstwa i położnicze zatwierdzone przez Kierownictwo Ministra Zdrowia w dniu 2 października 2015 roku i podpisane przez Ministra Zdrowia do realizacji”.

Przedstawiciele NRPiP przekazali stanowisko samorządu zawodowego w sprawie zmiany rozporządzeń koszykowych. Podkreślili, że tylko jak najszybsze wdrożenie „Rekomendacji” może zapewnić pacjentom bezpieczeństwo i wysoką jakość realizacji gwarantowanych świadczeń.

Podsekretarz Stanu Krzysztof Łanda poinformował o pracach resortu związanych z organizacją świadczeń zdrowotnych oraz zaproponował wspólną dalszą pracę nad wypracowaniem nowych rozporządzeń koszykowych.

Strony ustaliły, że kolejne spotkanie robocze w tej sprawie odbędzie się 12 grudnia 2016 r. Zobowiązały się także do wcześniejszej wymiany materiałów, które mają być podstawą dla dalszych prac w zakresie umocowania pielęgniarstwa i położnictwa w systemie poprzez określenie wskaźników zatrudnienia w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych oraz ustalenia minimalnych wskaźników kwalifikacyjnych.

Prezes NRPiP



Zofia Małas

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko Nr 3

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek Położnych z dnia 15 listopada 2016 r.

w sprawie finansowania świadczeń zdrowotnych w pielęgniarstwie długoterminowej domowej oraz opiece paliatywno- hospicyjnej

W związku z napływającymi informacjami od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej i opieki paliatywno-hospicyjnej dotyczące znacznego zróżnicowania od 1 stycznia 2017 r. stawek za osobodzień w tych świadczeniach pomimo dokonania ich wyceny przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Prezydium NRPIP stoi na stanowisku, iż finansowanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pielęgniarstwa długoterminowej domowej i opiece paliatywno-hospicyjnej powinno być zgodne z aktualnie obowiązującą wyceną osobodnia określoną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Wskazujemy, iż zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793) „do postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzonego w danym roku, a w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres dłuższy niż rok, do ustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowych w danym roku stosuje się szczegółowe warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 2, opublikowanej w Biuletynie Informacji Publicznej Prezesa Funduszu oraz taryfę świadczeń opublikowaną w Biuletynie Informacji Publicznej Agencji, do dnia 30 czerwca roku poprzedniego”.

Wobec powyższego Prezydium NRPIP oczekuje, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zastosuje stawki osobodnia wg wyceny AOTMiT zawarte w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 30,08 zł oraz w obwieszczeniu Prezesa Agencji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w którym koszt świadczenia bazowego oszacowano na kwotę 56,19 zł.

Wycena świadczeń miała służyć zastosowaniu wycen w praktyce kontraktowania świadczeń. Niezrozumiałym są więc propozycje finansowania tych świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ niższe niż dokonana wycena za osobodzień w/w świadczeniach.

Powyższe stanowisko jest podyktowane koniecznością przestrzegania przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie oraz równego traktowania podmiotów realizujących te same świadczenia na terenie całego kraju.

Sekretarz NRPIP



Joanna Walewander

Prezes NRPIP



Zofia Małas

NACZELNA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko nr 4

**Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 15 listopada 2016 r.**

**w sprawie poparcia celów kampanii medialnej zorganizowanej przez Krajową Radę
Lekarsko-Weterynaryjną**

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wspiera działania Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej, wyrażone w zorganizowanej kampanii medialnej, której celem jest zmiana wizerunku lekarza weterynarii oraz zapobieżenie likwidacji Inspekcji Weterynaryjnej i zastąpienia jej nową strukturą – Państwową Inspekcją Bezpieczeństwa Żywności. W efekcie tej zmiany może w szczególności niepokoić obniżenie kwalifikacji dla pracowników projektowanej Inspekcji poprzez rezygnację z wymogu wyższego wykształcenia weterynaryjnego, specjalizacji oraz odpowiedniego stażu pracy.

Krajowa Rada Lekarsko-Weterynaryjna słusznie zwraca uwagę, iż obecna propozycja Rządu RP mająca na celu likwidację m.in. Inspekcji Weterynaryjnej może grozić szerokimi konsekwencjami zdrowotnymi dla społeczeństwa.

Jednym z podstawowych zadań samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest zajmowanie stanowiska w sprawie stanu zdrowia społeczeństwa. Uzasadnia to podjęcie przez Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowiska mającego na celu powstrzymanie zmian legislacyjnych mogących negatywnie wpłynąć na stan zdrowia społeczeństwa.

Uwzględniając powyższe, Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych popiera cele kampanii medialnej Krajowej Rady Lekarsko-Weterynaryjnej.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Prezes NRPiP



Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, 28. 10. 2016

PPK.0762.18.2016.JS

Pani
Halina Nowik
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
ul. Gustawa Morcinka 10 B
82-300 Elbląg

Szanowna Pani Przewodnicząco!

W związku z pismem Pani Przewodniczącej, znak L. dz. XIX/763/2016, z dnia 6 października 2016 r., w sprawie *interpretacji zapisów aktów prawnych regulujących pracę pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii oraz w bloku operacyjnym w sytuacji zatrudnienia do pracy w tych oddziałach ratowników medycznych*, Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuję w przedmiotowej sprawie.

Zawód pielęgniarki i zawód ratownika medycznego są odrębnymi zawodami medycznymi, w związku z tym dla każdego z tych zawodów określony został inny zakres uprawnień i kwalifikacji, a przede wszystkim inne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego niezbędne do wykonywania danego zawodu medycznego. Ponadto, zawód pielęgniarki i zawód ratownika medycznego określają odrębne regulacje prawne. Jedynie w ramach tzw. systemu ratownictwa medycznego ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu posiadają równorzędne uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych i mogą się nawzajem zastępować. Dotyczy to medycznych czynności ratunkowych realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.).

Zakres świadczeń zdrowotnych możliwych do wykonywania przez ratownika medycznego samodzielnie, pod nadzorem lub na zlecenie został określony

w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w *sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego* (Dz. U. poz. 587). Ratownik medyczny wykonujący zawód w oddziałach szpitalnych jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych wymienionych w załączniku nr 3 – samodzielnie i na zlecenie w załączniku nr 4 do rozporządzenia. Powyższe wynika z treści art. 11 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* stanowiącym, iż ratownik medyczny wykonuje zadania zawodowe poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2015r. poz. 618, z późn. zm.).

W świetle powyższych regulacji zawód ratownika medycznego i zawód pielęgniarki nie mogą być traktowane zamiennie. Dlatego też ratownik medyczny nie może być zatrudniony do wykonywania czynności będących w kompetencjach pielęgniarek lub położnych. Ratownik medyczny może realizować zadania zgodnie z kompetencjami i kwalifikacjami przewidzianymi dla tego zawodu.

Odnosząc się do kwestii zatrudniania ratownika medycznego do realizacji świadczeń zdrowotnych na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, Departament nadmienia, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2016 r. poz. 694, z późn. zm.) określa szczegółowe warunki, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, wskazując że warunkiem realizacji świadczeń w zakresie Anestezjologii i intensywnej terapii/ Anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci jest m.in. zapewnienie personelu medycznego:

- 1) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 2 etatów - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
- 2) lekarze - równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii oraz Anestezjologii i intensywnej terapii/ Anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci drugi poziom referencyjny:
 - 1) pielęgniarki - równoważnik co najmniej 2,22 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii, w tym równoważnik co najmniej 4 etatów - pielęgniarka specjalista w dziedzinie

pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki,
2) lekarze - równoważnik co najmniej 4 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego)
- specjalista w dziedzinie anestezyjologii lub anestezyjologii i reanimacji lub anestezyjologii i intensywnej terapii.

Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie *standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą* (Dz. U. z 2013 r. poz. 15), określa m. in. osoby uprawnione do realizacji świadczeń w tym zakresie.

Zatem ww. regulacje nie wskazują ratownika medycznego do realizacji świadczeń w zakresie anestezyjologii i intensywnej terapii.

Odnosząc się do dokumentacji medycznej, należy wskazać, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie *rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. poz. 2069) nie zawiera szczególnych regulacji dotyczących prowadzenia dokumentacji medycznej przez ratownika medycznego w szpitalu, zatem zastosowanie mają odpowiednio zasady ogólne. Obowiązkiem podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych jest prowadzenie dokumentacji medycznej, zawierającej informacje o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych. Wpisów w dokumentacji medycznej dokonuje osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych, niezwłocznie po udzieleniu świadczenia, czytelnie i w porządku chronologicznym. Każdy wpis powinien być opatrzony oznaczeniem tej osoby, tzn. zawierać jej nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej, felczera i starszego felczera, podpis.

Natomiast *Księga raportów pielęgniarskich* jest dokumentacją medyczną, do wypełniania której uprawniona jest tylko i wyłącznie pielęgniarka lub położna, a nie ratownik medyczny. Zgodnie z § 1 ww. rozporządzenia *Księga raportów pielęgniarskich* zawiera m.in: treść raportu, z uwzględnieniem imienia i nazwiska, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań, jak też oznaczenie pielęgniarki lub położnej dokonującej wpisu - nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu.

Jednocześnie należy nadmienić, że odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym ponosi kierownik, który podejmuje decyzję o sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej wymagane

przepisami kwalifikacje, co reguluje art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*. Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie danego podmiotu leczniczego, powinien określać regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, co wskazuje art. 23 ww. ustawy. Dlatego też w każdym podmiocie leczniczym powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy dla poszczególnych pracowników, z uwzględnieniem kwalifikacji i uprawnień, jakie powinny posiadać osoby zatrudnione na tych stanowiskach, w tym też ratowników medycznych.

Reasumując, wszystkie wątpliwości i problemy związane z wykonywaniem zadań przez ratowników medycznych w jednostkach organizacyjnych danego podmiotu leczniczego powinny zostać rozstrzygnięte w tym podmiocie. Zakresy zadań i obowiązków poszczególnych pracowników powinny uwzględniać uprawnienia i kompetencje uzyskane przez te osoby w trakcie kształcenia zawodowego przed dyplomowego i podyplomowego, ponadto ważnym elementem dobrej organizacji pracy i zapewnienia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych jest przejrzyste określenie podległości i nadzoru merytorycznego i służbowego dla danego stanowiska.



DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych



dr n. o zdr. Beata Cholewka

Opinie

Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne leków drogą dożylną (w tym wlewów kroplowych) oraz leków podawanych w iniekcjach domięśniowych (takich jak żelazo, antybiotyki)

Podawanie leków drogą dożylną lub domięśniową przez pielęgniarki środowiskowe/rodzinne jest realizacją wydanego zlecenia lekarskiego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. To lekarz decyduje o leczeniu, dawce leku, drodze podania w zależności od stanu pacjenta i choroby. Za to również ponosi odpowiedzialność. Wszystkie leki, które są zarejestrowane w Polsce, a dostępne na receptę do leczenia ambulatoryjnego mogą być podawane zgodnie z ulotką dołączoną do opakowania i charakterystyką produktu leczniczego.

Każdy lek niezależnie czy jest podawany drogą dożylną, domięśniową czy doustną może wywołać u niektórych osób reakcje niepożądane. Producenci leków podają w ulotkach załączonych do leku, że dany preparat należy podawać **wyłącznie pod bezpośrednim nadzorem personelu medycznego przeszkolonego w zakresie oceny i leczenia reakcji anafilaktycznych**. Pacjenta należy obserwować w celu wykrycia działań niepożądanych po każdym podaniu leku. W przypadku wystąpienia reakcji nadwrażliwości lub objawów nietolerancji w trakcie podawania leku, leczenie należy natychmiast przerwać. Dostępne musi być wyposażenie do resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz leki stosowane w leczeniu ostrych reakcji anafilaktycznych.

Pielęgniarki realizujące zlecenia lekarskie w zakresie podawania leków są zobowiązane stosować zasady podawania zamieszczone w informacji o leku (ulotce) lub wynikające ze zlecenia lekarskiego. Należy zatem wnikliwie zapoznać się z ulotką dołączoną do leku i przestrzegać zaleceń producenta. Jeżeli zlecenie lekarskie stoi w sprzeczności z zaleceniami bezpieczeństwa jakie podaje producent leku, to należy skonsultować to z lekarzem, który zlecenie wystawił. Ponadto prawo odmowy podania przez pielęgniarkę leku zleco-

nego przez lekarza określa przepis art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2013 r. poz. 1435, z późn. zm.). Pielęgniarka odmawiając wykonania zlecenia lekarskiego podaje wówczas przyczynę odmowy w formie pisemnej.

Podczas realizacji wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego zlecenia lekarskiego, zawierającego nazwę i dawkę leku, drogę podania, czasookres, które w pełni pokrywają się z charakterystyką produktu leczniczego oraz gdy preparat dopuszczony jest do leczenia ambulatoryjnego, dostępny na receptę i nie jest zerzeczony tylko do leczenia w warunkach szpitalnych nie zachodzą podstawy do odmowy wykonania takiego zlecenia przez pielęgniarkę. Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej mają obowiązek współpracować z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, również w kwestii realizacji wydawanych zleceń lekarskich.

Osoba ubezpieczona ma gwarantowane świadczenia pielęgniarskie mocą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1248, oraz z 2014 r. poz. 1440 i 1914). Nadmieniam, iż zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej są wyraźnie określone w załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816).

Z poważaniem
KONSULTANT KRAJOWY
w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego Beata Ostrzycka

Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego z dnia 12.08.2014 r. w sprawie wykonywania przez pielęgniarki iniekcji penicyliny prokainowej i preparatów penicylinopochodnych u dzieci w warunkach ambulatoryjnych

W procesie antybiotykoterapii domięśniowej preparatami penicyliny, realizowanej u dzieci w warunkach ambulatoryjnych należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:

- Wskazania do antybiotykoterapii, określenie lekowrażliwości wyizolowanego drobnoustroju wywołującego zakażenie i antybiotykoterapia celowana po uzyskaniu wyniku antybiogramu. Decyzję

powyższą podejmuje lekarz zlecający i za tę decyzję odpowiada lekarz.

- Czytelne, pełne, pisemne zlecenie lekarskie, będące podstawą do podania przez pielęgniarkę penicyliny, które powinno zawierać nazwę leku, dawkę, drogę podania i czasookres podawania. Na zleceniu powinna znajdować się informacja o ewentualnej próbie uczuleniowej i jej wyniku

oraz o ewentualnej kontynuacji leczenia rozpoczętego w szpitalu.

- Dokładnie zebrany przez pielęgniarkę wywiad od pacjenta i jego opiekunów na temat ewentualnych uczuleń na antybiotyki beta-laktamowe lub inne leki oraz czy u pacjenta występowały w przeszłości reakcje alergiczne niezależnie od ich przyczyn. Brak danych z wywiadu, że nie występuje u pacjenta nadwrażliwość na antybiotyki beta-laktamowe, nie jest dowodem na to, że taka nadwrażliwość nie wystąpi. W przypadku zgłoszenia przez pacjenta lub opiekunów występujących w przeszłości reakcji alergicznych, niezależnie od czynnika wywołującego, rekomenduję, odroczenie wykonania zlecenia i zgłoszenie powyższego faktu lekarzowi, celem przeprowadzenia diagnostyki nadwrażliwości (próby uczuleniowej, jeśli taka możliwość istnieje), na zlecenie lekarza lub zmiany sposobu czy też formy leczenia.
- Pielęgniarka powinna przed podaniem leku zapoznać się z kartą charakterystyki produktu, bądź tzw. „ulotką informacyjną” dołączoną do leku. W wyposażeniu gabinetu powinien znajdować się katalog „Kompendium leków”, z którego należy korzystać przed podaniem leku, aby zapoznać się ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, działaniami niepożądanymi, interakcjami oraz sposobem przygotowania, przechowywania i podania leku.
- Technika przygotowania zawiesiny i podania leku. Pielęgniarka podająca antybiotyków, powinna zwrócić szczególną uwagę na technikę przygotowania leku i podania (dokładne rozpuszczenie, miejsce podania, aspiracja), by uniknąć podania leku do naczynia krwionośnego oraz nie uszkodzić nerwów obwodowych i naczyń.
- Bezpieczeństwo pacjenta po podaniu leku. Pacjent w czasie podawania leków, szczególnie takich jak penicylina prokainowa i debecylina oraz co najmniej 30 minut po ich podaniu, ze względu na skutki uboczne, powinien być poddany obserwacji w poradni. Gabinet zabiegowy poradni, powinien być wyposażony w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy. Jednostka POZ powinna posiadać opracowaną listę leków, materiałów i sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach, który powinien być dostępny w miejscu udzielania świadczeń, czyli w gabinecie zabiegowym. Wskazany byłby defibrylator, worek AMBU itp. oraz łączność z jednostką ratownictwa medycznego. Pielęgniarka powinna posiadać kurs specjalistyczny z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz znać procedurę postępowania do czasu przyjazdu karetki pogotowia. Rekomendowaną dobrą praktyką jest coroczne odbywanie wewnętrzzakładowych szkoleń teoretycznych i praktycznych z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
- Wg współczesnej wiedzy medycznej i dostępnych metod leczenia dzieci, powinno się wybierać najbardziej bezpieczne leki i drogi podawania leków

czyli: droga doustna realizowana w warunkach ambulatoryjnych, a w przypadku przeciwwskazań – droga dożylna, stosowana w warunkach szpitalnych. Opisywane powikłania u dzieci po podawaniu penicyliny prokainowej lub debecyliny w postaci zespołu Hoigne, uszkodzeń nerwu kulszowego, uszkodzeń mięśni pośladkowych, do zaników włócznie, jak również reakcji alergicznych od wysypki uczuleniowej do wstrząsu anafilaktycznego włócznie oraz trauma i ból spowodowany stałymi, częstymi iniekcjami, są wystarczającym powodem do niestosowania tej formy leczenia dzieci w warunkach ambulatoryjnych. O możliwych zdarzeniach niepożądanych powinni być poinformowani opiekunowie dziecka.

- Dodatkowym argumentem przeciw stosowaniu penicyliny jest opisywana i potwierdzona w badaniach naukowych, powszechna oporność drobnoustrojów na ten antybiotyk. A w przypadku stwierdzenia wrażliwości na penicylinę prokainową i debecylinę, wszystkie inne antybiotyki beta-laktamowe (penicyliny syntetyczne, cefalosporyny), są również skuteczne, a ich zastosowanie w leczeniu jest o wiele bezpieczniejsze.
- Artykuł 12 punkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, daje pielęgniarce prawo odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, w przypadku, gdy jest ono niezgodne z sumieniem lub zakresem kwalifikacji pielęgniarki oraz jeśli zagraża życiu chorego. W takiej sytuacji pielęgniarka wskazuje pisemnie przyczynę odmowy wykonania zlecenia, z jej uzasadnieniem. Ponadto należy zaznaczyć, że za zlecenie lekarskie (dobór leku i drogę podawania) odpowiedzialność ponosi lekarz (art. 45 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty /Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 z późn. zm./), który może uwzględnić wątpliwości pielęgniarki i zmienić zlecenie lub je podtrzymać.
- Równoczesne zastosowanie wraz z antybiotykiem, lignokainy jako leku ograniczającego bolesność procedury. Ze względu na bezpieczeństwo stosowania antybiotyków podawanych domięśniowo, nie zaleca się równoczesnego stosowania lignokainy, jako leku ograniczającego bolesność procedury, z uwagi na ryzyko wystąpienia polekowych działań niepożądanych. Lignokaina może powodować reakcje nadwrażliwości, w tym o ciężkim przebiegu, wstrząs anafilaktyczny, objawy ze strony OUN, w tym drgawki i zatrzymanie oddechu, objawy ze strony układu krążenia, a w szczególności zaburzenia rytmu. Po iniekcji lignokainy może dojść również do parestezji jak i porażenia kończyn dolnych, jako efektów niepożądanych zastosowania leku. Nie bez znaczenia mogą być także niezgodności farmaceutyczne związane z mieszaniami w jednej strzykawce lignokainy z antybiotykami, jak i potencjalnie możliwe interakcje farmakodynamiczne.

Stanowisko w powyższej kwestii, poparte jest konsultacją z dr. n. med. Jarosławem Woroniem – specjalistą farmakologii klinicznej.

- Podawanie antybiotyków u noworodków i niemowląt do ukończenia trzeciego miesiąca życia. W celu zminimalizowania ryzyka powstania powikłań takich jak m.in.: uszkodzenie nerwu kulszowego, tkanki mięśniowej, trauma oraz ból (spowodowany częstotliwością iniekcji dla utrzymania poziomu terapeutycznego antybiotyku i objętością podawanego roztworu), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3. miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, wyklucza się iniekcje domięśniowe w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku przeciwwskazań do doustnej podaży antybiotyków, dziecko powinno zostać skierowane do szpitala, celem realizacji antybiotykoterapii dożylną, która może być wykonywana wyłącznie w warunkach szpitalnych. Realizowanie przez pielęgniarki zleceń lekarskich w zakresie podawania antybiotyków drogą domięśniową lub dożylną w warunkach ambulatoryjnych), u noworodków i niemowląt do ukończenia 3. miesiąca życia i starszych niemowląt, które nie posiadają dostatecznie wykształconej tkanki mięśniowej, jest

niezgodne z aktualną wiedzą medyczną i niebezpieczne dla dziecka. Biorąc powyższe pod uwagę, stanowi to podstawę do odmowy wykonania zlecenia zgodnie z art. 12 pkt 2 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Tracą moc opinie:

- Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 06.12.2010 r. w sprawie podawania antybiotyków z dodatkiem leków miejscowo znieczulających drogą domięśniową u dzieci.
- Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego nr 2/2004 z dnia 16 marca 2004 r., zweryfikowane w dniu 19 stycznia 2007 r. w sprawie podawania antybiotyków noworodkom i niemowlętom do 3. miesiąca życia.
- Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego z dnia 6 stycznia 2009 roku w sprawie podawania debecyliny dzieciom w warunkach ambulatoryjnych

Dr n. med. (-) Krystyna Piskorz-Ogórek
Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Czy pielęgniarki zatrudnione w stacjach sanitarno-epidemiologicznych na stanowiskach pielęgniarek, starszych pielęgniarek, młodszych asystentów, asystentów i starszych asystentów posiadające uprawnienia pielęgniarki i położnej wykonują zawód w rozumieniu art. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej?

Czy stacja sanitarno-epidemiologiczna jest zobligowana przepisami do zatrudnienia pielęgniarek/położnych w epidemiologicznych zespołach kontrolnych, realizujących wymogi kontroli w podmiotach leczniczych?

Czy też możliwe jest zatrudnienie innych osób, nie posiadających wykształcenia medycznego?

Odpowiedź

Pielęgniarki zatrudnione w stacjach sanitarno-epidemiologicznych na stanowiskach pielęgniarek, starszych pielęgniarek, młodszych asystentów, asystentów i starszych asystentów, posiadające prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej, wykonują zawód w rozumieniu art. 4 ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – dalej u.z.p.p.

W zespołach kontrolnych, zadania inspekcji sanitarnej, powinni realizować pracownicy działalności podstawowej, wobec których stosowne wymagania określa dział II załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej – dalej r.k.w.s.s.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 4 ust. 1 u.z.p.p. stanowi, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

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

- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Natomiast art. 4 ust. 2 u.z.p.p. wskazuje, że za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również:

- 1) nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej, wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych lub nauczanie innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współudziału pielęgniarki lub położnej;
- 2) prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa;
- 3) kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych;
- 4) zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 6) zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;
- 7) pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;
- 8) pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności;
- 9) zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;
- 10) zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;
- 11) sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu;

- 12) powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy.

Państwowa Inspekcja Sanitarna działa w oparciu o przepisy ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – dalej u.p.i.s.

Stosownie do art. 10 ust. 1 u.p.i.s. zadania Państwowej Inspekcji Sanitarnej określone w rozdziale 1 ustawy wykonują następujące organy:

- 1) Główny Inspektor Sanitarny;
- 2) Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w województwie;
- 3) Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny, jako organ rządowej administracji zespolonej w powiecie;
- 4) Państwowy Graniczny Inspektor Sanitarny dla obszarów przejść granicznych drogowych, kolejowych, lotniczych, rzecznych i morskich, portów lotniczych i morskich oraz jednostek pływających na obszarze wód terytorialnych.

Natomiast w myśl art. 15 ust. 1 u.p.i.s. państwowy inspektor sanitarny wykonuje zadania przy pomocy podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznej.

Przytoczone powyżej przepisy u.p.i.s. wskazują, że praca w podlegającej państwowemu inspektorowi sanitarnemu stacji sanitarno-epidemiologicznej, jest pracą w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia, w rozumieniu art. 4 ust. 2 pkt 6 u.z.p.p.

Zatem pielęgniarki zatrudnione w stacjach sanitarno-epidemiologicznych na stanowiskach pielęgniarek, starszych pielęgniarek, młodszych asystentów, asystentów i starszych asystentów posiadające prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej wykonują zawód w rozumieniu art. 4 ust. 2 pkt 6 u.z.p.p.

Zgodnie z art. 35 ust. 1 u.p.i.s. państwowy inspektor sanitarny lub Główny Inspektor Sanitarny może upoważnić odpowiednio pracowników podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznych lub pracowników Głównego Inspektoratu Sanitarnego do wykonywania w jego imieniu określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji na zasadach i w trybie określonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia.

Na podstawie § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 grudnia 2009 r. w sprawie zasad i trybu upoważniania pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych lub Głównego Inspektoratu Sanitarnego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji w imieniu państwowych inspektorów sanitarnych lub Głównego Inspektora Sanitar-

nego Główny Inspektor Sanitarny może udzielić upoważnienia pracownikom Głównego Inspektoratu Sanitarnego, a państwowy inspektor sanitarny – pracownikom podległej mu stacji sanitarno-epidemiologicznej, do wykonywania czynności kontrolnych w ramach:

- 1) zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego,
- 2) zapobiegania chorobom zakaźnym i innym chorobom powodowanym warunkami środowiska oraz ich zwalczania – w zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego i jego zgodności z obowiązującymi wymaganiami higienicznymi i zdrowotnymi.

Przepisy ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej nie wskazują wprost na obowiązek zatrudniania pie-

lęgniarek i położnych w zespołach kontrolnych, realizujących wymogi kontroli w podmiotach leczniczych. Jednakże, uwzględniając przepisy rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej, a w szczególności załącznik określający kwalifikacje wymagane na poszczególnych stanowiskach pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej można postawić tezę, że w zespołach kontrolnych powinni realizować zadania inspekcji sanitarnej pracownicy działalności podstawowej, wobec których stosowne wymagania określa dział II załącznika do r.k.w.s.s. Pod poz. 11 i poz. 12 wskazano stanowisko starszej pielęgniarki i pielęgniarki.

Warto wiedzieć!

Zmiany w receptach wystawianych przez pielęgniarki i położne

W dniu 1 września 2016 r. weszło w życie rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne, które wprowadza możliwość ordynowania przez pielęgniarki bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych świadczeniodawcom, którzy ukończyli 75. rok życia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne (Dz. U. poz. 1360) wprowadza możliwość ordynowania przez pielęgniarki bezpłatnych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych świadczeniodawcom, którzy ukończyli 75. rok życia. Rozporządzenie wprowadza

kod uprawnień dodatkowych oznaczonych literą „S” w przypadku leków wydanych na podstawie art.43 a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.) – dalej u.ś.o.z. Zmianie ulega także sposób wykonywania kodów uprawnień dodatkowych lub kodów tytułów uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo wyłączona została możliwość wpisywania przez osobę wydającą lek kodu uprawnienia dodatkowego, o którym mowa w art.43 a ust.1 u.ś.o.z. Wskazana zmiana wynika ze szczególnych przymiotów uprawnienia oznaczonego kodem „S” w stosunku do pozostałych uprawnień dodatkowych.

Rozporządzenie zmieniające weszło w życie w dniu 1 września 2016 r.

NFZ

PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
- w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.
Warszawa dn. 04.08.2016 r.

Pani

Zofia Małas

Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfi-

kujących recepty, które zostało przygotowane na podstawie art 102 ust. 5 pkt 25 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm) oraz art. 48 ust 2a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. TJ. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), określa się zasady postępowania przy uzyskaniu uprawnienia do pobierania numerów recept, przez osoby uprawnione

na mocy ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991).

Na mocy obowiązujących przepisów dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są zobowiązani do nadawania unikalnych numerów identyfikujących recepty. Zadanie to jest realizowane z wykorzystaniem systemów informatycznych Funduszu poprzez Portal NFZ, zgodnie z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

Wychodząc naprzeciw potrzebom pielęgniarek i położnych, wnioski będą mogły być złożone do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia drogą elektroniczną, jeśli wniosek będzie zło-

żony za pośrednictwem platformy ePUAP lub wniosek będzie prawidłowo podpisany podpisem elektronicznym, Funkcjonalności te zostaną udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w najbliższym czasie.

Warszawa, 04.08.2016

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

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

Z up. Prezesa NFZ
Z-ca Prezesa ds. finansowych
Maciej Miłkowski

Założenia do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej

Niniejsza publikacja przybliża założenia do projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, które w dniu 23 września 2016 roku Minister Zdrowia przekazał do konsultacji publicznych. Treść projektu opublikowana została na stronie internetowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”. Termin zgłaszania uwag i opinii upływa w dniu 25 października 2016 roku.

1. Wstęp

Już na wstępie niniejszych rozważań wskazać należy, iż głównym założeniem projektu założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej pozostaje **przyjęcie jednolitych rozwiązań legislacyjnych, które nie tylko zwiększą znaczenie podstawowej opieki zdrowotnej w polskim systemie opieki zdrowotnej, ale również doprowadzą do skoordynowania POZ z pozostałymi częściami systemu opieki zdrowotnej, jak również uwydatnią rolę profilaktyki zdrowotnej.** Według założeń normodawcy projektowane działania winny ułatwić dostęp pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej, zwiększyć efektywność podstawowej opieki zdrowotnej sprawowanej nad pacjentem oraz usprawnić proces koordynacji leczenia. **Zgodnie z projektowanymi za-**

łożeniami ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej określać będzie zadania, organizację i finansowanie podstawowej opieki zdrowotnej, zasady współdziałania podstawowej opieki zdrowotnej z innymi częściami systemu ochrony zdrowia, kwalifikacje i rozwój zawodowy osób udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz zasady zapewnienia jakości w podstawowej opiece zdrowotnej. Co istotne, już na wstępie projekt przyjmuje, iż prawo do korzystania z podstawowej opieki zdrowotnej przysługiwać będzie pacjentom na zasadach określonych przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dalej u.s.o.z., z tym jednak zastrzeżeniem, że jego zakres podmiotowy rozszerzony został na wszystkie osoby posia-

dające obywatelstwo polskie i miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Definicje legalne

Projekt założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej wprowadza kilka definicji legalnych, niezwykle istotnych z punktu widzenia zasad realizacji świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej. I tak projekt definiuje **podstawową opiekę zdrowotną**, jako świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Z kolei przez **lekarza podstawowej opieki zdrowotnej** projekt nakazuje rozumieć lekarza, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej, lub posiadającego inną specjalizację lub tytuł specjalisty i udzielającego nieprzerwanie, przez okres nie krótszy niż 5 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ. Podkreślenia w tym miejscu wymaga, iż lekarz nieposiadający odpowiedniej specjalizacji lub lekarz inny niż posiadający nieprzerwany staż pracy w POZ (5 lat), będzie traktowany jako lekarz POZ do dnia 31 grudnia 2022 roku, a po tym okresie jeśli rozpocznie specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Projekt założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej definiuje także **pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej**, przez którą rozumieć należy pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka, które nie posiada specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, jest pielęgniar-

ką POZ do dnia 31 grudnia 2022 roku, a po tym okresie jeśli rozpocznie szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego. Z kolei **pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania** będzie pielęgniarka, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania lub posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej.

Zgodnie wreszcie z definicją położnej podstawowej opieki zdrowotnej, rozumieć przez nią należy położną, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego oraz promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: rodzinnego lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub posiada tytuł zawodowy magistra położnictwa oraz co najmniej trzyletni staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej udzielającą świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, będącą świadczeniodawcą, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Zadania podstawowej opieki zdrowotnej

Zgodnie z założeniami ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej do podstawowych zadań podstawowej opieki zdrowotnej należeć będzie **zapewnienie równego dostępu do wszechstronnej i ogólnej opieki zdrowotnej wszystkim obywatelom, podejmowanie działań zmierzających do ochrony zdrowia i życia, w odniesieniu do wszystkich potrzeb i problemów zdrowotnych niezależnie od wieku i płci**, z uwzględnieniem nie tylko biomedycznego wymiaru zdrowia, ale także wymiaru psychospołecznego, kulturowego i egzystencjalnego, zwiększenie roli edukacji zdrowotnej i profilaktyki, w tym prowadzonej w ramach programów wczesnego wykrywania chorób, **udzielanie bez zbędnej zwłoki pomocy medycznej w stanach ostrych i przewlekłych oraz wielochorobowości zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i możliwościami istniejącymi w POZ**, **zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie**, a także **współpraca i koordynacja działań z innymi częściami systemu**

ochrony zdrowia, zapewnienie pacjentom fachowej porady i wsparcia w podejmowaniu decyzji dotyczącej ochrony i poprawy zdrowia oraz korzystania ze świadczeń zdrowotnych, a także ocena potrzeb oraz ustalenie priorytetów zdrowotnych wszystkich osób oraz populacji objętej podstawową opieką zdrowotną, oraz na ich podstawie systemowe wdrażanie działań zapobiegawczych.

4. Organizacja podstawowej opieki zdrowotnej

Komentowany projekt założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zakłada, iż każdy pacjent objęty zostanie podstawową opieką zdrowotną, realizowaną przez zespół złożony z lekarza oraz współpracujących z nim pielęgniarek i położnych. Działania zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, niezależnie od przyjętej formy organizacyjno-prawnej, oparte będą o zasadę niezależności zawodowej jego członków, przy jednoczesnym wyraźnym wskazaniu podziału środków na ich działania i wynagrodzenia. Co istotne, podstawowa opieka zdrowotna sprawowana będzie całodobowo przez siedem dni w tygodniu, z uwzględnieniem rzecz jasna wyodrębnienia świadczeniodawców realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Projekt założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zakłada również, w stosunku do obecnie obowiązujących rozwiązań, znaczące zmiany w zakresie finansowania podstawowej opieki zdrowotnej. I tak zgodnie z przyjmowanymi założeniami podstawowa opieka zdrowotna finansowana będzie w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, jednostek samorządu terytorialnego oraz budżetu państwa. Podstawą finansowania podstawowej opieki zdrowotnej pozostawać będzie tak jak dotychczas stawka kapitacyjna. Obok jednak stawki kapitacyjnej projekt przewiduje element o charakterze motywacyjnym za osiągnięcie określonych kryteriów jakości opieki, a także dodatek za opiekę nad pacjentami przewlekle chorymi oraz dodatkowe wynagrodzenie za wyniki leczenia pacjentów z niektórymi chorobami przewlekłymi. Projekt zakłada również odrębną część budżetu dedykowanego na realizację wyłącznie badań diagnostycznych i ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Zarówno w jednym, jak i w drugim przypadku, środki finansowe nie będą mogły być wykorzystane na inny cel niż wskazany wyżej.

W tym miejscu wskazania wymaga, iż jednostki samorządu terytorialnego będą miały nadal możliwość finansowania programów polityki zdrowotnej, inwestycji, szkoleń personelu oraz świadczeń dla podmiotów, dla których są podmiotem tworzącym, natomiast z budżetu państwa przekazywana jest dotacja na zadania, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b u.s.o.z.

5. Współdziałanie podstawowej opieki zdrowotnej z innymi elementami systemu ochrony zdrowia

W ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka

podstawowej opieki zdrowotnej, położna podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania działają będą wspólnie w ramach zespołu POZ, w szczególności przez wzajemne konsultacje i wymianę informacji o leczonym pacjencie, a także współdziałanie w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz usprawnienia pacjenta.

W ramach koordynacji leczenia pacjenta koniecznym okazać się może pozyskiwanie przez podstawową opiekę zdrowotną informacji o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych w innych zakresach świadczeń, w tym w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i w leczeniu szpitalnym.

Podkreślić również należy, iż lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, położna podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania współpracować będą z innymi specjalistami w obszarze zdrowia publicznego (np. dietetykiem, psychologiem), z przedstawicielami organizacji i instytucji działających na rzecz zdrowia oraz dyrektorami szkół, i to w zakresie zachowania zdrowia i profilaktyki chorób na poziomie populacji, w tym edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, oraz identyfikacji czynników ryzyka oraz zagrożeń zdrowotnych.

6. Kwalifikacje i rozwój zawodowy w podstawowej opiece zdrowotnej

Projekt założeń ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zakłada dwukierunkowy system kształcenia personelu medycznego w dziedzinie medycyny rodzinnej. W ramach pierwszego toru, system zapewniać ma odpowiedni do potrzeb poziom rekrutacji absolwentów wydziałów lekarskich i pielęgniarskich do szkolenia podyplomowego. W ramach drugiego toru, system winien gwarantować uzyskiwanie właściwych kompetencji przez lekarzy, pielęgniarki i położne, udzielające obecnie świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W tym celu ustawa wspierać ma rozwój akademickiej medycyny rodzinnej, wojewódzkich ośrodków kształcenia w medycynie rodzinnej oraz reorganizację Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki w Lublinie.

7. Jakość w podstawowej opiece zdrowotnej

Projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej zakłada również szereg działań na rzecz poprawy jakości w podstawowej opiece zdrowotnej. Działania te realizowane będą nade wszystko w ramach ogólnopolskiego programu poprawy jakości (akredytacja). Ponadto ustawa zakłada, iż świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej realizowane będą z uwzględnieniem wytycz-

nych i zaleceń postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, jak również mierników i wskaźników jakości opieki. Projektowana ustawa umożliwi także monitorowanie satysfakcji pacjentów ze świadczeń POZ.

1. Nowe rozporządzenie

W dniu 21 września 2016 roku Minister Zdrowia podpisał rozporządzenie w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynikała z faktu, iż z dniem 16 czerwca 2016 roku obowiązywać przestało rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Stało się tak w konsekwencji zmian dokonanych przepisami ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw – dalej u.z.ś.o.z. Zgodnie z jej art. 10 u.z.ś.o.z., przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 55 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – dalej u.ś.o.z., zachowywały moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 55 ust. 6 u.ś.o.z., nie dłużej jednak niż przez okres 24 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Jako, że przedmiotowa ustawa zmieniająca opublikowana została w Dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 15 maja 2014 roku, przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej przestały obowiązywać z dniem 16 maja 2016 roku.

Komentowane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1567) wydane zostało na podstawie delegacji ustawowej wynikającej z art. 55 ust. 6 u.ś.o.z., zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, uwzględniając konieczność zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń oraz dobro pacjenta.

2. Zmiany w przepisach

Już na wstępie stwierdzić należy, iż przedmiotowe rozporządzenie nie dokonuje znaczących zmian merytorycznych w stosunku do obowiązującego dotych-

czas rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dokonane zmiany mają w większości przypadków charakter porządkujący, i dostosowują przepisy rozporządzenia do norm wynikających z aktów prawnych rangi ustawowej.

I tak w pierwszej kolejności stwierdzić należy, iż przepisy omawianego rozporządzenia **przypadają pielęgniarkom i położnym podstawowej opieki zdrowotnej uprawnienie do ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiania na nie recept oraz do ordynowania określonych wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie zleceń albo recept.** Do zakresu zadań pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej przypisano także **wystawianie skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.** Powyższe zmiany wynikając z treści art. 15a ust. 1 i 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej wśród **zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej wskazuje obecnie na możliwość pobierania materiału do testów przesiewowych w kierunku wykrycia chorób metabolicznych, co stanowi wyraz dostosowania zadań położnej do założeń Programu badań przesiewowych noworodków w Polsce.**

Komentowane rozporządzenie uzupełnia także zadania pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej o wykonywanie iniekcji domięśniowych, zaś zadania tylko pielęgniarki o cewnikowanie pęcherza moczowego i usuwanie cewnika i to niezależnie od płci pacjenta (w zakresie zadań położnej podstawowej opieki zdrowotnej pozostaje cewnikowanie pęcherza moczowego u kobiet, usuwanie cewnika oraz płukanie pęcherza moczowego). Rozporządzenie wyklucza wreszcie z zakresu zadań pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej stawianie baniek.

3. Wejście w życie nowego rozporządzenia

Na zakończenie wskazania wymaga, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 września 2016 r. w sprawie zakresu zadań lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie postanowieniami § 3, wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, czyli w dniu 29 września 2016 r.

Z prac Sejmu

Posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia

Minister Konstanty Radziwiłł podczas posiedzenia sejmowej Komisji Zdrowia przedstawił plan zmian w systemie ochrony zdrowia, który został zaakceptowany przez premier Beatę Szydło. Jak zmieni się sytuacja pielęgniarek i położnych po jego wprowadzeniu?

W dniu 3 listopada br., na wniosek klubu parlamentarnego PO odbyło się posiedzenie sejmowej komisji zdrowia dotyczące „Informacji w sprawie planowanych zmian w systemie ochrony zdrowia zaprezentowanych przez Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła Pani Premier Beacie Szydło w dniu 5 lipca 2016 r.”. W posiedzeniu wzięły udział Sekretarz NRPIp Joanna Walewander i Ewa Sawicka z Biura Prasowego NIPiP.

Minister Zdrowia swoje wystąpienie zaczął od stwierdzenia, że jego celem jest zapewnienie zdrowia wszystkim obywatelom, dlatego filarem przeprowadzanej przez resort zdrowia reformy jest odejście od systemu ubezpieczeniowego, co wiąże się z likwidacją NFZ i finansowaniem systemu ochrony zdrowia bezpośrednio z budżetu państwa, na co mają być przeznaczone większe środki (projekt zakłada stopniowe zwiększanie nakładów na służbę zdrowia z obecnych 4,4 proc. PKB do 6 proc. PKB w ciągu kilku lat). Minister Radziwiłł podkreślił, że już w przyszłym roku z tego tytułu trafi do systemu opieki zdrowotnej ok. 8 mld zł więcej niż obecnie.

– Istnieje potrzeba podjęcia konstytucyjnej odpowiedzialności przez władzę państwa za ochronę zdrowia. Priorytetem, który podejmujemy jest budowa sprawnego systemu zarządzania powszechnie dostępnej służby zdrowia – uzasadniał te zmiany minister Radziwiłł. – Powszechna dostępność nie może być mierzona odsetkiem tych, którzy mają do niej dostęp. To jest wartość zero-jedynkowa i albo występuje, albo jej nie ma.

Przy okazji minister Radziwiłł nawiązał do wypowiedzi prezes NRPIp Zofii Małas podczas niedawnej konferencji „Służba zdrowia czy ochrona zdrowia – znacznie więcej niż spór o słowa”.

– W ostatnich latach zmienił się m.in. język, jakim mówi się o najważniejszych elementach opieki zdrowotnej. Nie ma już pacjentów tylko świadczeniobiorcy, nie ma tych, którzy udzielają im pomocy – jest świadczeniodawca, nie ma procesu leczenia czy diagnozowania – są usługi zdrowotne, kontrakty, limity i nadlimity. Ten język, charakterystyczny dla rozwiązań gospodarczych, odsuwa nas od idei ochrony zdro-

wia, czegoś co jest objęte zasadą służby, odpowiedzialności, solidarności i wsparcia dla tych, którzy są słabsi – ubolewał.

Zapowiedział też, że NFZ nie zniknie od razu, rząd planuje likwidację Funduszu w 2018 r. Do tego czasu mają zostać opracowane oraz uchwalone ustawy i rozporządzenia umożliwiające ponowne finansowanie „służby zdrowia” bezpośrednio z budżetu państwa, co będzie wiązało się z większymi uprawnieniami ministra zdrowia (przejmie on zadania NFZ na poziomie centralnym) i zmianą na poziomie samorządów terytorialnych (powstaną Wojewódzkie Urzędy Zdrowia, także zależne bezpośrednio od Ministra Zdrowia).

Obecni na sali posłowie nie kryli obaw, że realizowana już przez resort zdrowia reforma odbije się na jakości opieki zdrowotnej (dotychczasowe wyceny mają zostać zastąpione ryczałtem), a planowane wzmocnienie publicznych zakładów leczniczych kosztem prywatnych (co będzie skutkiem wdrożenia programu potocznie nazywanego „siecią szpitali”) może zachwiać bytem wielu placówek.

Towarzyszący ministrowi zdrowia podsekretarz stanu Piotr Gryza zapewnił, że do końca istnienia NFZ, oba systemy będą współistnieć (ryczałt dla szpitali „w sieci” i wyceny dla pozostałych), nie rozwiązał jednak obaw posłów co do dalszej przyszłości.

– Nie ma przeszkód, by do programu przystępowały kolejne szpitale, oczywiście po spełnieniu wymogów formalnych – zapewniał.

Bez konkretnej odpowiedzi pozostało także pytanie posłanki PO Elżbiety Radziszewskiej, jak Ministerstwo Zdrowia zamierza sobie poradzić z niedoborami kadrowymi, szczególnie wśród pielęgniarek. Minister Radziwiłł zapewnił jedynie, że w pakiecie ustaw, nad którymi obecnie pracuje jego resort jest też ustawa o gwarantowanej płacy minimalnej dla pracowników medycznych. Nie ukrywał przy tym, że jej wysokość dla wielu grup nie będzie zadowalająca.

Ewa Sawicka
Biuro prasowe NRPIp



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP

Zestawienie Uchwał z posiedzenia ORPiP z dnia 16 września 2016 r.

Uchwała Nr 101/VII/16 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 102/VII/16 w sprawie wydania duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki,

Uchwała Nr 103/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 104/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 105/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 106/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 107/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 108/VII/16 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,

Uchwała Nr 109/VII/16 w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,

Uchwała Nr 110/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 111/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 112/VII/16 w sprawie wskazania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej,

Uchwała Nr 113/VII/16 w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej,

Uchwała Nr 114/VII/16 w sprawie w dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 5 875,00 zł),

Uchwała Nr 115/VII/16 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPIP w Zamościu (na łączną kwotę 6 700,00 zł),

Uchwała Nr 116/VII/16 w sprawie zakupu wienca na uroczystość pogrzebową,

Uchwała Nr 117/VII/16 w sprawie sfinansowania kosztów szkolenia dla członka OIPIP w Zamościu,

Uchwała Nr 118/VII/16 w sprawie zorganizowania szkoleń dla członków OIPIP w Zamościu w zakresie prewencji wykroczeń zawodowych,

Uchwała Nr 120/VII/16 w sprawie zmiany siedziby Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Prezydium ORPiP – 21 października 2016 roku

Uchwała Nr 112/VII/16 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 113/VII/16 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 114/VII/16 w sprawie wydania nowego dokumentu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 115/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 116/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 117/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 118/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 119/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 120/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 121/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 122/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 123/VII/16 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby (OIPIP Gorzów Wielkopolski 200,00 zł),

Uchwała Nr 124/VII/16 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na łączną kwotę 2 650,00 zł),

Uchwała Nr 125/VII/16 w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego,

Uchwała Nr 126/VII/16 w sprawie zakupu wieńca na uroczystość pogrzebową,

Uchwała Nr 129/VII/16 w sprawie wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu położnej z powodu śmierci,

Komunikat z dnia 28 października 2016 r. w sprawie aktualizacji programów szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek, położnych

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych informuje, że w dniu 24 października 2016 r. Pan Marek Tombarkiewicz Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zatwierdził dokument: Aktualizacja programów szkoleń specjalizacyjnych oraz kursów kwalifikacyjnych, opracowany na podstawie art. 79 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2016r., poz. 1251).

W wyniku wprowadzonych zmian, konieczność legitymowania się zaświadczeniami o ukończeniu odpowiednich kursów specjalistycznych nie będzie rozpatrywana na etapie postępowania kwalifikacyjnego, lecz przed przystąpieniem do egzaminu państwowego

lub egzaminu przeprowadzanego po zakończeniu kursu kwalifikacyjnego.

Ponadto, we wszystkich programach specjalizacji w punkcie 10. założeń organizacyjno-programowych dodano podpunkt, iż pielęgniarka/położna posiada kwalifikacje w zakresie badania fizykalnego, jeśli uzyskała dyplom licencjata pielęgniarstwa/położnictwa, począwszy od naboru 2012/2013.

Maria Jolanta Królak
Dyrektor Centrum Kształcenia
Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych

Zawód pielęgniarki/położnej to: zawód medyczny uprawniający do udzielania świadczeń zdrowotnych, którego uprawnienia wynikają z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ujęty w grupie specjalistów do spraw zdrowia w zapisach rozporządzenia MPiPS w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania, a specjaliści to zawody wymagające wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, umiejętności oraz doświadczenia.

Zawody pielęgniarki i położnej to zawody prawnie regulowane, wolne, samodzielne i zawody zaufania publicznego. Stąd też zasady wykonywania zawodu – określa ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej. Zasady wykonywania zawodu w niej zawarte mają charakter obligatoryjny tzn., że na osobach wykonujących te zawody ciąży prawny obowiązek ich stosowania; są one powszechne – dotyczą wszystkich osób wykonujących te zawody niezależnie od formy wykonywania zawodu (posiadających status pracownika, zawartą umowę cywilno-prawną, bycia przedsiębiorcą); mają charakter nadrzędny nad postanowieniami aktów wewnętrznych regulujących funkcjonowanie podmiotów będących miejscem

wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej (nadrzędne nad regulaminami zakładowymi, zakresami obowiązków itp.).

Zasady wykonywania zawodu wynikające z zapisów ustawy o zawodach, do których zobowiązane są pielęgniarki i położne to:

- a) posiadać prawo wykonywania zawodu stwierdzone lub przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych,
- b) postępować z poszanowaniem praw pacjenta i jego bezpieczeństwa,
- c) postępować zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej,
- d) postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- e) prowadzić i udostępniać dokumentację medyczną na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- f) udzielać pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- g) wykonać pisemne zlecenia lekarskie w dokumentacji medycznej,
- h) informować pacjenta i zachować tajemnicę.

W etyce **odpowiedzialność** jest określana jako świadomość człowieka, że za czyny wykonane bądź za niewykonanie czynów, a więc za zachowanie nakazane lub zakazane normą moralną, jest oceniany pozytywnie lub negatywnie.

Odpowiedzialność zawodowa to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za wykonane osobiście lub polecane innej osobie do wykonania czynności zawodowe lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie, jest związana z przynależnością do określonej grupy zawodowej i wiąże się z interpretacją przyjętych przez tę grupę norm określonych między innymi w kodeksie deontologicznym.

Pielęgniarki i położne ponoszą odpowiedzialność: moralną i zawodową przed organami samorządu pielęgniarek i położnych (sądami pielęgniarek i położnych) za:

- a) zawinione naruszenie zasad wykonywania zawodu,
- b) naruszenie przepisów regulujących wykonywanie zawodu,
- c) postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

Pielęgniarki ponoszą odpowiedzialność prawną i moralną za realizację obowiązków zawodowych tj: realizowanie opieki na możliwie najwyższym poziomie i z zastosowaniem właściwych metod; zachowanie tajemnicy zawodowej; informowanie pacjenta o zakresie realizowanej opieki pielęgniarskiej; ochronę zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta; uzyskanie zgody pacjenta na proponowany program pielęgnowania.

Art. 36.1. Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych mówi, iż członkowie samorządu zawodowego podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej przewinieniem zawodowym.

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej to obowiązek moralny lub prawny ponoszenia konsekwencji za **wykonane osobiście lub polecane innej osobie do wykonania czynności zawodowe** lub za ich zaniedbanie bądź zaniechanie.

Pielęgniarki zatrudnione na wykonawczych stanowiskach odpowiadają za realizację powierzonych jej zadań zgodną z należytą starannością, wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, obowiązującymi przepisami prawa, kodeksem etyki zawodowej.

Pielęgniarki zatrudnione na kierowniczych stanowiskach pracy odpowiadają za zapewnienie odpowiednich warunków organizacyjnych do sprawowania pełnej, całodobowej, kompleksowej opieki pielęgniarskiej.

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź odmowie

wszczęcia postępowania wyjaśniającego. (Art. 47.1. Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych). Postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej dzieli się na etapy:

- 1) Czynności sprawdzające, których celem jest zbieranie okoliczności koniecznych do ustalenia, czy istnieją podstawy do wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Do czynności tych należy m. in. przesłuchanie osoby składającej skargę.
- 2) Postępowanie wyjaśniające. Celem postępowania wyjaśniającego jest ustalenie, czy został popełniony czyn mogący stanowić przewinienie zawodowe, wyjaśnienie okoliczności sprawy, a w przypadku stwierdzenia znamion przewinienia zawodowego – ustalenie osoby obwinionej oraz zebranie, zabezpieczenie i w niezbędnym zakresie utrwalenie dowodów dla sądu pielęgniarek i położnych.
- 3) Postępowanie wyjaśniające. W toku prowadzonego postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej powinien dążyć do szczegółowego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może przesłuchiwać pokrzywdzonego i inne osoby w charakterze świadków powoływać i przesłuchiwać biegłych lub specjalistów, jak również przeprowadzać inne dowody.

Stronami postępowania wyjaśniającego są: pokrzywdzony i osoba obwiniona. Pokrzywdzonym jest: osoba fizyczna, osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której dobro prawne zostało bezpośrednio naruszone lub zagrożone przez przewinienie zawodowe. Osobą obwinioną jest pielęgniarka/położna, wobec której w toku postępowania wyjaśniającego rzecznik odpowiedzialności zawodowej wydał postanowienie o przedstawieniu zarzutu lub przeciwko której skierował do sądu pielęgniarek i położnych wniosek o ukaranie.

Uprawnienia Stron postępowania wyjaśniającego. Pokrzywdzony ma prawo ustanowienia pełnomocników, złożenia zażalenia na postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania, złożenia zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, prawo przejrzenia akt postępowania wyjaśniającego. Osoba obwiniona ma prawo ustanowienia obrońców, złożenia zażalenia na postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, prawo przejrzenia akt postępowania wyjaśniającego.

Sąd pielęgniarek i położnych może orzec jedną z kar:

- a) upomnienie, naganę, karę pieniężną od 1000 zł do 10 000 zł,
- b) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat,
- c) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat,
- d) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat,

- e) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat,
- f) pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pociąga za sobą skreślenie z rejestru pielęgniarek/położnych. O ponowny wpis do rejestru pielęgniarka/położna może ubiegać się po upływie 10 lat od dnia uprawomocnienia się orzeczenia, w którym wymierzona została kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

Zawieszenie prawa wykonywania zawodu i pozbawienie prawa wykonywania zawodu stanowi podstawę rozwiązania umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika, umowy cywilno-prawnej i skreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Opracowanie na podstawie ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) oraz ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1038 ze zm.) Teresa Kuziara

Oferta szkoleń

Przedstawiamy ofertę nauki systemem online języka angielskiego i niemieckiego rekomendowanych przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych.

Szanowni Państwo,

Wyjątkowa oferta specjalna tylko dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz ich Rodzin (ceny brutto):

- eTutor **ANGIELSKI** 12 miesięcy:
119 zł zamiast 239 zł (**50% rabatu**)
- eTutor **NIEMIECKI** 12 miesięcy:
84 zł zamiast 169 zł (**50% rabatu**)

Wystarczy kliknąć w link

<https://www.etutor.pl/offers/ipip>

aby dokonać zakupu. Oferta obowiązuje do końca 2016 r. Więcej informacji o kursach uzyskają Państwo po kliknięciu w link: [eTutor angielski](#), [eTutor niemiecki](#).

W przypadku szczegółowych pytań prosimy o bezpośredni kontakt z firmą LangMedia:

Andrzej Felczyński, tel. 797 573 980

email: andrzej.felczynski@langmedia.pl

Oferta szkoleń bezpłatnych

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach ma przyjemność poinformować, iż planuje rozpocząć realizację projektu p.n. *Wzrost kwalifikacji pielęgniarek i położnych w zakresie potrzeb epidemiologicznych i demograficznych kraju* w ramach V Osi priorytetowej *Wsparcie dla obszaru zdrowia*, Działania 5.4 *Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych*, Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. **W województwie lubelskim planujemy realizację kursów w Biłgoraju i Zamościu. W każdym kursie udział weźmie 20 osób.** **Uczestnictwo w kursach jest bezpłatne.**

Uczestnikiem kursu może być osoba, **która** z własnej inicjatywy zgłasza chęć udziału w projekcie oraz **spełnia następujące kryteria:**

- jest pielęgniarką/pielęgniarem lub położną/położnym mieszkającą/ym i/lub pracującą/ym w województwie: **lubelskim**
- posiada **prawo wykonywania zawodu** i/lub posiada co najmniej **6-miesięczny staż pracy** w zawodzie

- została dopuszczona do kursu po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego

Tematyka realizowanych kursów (po jednej edycji w Biłgoraju i Zamościu)

- **Kurs specjalistyczny: Ordynowanie leków, wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych.**

Program obejmuje 45h teoretycznych (zasady stosowania terapii wybranymi produktami leczniczymi, wyroby medyczne i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, zasady i tryb wystawiania recept, aspekty prawne i odpowiedzialność zawodowa. Staż – 20 h zajęć praktycznych dla pielęgniarek – gabinet lekarza rodzinnego, dla położnych gabinet lekarza rodzinnego/poradnia ginekologiczna. Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

- **Kurs specjalistyczny: Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych + Ordynowanie leków, wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych (program jak powyżej).**

Program obejmuje 75 h teoretycznych (badanie podmiotowe i przedmiotowe osoby dorosłej w zakresie fizjologicznych funkcji narządów i układów (moduł podstawowy – 30 h), w zakresie zaburzonych funkcji narządów i układów (moduł specjalistyczny – 35 h), ocena stanu zdrowia pacjenta na podstawie wyników badania podmiotowego i przedmiotowego (moduł diagnostyczny – 10 h). Staż – 25 h zajęć praktycznych (oddział internistyczny – 10 h, oddział neurologiczny – 5 h, oddział intensywnej opieki medycznej – 5 h, oddział chirurgii – 5 h). Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

■ **Kurs specjalistyczny: Opieka pielęgniarska nad chorym dorosłym w leczeniu systemowym nowotworów.**

Program obejmuje 35 h teoretycznych (podstawy leczenia farmakologicznego nowotworów złośliwych, podawanie leków przeciwnowotworowych, objawy uboczne systemowego leczenia przeciwnowotworowego, opieka nad pacjentem poddanym systemowemu leczeniu przeciwnowotworowemu. Staż – 35 h zajęć praktycznych, dla pielęgniarek oddział chemioterapii lub oddział onkologii stacjonarnej (25 h) oraz oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) (10 h), dla położnych oddział chemioterapii stacjonarnej (10 h), oddział ginekologii onkologicznej (15 h) oraz oddział chemioterapii dziennej (ambulatorium) (10 h). Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

■ **Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.**

Program obejmuje 135 h teoretycznych (psychoonkologia w praktyce, profilaktyka i diagnostyka chorób nowotworowych, pielęgnowanie i rehabilitacja chorego onkologicznie, pielęgnowanie dzieci z chorobą nowotworową, opieka paliatywna).

Staż – zajęcia praktyczne 105 h – oddział chemioterapii (21 h), oddział radioterapii (21 h) oddział chirurgii onkologicznej (21 h), oddział onkologii i hematologii dziecięcej (21 h), hospicjum stacjonarne lub oddział opieki paliatywnej (21 h). Kurs zakończy się egzaminem, uczestnicy którzy ukończą kurs i zdadzą egzamin końcowy otrzymają zaświadczenia potwierdzające nabycie nowych kwalifikacji.

Kursy realizowane będą w trybie mieszanym z praktyką, zajęcia prowadzone będą w trybie weekendowym lub popołudniami w zależności od potrzeb i zawodowego obciążenia uczestników.

Każdy uczestnik otrzyma niezbędne materiały dydaktyczne w zależności od rodzaju kursu tj. podręczniki, opracowania, materiały CD z charakterystykami produktów leczniczych, druki recept, wzory umów o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, wzory dokumentacji

pacjenta, przykładowe opisy przypadków z zastosowaniem OLD CARD, klasyfikacje diagnoz NANDA, ICNP, zestawu zalecanych skal do oceny stanu zdrowia itp.

Zgłoszenia można dokonać poprzez wypełnienie wniosku o dopuszczenie do kursu wraz z załącznikami. W przypadku większej liczby chętnych decydować będzie wynik egzaminu kwalifikującego a także kolejność dokonywania zgłoszeń.

Szczegółowe informacje na temat rekrutacji pod tel. 87 562 83 99, e-mail: kursy@pwsz.suwalki.pl www.pwsz.suwalki.pl

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa

im. prof. Edwarda F. Szczepanika

ul. Noniewicza 10, 16-400 Suwałki

www.pwsz.suwalki.pl

Collegium Mazovia Innowacyjna Szkoła Wyższa w Siedlcach przedstawia harmonogram realizacji szkoleń na terenie Zamościa (istnieje możliwość przeprowadzenia szkoleń w Hrubieszowie, Biłgoraju, Tomaszowie jeżeli będzie komplet osób na dane szkolenie):

Kurs specjalistyczny

Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych, rekrutacja: maj 2016 – sierpień 2017, szkolenie: listopad 2016 – grudzień 2017 (w okresie tym zostanie zrealizowanych 10 edycji zakwalifikowanych po 25 osób),

Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych, rekrutacja: maj 2016 – luty 2017, szkolenie: lipiec 2016 – czerwiec 2017 (w okresie tym zostanie zrealizowanych 10 edycji zakwalifikowanych po 25 osób),

Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego, rekrutacja: maj 2016 – czerwiec 2017, szkolenie: luty – czerwiec 2017, sierpień – grudzień 2017,

Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów, rekrutacja: maj 2016 – sierpień 2017, szkolenie: marzec – czerwiec 2017, sierpień – październik 2017, październik – grudzień 2017,

Rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, rekrutacja: maj – grudzień 2016, szkolenie: wrzesień 2016 – styczeń 2017, luty – czerwiec 2017,

Wykonanie badania spirometrycznego, rekrutacja: maj – grudzień 2016, szkolenie: wrzesień – grudzień 2016, luty – maj 2017,

Kurs kwalifikacyjny

Pielęgniarstwo onkologiczne, rekrutacja: maj 2016 – luty 2017, szkolenie: wrzesień 2016 – luty 2017, marzec – sierpień 2017,

Pielęgniarstwo psychiatryczne, rekrutacja: maj 2016 – lipiec 2017, szkolenie: marzec – sierpień 2017, wrzesień 2017 – luty 2018,

Pielęgniarstwo geriatryczne dla pielęgniarek, rekrutacja: maj 2016 – luty 2017, szkolenie: wrzesień 2016 – luty 2017, marzec – sierpień 2017.

COLLEGIUM MAZOVIA Innowacyjna Szkoła Wyższa
ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce, tel. 25 633 30 32
e-mail: kursy@mazovia.edu.pl

Relacje z przebiegu konferencji

Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddział Lubelski



23-24 wrzesień 2016 r. Susiec

Konferencja nt. „Nowe technologie w intensywnej Opiece i Pielęgniarstwie Anestezjologicznym – spojrzenie medyczne, psychologiczne, etyczne”.

W konferencji wzięły udział pielęgniarki anestezjologiczne i intensywnej opieki z województwa lubelskiego. Podczas spotkania odbyły się sesje dotyczące:

- anestezjologii i intensywnej terapii dziecięcej
- anestezjologii i intensywnej terapii dorosłych
- zagadnień psychologicznych, etycznych i prawnych w pracy pielęgniarki anestezjologicznej.

Na zaproszenie w konferencji udział wzięła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu Danuta Kusiak.

8 październik 2016 r. Tomaszów Lubelski
VIII edycja konferencji naukowo szkoleniowej Ars – Medica

W tegorocznej konferencji uczestniczyło ok. 160 osób. Organizatorami byli: Stowarzyszenie Rozwoju Kardiologii Ziemi Tomaszowskiej i Oddział Zamojski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

Tematem tegorocznej konferencji dla lekarzy były problemy kardiologiczne osób w podeszłym wieku, które poprowadził dr Piotr Gozdek prezes Oddziału Zamojskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz prof. Andrzej Kleinrok, prof. Krzysztof Marczewski, dr Paweł Dąbrowski, dr Łukasz Tułeczki, dr Dominika Garbaczuk-Herda, dr Magdalena Jakubiak, dr Artur Jakubiak, dr Alina Nowicka.

Równolegle do spotkania lekarzy odbyły się wykłady oraz ćwiczenia praktyczne dla pielęgniarek z Od-



działu Internistyczno-Kardiologicznego w Tomaszowie Lubelskim, Oddziału Kardiologii w Zamościu, pielęgniarek z innych oddziałów szpitalnych w Tomaszowie Lubelskim oraz kilku poradni podstawowej opieki zdrowotnej.

Tematem szkolenia były podstawy udzielania pierwszej pomocy z elementami BLS i ALS według aktualnych wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji. Koordynatorem tej części konferencji był dr Maciej Kałużński a szkolącymi instruktorzy Szkoły Ratownictwa Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego. Wysoki poziom merytoryczny wykładów i ćwiczeń zapewne przełoży się na bezpieczeństwo pacjentów i mieszkańców naszego regionu. Organizatorzy dziękują wszystkim uczestnikom konferencji i zapraszają na kolejną Ars Medica 2017.





14-15 październik 2016 r. Hrubieszów
XXVIII Konferencja naukowoszkoleniowa „Epidemiologia jest wyzwaniem” – Organizatorem konferencji byli: Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Epidemiologicznego dla Województwa Lubelskiego oraz Komisja ds. epidemiologii – OIPIP w Lublinie. Udział w niej wzięły pielęgniarki epidemiologiczne Ziemi Lubelskiej.

Tematyka szkolenia:

- epidemiologia jest wyzwaniem – ewolucja wy-

- walidacja systemu rejestracji zakażeń – doświadczenia własne,
- program higieny rąk wg. WHO – doświadczenia własne,
- nowoczesne rozwiązania w epidemiologii szpitalnej,
- problemy epidemiologiczne w oddziale patologii noworodka

Na zaproszenie w konferencji udział wzięła Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu Danuta Kusiak.



27 września 2016 r. w Centrum Spotkań Kultur w Lublinie – Jubileusz 25-lecia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie

W uroczystości wzięło udział liczne grono znamienitych gości. Obchody Jubileuszu 25-lecia istnienia OIPIP w Lublinie pozwoliły na uhonorowanie tych członków Okręgowej Izby, którzy aktywnie pracowali na rzecz rozwoju samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych zarówno na terenie działania OIPIP w Lublinie jak i w kraju.

Z okazji Jubileuszu 25-lecia Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie wręczyła Medale Jubileuszowe podmiotom leczniczym, samorządom zawodowym, uczelniom, instytucjom, a także indy-

widualnym osobom, które działały na rzecz rozwoju oraz współpracowały z samorządem pielęgniarek i położnych w obszarze realizacji zadań podejmowanych na rzecz korporacji zawodowej. Przewodniczący Andrzej Tytuła wręczył Medal Jubileuszowy za współpracę nad rozwojem samorządności środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych oraz podejmowanie wspólnych działań zmierzających do profesjonalizmu zawodów dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na ręce Przewodniczącej Danuty Kusiak.



„Panie Boże, ŻYŁAM, bo chciałeś, UMARŁAM, bo kazałeś, ZBAW, bo możesz...”

Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności, przeszywa serca bólem...

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 4 września 2016 r.
po ciężkiej, dziesięcioletniej walce z chorobą
odeszła do Wieczności nasza droga



Koleżanka Położna

Śp. ELŻBIETA ZAJĄC z d. Jachołkowska – lat 53

Pracująca przez wiele lat w szpitalu, pełna poświęcenia i życzliwości dla
potrzebujących, zawsze radosna, ciepła, pogodna i cierpliwa do końca...

Pielęgniarki i Położne z SP ZOZ w Hrubieszowie

MAGAZYN PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

MRP

Miesięcznik Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Zawodowy punkt
widzenia!



Magazyn Pielęgniarki i Położnej to:

- ✓ aktualne informacje o wydarzeniach branżowych,
- ✓ nowoczesne koncepcje i trendy pracy,
- ✓ profesjonalne wskazówki dotyczące kształcenia,
- ✓ praktyczne porady i opinie prawne,
- ✓ sprawdzone informacje o pracy za granicą.

Co miesiąc cenne nagrody dla prenumeratorów!

Magazyn Pielęgniarki i Położnej
ul. Pory 78, 02-757 Warszawa
tel. 695 350 774, e-mail: mpip@nipip.pl

www.nipip.pl