

Informator

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

Nr 1/2016

*Zdrowych, pogodnych Świąt Wielkanocnych
przepetnionych wiarą nadzieją i miłością.*

*Radosnego, wiosennego nastroju,
serdecznych spotkań w gronie rodziny i wśród
przyjaciół oraz wesotego Alleluja*

życzą w imieniu

Okręgowej Rady Piełęgniarek i Położnych
– Przewodnicząca **Danuta Kusiak**

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
– **Czesława Furgala**

Okręgowego Sądu Piełęgniarek i Położnych
– **Halina Raczkiewicz**

Okręgowej Komisji Rewizyjnej
– **Mira Krzystanek**



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

22-400 Zamość, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 33, tel./fax 84 639 31 97, tel. 84 639 07 06

e-mail: oipizamosc@oipip.eu www.oipip.eu www.oipip.home.pl

NIP 922-15-78-038

REGON 950013990

Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Debata „Zdrowie prawem obywatela”, przekazanie recept „Ostatni dyżur” Marszałkom Sejmu i Senatu oraz Premier RP

Debata publiczna „Zdrowie prawem obywatela” odbyła się dnia 16.12.2015 r. o godz. 11:00 w Nowym Dziedzińcu Biblioteki Publicznej m.st. Warszawy przy ul. Koszykowej w Warszawie. W eksperckim panelu dyskusyjnym zasiadli:

Grażyna Rogala-Pawelczyk

prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

prof. zw. dr hab. Tomasz Goban-Klas

socjolog, medioznawca, profesor emerytowany Uniwersytetu Jagiellońskiego

Tomasz Górski

prezes Instytutu Spraw Obywatelskich

Szymon Chrostowski

prezes Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych

W roli eksperta – obserwatora na spotkaniu obecna była również Dorota Wojciechowska, główny specjalista w Biurze Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich w Kancelarii Prezydenta RP. Prowadzącym i moderatorem dyskusji był redaktor Krzysztof Ziemiec. Eksperci zgodnie stwierdzili, że społeczeństwo, powołując się na konstytucyjny zapis dostępu do ochrony zdrowia, słusznie zaapelowało do polskiego rządu o zagwarantowanie Polakom opieki świadczonej przez pielęgniarki i położne. Debata była relacjonowana online na kanele „Ostatniego dyżuru” na YouTube.

Po debacie publicznej o godz. 14:00 delegacja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: prezes dr Grażyna Rogala-Pawelczyk, wiceprezes Teresa Kuziara, sekretarz Joanna Walewander,





skarbnik Hanna Gutowska oraz Beata Żółkiewska, przekazała symboliczną receptę z liczbą zebranych podpisów oraz Rekomendację Marszałkowi Sena-

tu podczas spotkania z wicemarszałkiem Adamem Bielaniem oraz Marszałkowi Sejmu na spotkaniu z wicemarszałkiem Ryszardem Terleckim.



Następnie o godz. 15:00 delegacja NRPIP razem z przewodniczącymi Okręgowych Izby Pielęgniarek i Położnych złożyły 45 symbolicznych kartonów symbolizujących ponad 532 tys. recept w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Przed wejściem do KPRM odbyło się spotkanie z mediami, kamery telewizyjne i fotoreporterzy zrelacjonowały moment przekazania petycji przedstawicielom najwyższej władzy państwowej. Symboliczne recepty, w imieniu Premier Beaty Szydło, odebrali Premier Piotr Gliński, Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz Minister Elżbieta Witek. Na zaproszenie Pana Premiera odbyło się spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Premierem Glińskim, Ministrem Radziwiłłem oraz Minister Elżbietą Witek.

Podczas spotkania Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk przedstawiła zagrożenie stojące przed polskim społeczeństwem, wynikające z malejącej liczby pielęgniarek i położnych w Polsce. Wskazała również na konieczność poprawy warunków pracy i płacy polskich pielęgniarek i położnych.

Minister Radziwiłł w odpowiedzi na wypowiedź Pani Prezes przedstawiającej wyzwania stojące przed środowiskiem pielęgniarek i położnych, podkreślił, że pielęgniarki położne stanowią filar polskiej służby zdrowia.



Pan Premier Gliński odniósł się do ogromnego kapitału społecznego zbudowanego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, podkreślił, że podstawowym obowiązkiem i priorytetem rządu jest dbanie o polskich obywateli, a w obliczu niedoborów kadrowych pielęgniarek i położnych bezpieczeństwo i zdrowie Polaków jest zagrożone. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych po raz kolejny chce zwrócić uwagę decydentów na ten problem. W czerwcu uruchomiono inicjatywę „Ostatni dyżur”, której centralnym punktem było zbieranie podpisów pod petycją w formie recepty. Podpisało się pod nią ponad 500 tys. osób, głównie pacjentów i ich rodzin. Dziś przekazano 45 pudełek z receptami.



– *Recepta to apel kierowanym do polskich decydentów o podjęcie natychmiastowych działań w celu opracowania i wdrożenia programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne* – mówiła Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes NRPIP. – *Chcemy kontynuacji tego, co rozpoczęliśmy, realizacji rekomendacji podpisanych przez ministra Mariana Zembalę* – powiedziała.

Stoimy wobec wielkiego problemu, jak zapewnić opiekę pielęgniarską i położniczą w przyszłości. Trzeba podjąć jak najszybciej działania m.in. w zakresie poprawiania atrakcyjności tych zawo-

dów – powiedział po godzinnym spotkaniu z pielęgniarkami minister zdrowia Konstanty Radziwiłł. Zaznaczył, że dostrzega problem i przyznał, że trzeba jak najszybciej podjąć działania m.in. w zakresie poprawiania atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej oraz wprowadzania systemowych rozwiązań odnośnie wynagrodzeń w ochronie zdrowia.

Po spotkaniu w Kancelarii Premiera obył się briefing prasowy Ministra Radziwiłła i Prezes Grażyny Rogali-Pawelczyk. Obie strony zadeklarowały współpracę przy opracowaniu rządowego programu zabezpieczającego społeczeństwo polskie w opiece świadczonej przez pielęgniarki i położne.



VII KRAJOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

18-20 stycznia 2016 r. Warszawa

Decyzją delegatów VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych wybrano organy Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych na VII kadencję.



Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji została Pani **Zofia Małas** – pielęgniarka, magister zdrowia publicznego, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego. Przez dwie kadencje pełniła funkcję Przewodniczącej Świętokrzyskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych



Przewodnicząca Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych – **Beata Rozner** – pielęgniarka z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie



Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – **Grażyna Rogali-Pawelczyk** – pielęgniarka z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie



Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej – **Kamila Gólc** – pielęgniarka z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy.

Informujemy również, że do organów NIPiP w Warszawie z delegatów na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu zostały wybrane:

- **Joanna Walewander** – członek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- **Krystyna Grabowska** – członek Naczelnej Komisji Rewizyjnej
- **Ewa Madej** – członek Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych



**VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w dniu
20 stycznia 2016 roku podjął Uchwałę Nr 21
w sprawie programu samorządu Pielęgniarek i Położnych na okres VII kadencji**

**Uchwała nr 21
VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 20 stycznia 2016 r.**

w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VII kadencji

Na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obradujący w dniach 18-20 stycznia 2016 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia niniejszym priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. Kształcenie przeddyplomowe

1. Określenie minimalnej liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo w kontekście potrzeb społecznych w zakresie opieki pielęgniarstwie i położnictwie.
2. Utrzymanie kształcenia dwustopniowego – studia I i II stopnia.
3. Kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na zasadach kierunków zamawianych.
4. Wdrożenie i realizacja skróconego toku kształcenia licencjata pielęgniarstwa do dyplomu licencjata położnictwa (zgodnie z zapisami obowiązującej Dyrektywy UE).
5. Monitorowanie losów absolwentów w ramach współpracy uczelni z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych.
6. Współpraca samorządu zawodowego i uczelni wyższych z podmiotami leczniczymi w zakresie udziału tych podmiotów w optymalizacji kształcenia praktycznego pielęgniarek i położnych.

II. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

1. Opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego.
2. Określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych (gdyż zapis w programach kursów nie przekłada się na uprawnienia w praktyce).
3. Wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego.
4. Wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne.
5. Wdrożenie systemu akredytacji podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
6. Opracowanie zmian do przepisów prawnych dotyczących zwolnienia pielęgniarek i położnych z opłat podatkowych od kształcenia podyplomowego.

III. Stabilizacja warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

1. Opracowanie i wydanie opisów stanowisk pracy dla pielęgniarki i położnej.
2. Opracowanie i wdrożenie standardu kompetencji pielęgniarstwie i położnictwie menedżerskiej kadry kierowniczej na poszczególnych szczeblach zarządzania.

3. Określenie i wprowadzenie w drodze legislacji poziomów wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych poczynając od płacy minimalnej do poziomów zależnych od posiadanych kwalifikacji.
4. Określenie, w aktach prawnych, liczby pielęgniarek i położnych oraz ich kwalifikacji w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględnego kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.
5. Opracowanie, wdrożenie i ewaluacja standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.
6. Zintegrowanie działań samorządu zawodowego, PTP oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa i poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa w zakresie rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, poprawy jakości kształcenia, podniesienia prestiżu zawodów oraz poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.
7. Zintegrowanie współpracy samorządu zawodowego ze stowarzyszeniami i towarzystwami zawodowymi.

§ 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Andrzej Tytuła

Przewodniczący Zjazdu
Sebastian Irzykowski

Uchwały nr 18, 22 i tekst jednolity w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;
- 2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;
- 3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał

poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- 1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);
- 2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*
- 3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,
- 4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,
- 5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.
- 6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,
- 7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.
- 8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

*dotyczy osób niewykonywujących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, ze zm.) informują OIPiP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

Wniosek z Nadzwyczajnego XXXI Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego OIPiP w Zamościu z dnia 20 listopada 2016 roku wraz z odpowiedzią Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbiety Rafalskiej

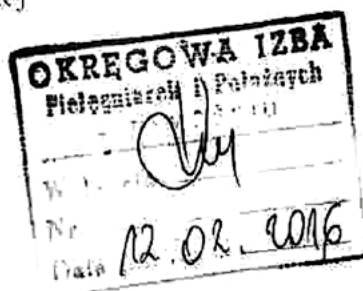


MINISTER
Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Elżbieta Rafalska

DPR-IV.4102.2.2016.AK

Warszawa, dnia 12 stycznia 2017 r.



Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Uprzejmie informuję, że otrzymałam wystąpienie Pani Danuty Kusiak, Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu z dnia 7 stycznia 2016 r. dotyczące podjęcia działań w zakresie zmiany obowiązujących regulacji prawnych w odniesieniu do pracujących w pracowniach radiologicznych oraz na innych stanowiskach gdzie jest wykorzystywane promieniowanie jonizujące. Poruszone tam kwestie czasu pracy pracowników podmiotów leczniczych są regulowane szczególnymi w stosunku do Kodeksu pracy przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2015 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.). W tej sytuacji przekazuję w załączeniu to wystąpienie - z uprzejmą prośbą o jego rozpatrzenie i udzielenie odpowiedzi zgodnie z właściwością.

Jednocześnie przedstawiam niżej stanowisko w kwestiach poruszonych w wystąpieniu. Nie istnieją powszechnie obowiązujące przepisy, z których wynika obowiązek wypłacania dodatków za wykonywanie prac w warunkach szkodliwych dla zdrowia w służbie zdrowia i opiece społecznej. Kwestię dodatkowego wynagrodzenia za pracę w warunkach szkodliwych dla zdrowia należy rozpatrywać na tle przepisów płacowych mających zastosowanie u danego pracodawcy. Warunki wynagradzania jak i świadczenia związane z pracą pracowników zatrudnionych u przedsiębiorców (np. w przedsiębiorstwie, spółce) regulują z reguły przepisy zakładowe tj. układy zbiorowe pracy lub regulaminy

wynagradzania, a w przypadku pracodawcy nie zobowiązanego do ustalenia regulaminu wynagradzania, postanowienia umowy o pracę. Wymienione regulacje zakładowe określają zasady przyznawania pracownikom stawek wynagrodzenia za pracę określonego rodzaju lub na określonym stanowisku, a także innych składników wynagrodzenia stosownie m.in. do rodzaju (specyfiki) wykonywanej pracy, kwalifikacji i doświadczenia zawodowego, ilości i jakości świadczonej pracy oraz rodzaju działalności prowadzonej przez przedsiębiorcę (art. 78 Kodeksu pracy). Na warunkach określonych w zakładowych regulacjach mogą być wypłacane m.in. dodatki za warunki pracy (np. za tzw. szkodliwość warunków pracy).

Należy jednocześnie podkreślić, że przepisy Kodeksu pracy i aktów wykonawczych do tej ustawy nakładają na pracodawcę obowiązek ochrony zdrowia i życia pracowników przez zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy przy odpowiednim wykorzystaniu osiągnięć nauki i techniki. Oznacza to, że pracodawca zamiast wypłacać pracownikom dodatki finansowe powinien dążyć do zapewnienia warunków pracy ograniczających do minimum narażenie zdrowia pracownika.

Pragnę jednocześnie dodać, że z opinii Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego wynika, iż obecnie dzięki nowoczesnym urządzeniom radiologicznym oraz stosowaniu dostępnych środków ochrony zbiorowej i indywidualnej można lepiej zabezpieczyć pracowników przed zagrożeniem promieniowaniem jonizującym występującym w środowisku pracy. Istotne jest ponadto systematyczne monitorowanie zdrowia pracowników.

MINISTER
Elżbieta Rafalska
Elżbieta Rafalska

Załącznik: 1

Do wiadomości:

Pani Danuta Kusiak

Przewodnicząca Okręgowej

Izby Pielęgniarek i Położnych

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 33

22-400 Zamość

Z prac Okręgowej Rady – uchwały 26.02.2016 r.

Uchwała Nr 37/VII/16 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 38/VII/16 w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 39/VII/16 stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 40/VII/16 wydania nowego dokumentu prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu

Uchwała Nr 41/VII/16 w sprawie wydania nowego zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki,

Uchwała Nr 42/VII/16 w sprawie wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych,

Uchwała Nr 43/VII/16 w sprawie wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych,

Uchwała Nr 44/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek

Uchwała Nr 45/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 46/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek

Uchwała Nr 47/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 48/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie położnej po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 49/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,

Uchwała Nr 50/VII/16 w sprawie w dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na łączną kwotę 6105,00zł)

Uchwała Nr 51/VII/16 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPIP w Zamościu, (na łączną kwotę 4500,00 zł)

Uchwała Nr 52/VII/16 w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby – (OIPIP Toruń 200,00zł),

Uchwała Nr 53/VII/16 w sprawie zakupu wieńców na uroczystości pogrzebowe,

Uchwała Nr 54/VII/16 w sprawie zwołania XXXII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Zamościu,

Uchwała Nr 56/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Resuscytacja oddechowo-krażeniowa), program dla pielęgniarek i położnych,

Uchwała Nr 57/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szczepienia ochronne) program dla położnych,

Uchwała Nr 58/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu) program dla położnych,

Uchwała Nr 59/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Resuscytacja krążeniowo-oddechowa) program dla pielęgniarek i położnych,

Uchwała Nr 60/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej”) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 61/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo Internistyczne”) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 62/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo Geriatryczne”) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 63/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo Ginekologiczno-Położnicze”) program dla położnych,

Uchwała Nr 64/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szkolenie specja-

lizacyjne „Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki”) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 65/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo Chirurgiczne”) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 66/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs kwalifikacyjny Pielęgniarstwo Opieki Długoterminowej) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 67/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek położnych (kurs specjalistyczny Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa) program dla pielęgniarek i położnych,

Uchwała Nr 68/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs specjalistyczny „Szczepienia Ochronne”) program dla pielęgniarek,

Uchwała Nr 69/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs specjalistyczny „Wykonanie i interpretacja zapisu EKG”) program dla pielęgniarek i położnych,

Uchwała nr 70/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (szkolenie specjalizacyjne „Pielęgniarstwo Anestezjologiczne i Intensywnej Opieki”) program dla pielęgniarek

Uchwała nr 71/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”) program dla pielęgniarek

Uchwała Nr 72/VII/16 w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek położnych (kurs specjalistyczny „Podstawy terapii objawowej w opiece paliatywnej”), program dla pielęgniarek

Z prac Prezydium Okręgowej Rady 29.01.2016 r.

Uchwała Nr 1/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 2/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 3/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 4/VII/16 w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,

Uchwała Nr 5/VII/16 w sprawie wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych,

Uchwała Nr 6/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 7/VII/16 w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Uchwała Nr 8/VII/16 w sprawie wykreślenia indywidualnej praktyki pielęgniarki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

Uchwała Nr 9/VII/16 w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu na kwotę 3500 zł,

Uchwała Nr 10/VII/16 w sprawie udzielenia pomo-

cy finansowej członkom innej Okręgowej Izby na kwotę 200 zł,

Uchwała Nr 11/VII/16 w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na kwotę 434860 zł,

Uchwała Nr 12/VII/16 w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej,

Uchwała Nr 13/VII/16 w sprawie sfinansowania szkolenia dla Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych i Zastępcy,

Uchwała Nr 14/VII/16 w sprawie zakupu wieńców na uroczystości pogrzebowe,

Uchwała Nr 15/VII/16 w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,

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

Uchwała Nr 17/VII/16 w sprawie wytypowania przedstawiciela ORPiP w Zamościu do składu komisji egzaminacyjnej (kursu kwalifikacyjnego pielęgniarstwo opieki długoterminowej, kursu spe-

cialistycznego „Edukator cukrzycy”, wykonanie i interpretacja zapisu EKG”,

Uchwała Nr 18/VII/16 w sprawie zaprzestania wykonywania zawodu przez pielęgniarkę,

Uchwała Nr 19/VII/16 w sprawie zaprzestania wy-

konywania zawodu przez pielęgniarkę,

Uchwała Nr 20/VII/16 w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (Kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo neurologiczne),

OPINIE

OPINIE

OPINIE

Czy pielęgniarki zatrudnione w gabinetach stomatologicznych wykonują swój zawód zgodnie z zapisami ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej?

Odpowiedź

Pracę pielęgniarek w gabinetach stomatologicznych należy uznać za wykonywanie zawodu.

Uzasadnienie

Artykuł 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p., definiuje, na czym polega wykonywanie zawodu pielęgniarki. Generalną zasadą jest, że wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a 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.

Artykuł 4 ust. 2 u.z.p.p. zawiera natomiast zamknięty katalog rodzajów działalności, wykonywanie których ustawodawca uznaje za wykonywanie zawodu pielęgniarki. W tym przepisie nie ma wskazanej pracy w gabinecie stomatologicznym.

Jednakże zwrócić należy uwagę na przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. poz. 1462 z późn. zm.) - dalej r.ś.g.l.s. W myśl postanowień § 2 pkt 4 lit. e r.ś.g.l.s., wśród pozostałego personelu realizującego świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego wskazana została pielęgniarka.

W załączniku nr 3 „Wykaz świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym oraz warunki ich realizacji” w tabeli 2 „Warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym” w pkt 1.3 zawarto wymóg zatrudnienia pielęgniarki, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Natomiast w załączniku nr 5 do r.ś.g.l.s. „Wykaz świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii oraz warunki ich realizacji” w tabeli nr 2 „Warunki realizacji świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii” w pkt 2 zawarto wymóg zatrudnienia pielęgniarki posiadającej 2-letnie doświadczenie zawodowe lub pielęgniarki, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub pielęgniarstwa chirurgicznego, lub pielęgniarki w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub chirurgicznego, lub pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub pielęgniarstwa chirurgicznego, lub pielęgniarki w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub pielęgniarstwa chirurgicznego.

Analizując zatem powyższe przepisy należy wysnuć wnioski, że praca w gabinecie stomatologicznym mieści się w dyspozycji art. 4 ust. 1 u.z.p.p., a zatem należy ją uznać za wykonywanie zawodu pielęgniarki.

Autor Iwona Chormańska
Serwis Prawo i Zdrowie

opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 1347) oraz zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przeciwnym bowiem przypadku, świadczeniodawca powinien liczyć się z odmową zapłaty przez płatnika za udzielone świadczenia, z powodu niespełnienia wymagań określonych umową z NFZ. Podkreślić bowiem należy, iż normy narzucane przez przepisy wykonawcze do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz płatnika świadczeń tj. NFZ powinny być „kompatybilne” współgrające z normami wyliczonymi przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą. Na uwagę zasługuje tu fakt, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą wyłącznie podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, natomiast wymagania określone przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wraz z przepisami wykonawczymi dotyczą wszystkich podmiotów, a zatem i tych które są przedsiębiorcami, do których nie mają zastosowani przepisy o minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ale zawarły stosowne umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Domowa opieka pielęgniarska, czy domowa opieka paliatywna, domowa wentylacja mechaniczna itp. nie mieszczą się w definicjach opisanych powyżej. Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami wskazuje wprost w § 3, w przypadku oddziału o profilu anestezjologia i intensywna terapia (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, oraz oddziału neonatologicznego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej o podobnym profilu, obowiązek stosowania minimalnych norm zatrudnienia wynikających z przepisów wydanych

na podstawie art. 31d u.ś.o.z. dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

Rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w przypadku świadczeń z zakresu uzależnień, szpitalnego oddziału ratunkowego, izby przyjęć bloku operacyjnego wskazuje na stosowanie wybranych przepisów § 1 w zależności od rodzaju świadczeń.

Do pozostałych zakresów działalności leczniczej, między innymi dotyczy to domowej opieki pielęgniarskiej, domowej opieki paliatywnej, domowej wentylacji mechanicznej stosuje się przepisy rozporządzenia zawarte w § 6. Z uwagi na dość szeroką autonomię podmiotu leczniczego przy ustalaniu norm zatrudnienia wynikających z § 6, należy brać pod uwagę również wymagania wspomnianego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest płatnikiem świadczeń. Powyższe można bowiem wywieść z treści § 6 pkt 2 r.m.n.z., w myśl którego przy ustalaniu norm zatrudnienia należy uwzględnić między innymi zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta. Zakres i rodzaj tych świadczeń określają umowy zawarte pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem (NFZ).

Iwona Choromańska
Serwis Prawo i Zdrowie

MZ zadecydowało o uprawnieniach osób wykonujących obowiązkowe szczepienia ochronne

Minister Zdrowia wydał rozporządzenie, zgodnie z którym obowiązkowe szczepienia ochronne będą mogły przeprowadzać między innymi osoby, które odbyły odpowiedni kurs lub szkolenie w tym zakresie, lub posiadają co najmniej 6-miesięczną prakty-

kę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. Obecnie obowiązujące przepisy pozwalają na przeprowadzanie szczepień osobom nieposiadającym kwalifikacji, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę, ale tylko do dnia 31 grudnia 2015 r.

Zgodnie z § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, osoby o których mowa w art. 17 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych – dalej u.z.z.z., tj. lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne, jeżeli odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej. Artykuł 67 pkt 3 u.z.z.z. pozwala do dnia 31 grudnia 2015 r. na wykonywanie szczepień ochronnych również wskazanym wyżej osobom nieposiadającym odpowiednich kwalifikacji, o ile osoby te posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych wprowadza zmianę, zgodnie z którą osoby, o których mowa

w art. 17 ust. 6 u.z.z.z., przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne jeżeli:

- 1) odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub
- 2) posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych (pierwotny projekt wydanego już rozporządzenia zakładał wymóg posiadania co najmniej trzyletniej praktyki).

Tym samym katalog osób uprawnionych do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych został określony w inny sposób niż dotychczas. Wprowadzenie tej zmiany jest konieczne w związku z tym, że nie wszystkie osoby, które dotychczas wykonywały te szczepienia uzupełniły wymagane prawem kwalifikacje, a doświadczenie jakie zdobyły pozwala przyjąć, iż posiadają one odpowiednie przygotowanie do przeprowadzania szczepień ochronnych.

Przedruk 01-02/2016 4- MAGAZYN PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

BŁĘDY MEDYCZNE

Stosunkowo niedawno pojawił SIĘ termin „błąd zawodowy pielęgniarski” związany jest z odpowiedzialnością **PIELĘGNIAREK I NALEŻY DO TZW. BŁĘDÓW MEDYCZNYCH.**

Halina Boślak

Kancelaria Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Termin „błąd zawodowy pielęgniarski” pojawił się stosunkowo niedawno, związany jest z rozwojem pielęgniarstwa jako zawodu oraz samodzielnością i odpowiedzialnością pielęgniarek za popełnione błędy. Błąd zawodowy pielęgniarki należy do tzw. błędów medycznych. Jeszcze do niedawna używano określeń (stosowanych zamiennie), takich jak: „błąd w sztuce lekarskiej”, „błąd w sztuce medycznej”, „błąd wiedzy lekarskiej”. Obecnie odchodzi się od tych określeń, argumentując, iż obecna medycyna najczęściej nie ma już charakteru sztuki

opierającej się tylko na intuicji czy prawidłowym uogólnianiu posiadanych doświadczeń. W orzecnictwie pojawił się pogląd, iż należy mówić wprost o nauce medycznej, która „Nie różni się zasadniczo od innych nauk badających rzeczywistość materialną i stosujących praktyczne wyniki tych badań na użytek człowieka i społeczeństwa” (wyrok Sądu Najwyższego z 18.12.1953 sygn. akt II K 801/53).

Określenie „błąd w sztuce lekarskiej”, „błąd lekarski” ma tylko wartość medialną, merytorycznie jest nieuzasadniony, ponieważ „większość zdarzeń we współczesnej medycynie ma wielu autorów”. Lekarz nie działa sam, pracuje w zespole ludzi i dlatego obecnie powszechnie używa się określenia „błąd medyczny” lub „błąd zawodowy” konkretnego pracownika medycznego (Fiutak, 2010; Szczepaniak, 2007).

Zdzisław Marek w książce pt. „Błąd medyczny” zwraca uwagę, iż w czasie leczenia szpitalnego to pielęgniarki, a nie lekarze mają najbliższy i stały kontakt z pacjentami. Autor uważa, iż w nowoczesnych, dobrze zorganizowanych zakładach leczniczych maleje rola lekarza w toku bezpośredniej opieki nad pacjentami i w zasadzie ogranicza się do wydania zleceń odnośnie do leczenia, badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów operacyjnych. Fundamentalne znaczenie dla terapii mają obserwacje pielęgniarek przekazywane lekarzom. Codzienna praktyka wymusiła pozostawienie w rękach pielęgniarek wykonywanie wielu specjalistycznych zabiegów, dawniej zarezerwowanych dla lekarzy. W toku studiów oraz szkoleń podyplomowych pielęgniarki uzyskują coraz szersze uprawnienia, zwiększając tradycyjne kompetencje.

W literaturze wskazuje się, iż pojęcie błędu medycznego nie jest do końca jasno zdefiniowane. Można znaleźć kilka jego definicji, czasem niezupełnie spójnych i do siebie przystających, również przepisy prawa polskiego nie definiują błędu (Podciechowski, Królikowska, 2009; Bogusz, 2004; Maczewska, 2010; Godycki-Ćwirko, Koziarska-Rościszewska, 2009). W Polsce niewątpliwie duży wpływ na definicje błędów medycznych miało orzecznictwo Sądu Najwyższego. „Ustalenie błędu w sztuce lekarskiej zależy od odpowiedzi na pytanie, czy postępowanie lekarza w konkretnej sytuacji i z uwzględnieniem całokształtu okoliczności istniejących (...) zgodne było z wymaganiami aktualnej wiedzy i nauki medycznej oraz powszechnie przyjętej praktyki” (orzeczenie z dnia 8 września 1972 r.; sygn. akt I KR 11/720) (Boratyńska, 2010). Należy sądzić, iż powyższe orzeczenie odnosi się również do innych zawodów medycznych, między innymi do pielęgniarki.

L. Waholz definiował błąd jako „nieumyślne uszkodzenie ciała lub pozbawienie życia chorego przez lekarza lub inną osobę do leczniczej działalności upoważnioną, a to wskutek nieświadomości zasad sztuki lub zaniedbania, że błąd tylko wtedy może być uznany za karygodny, jeśli był widoczny, jeżeli można go było uniknąć przez stosowanie zwykłych, a nie nadzwyczajnych wiadomości i zręczności” (Marek, 2007). M. Efir w artykule pt. „Błąd lekarski – aspekty prawne” definiuje błąd medyczny jako „nieumyślne działanie lekarza, dentysty, pielęgniarki, położnej lub osoby wykonującej inny zawód medyczny na szkodę pacjenta”.

W literaturze polskiej błąd najczęściej jest definiowany jako „postępowanie sprzeczne z powszech-

nie uznanymi, podstawowymi zasadami wiedzy medycznej” (Boratyńska, 2010; Godycki-Ćwirko, Koziarska-Rościszewska, 2009; Trnk, Susło, 2009).

Niektórzy autorzy wskazują na różnice pomiędzy „błędem medycznym” a „zwykłą niestarannością lub niedbalstwem”. Według Sądu Najwyższego (17 luty 1997 r.; sygn. akt I CR 435/66) błąd medyczny to uchybienie regułom opartym na wiedzy naukowej, natomiast zwykłe niedbalstwo czy niestaranność – regułom wiedzy potocznej i zdrowego rozsądku. Przykładem jest zbędna amputacja nogi w wyniku zawinionego błędu diagnostycznego, która stanowić by miała błąd medyczny, a omyłkowa amputacja lewej nogi zamiast prawej zwykle niedbalstwo. Inni prawnicy uważają, że takie różnicowanie jest niepotrzebne, ponieważ skutek praktyczny jest taki sam (Boratyńska, 2010). Stwierdzenie błędu medycznego jest niejednokrotnie bardzo trudne i wymaga odwołania się do opinii biegłego.

Sąd Najwyższy stoi na stanowisku, że do błędu nie zalicza się:

- wadliwej identyfikacji pacjenta (co zdarza się w praktyce pielęgniarskiej przy wykonywaniu zabiegów czy podawaniu leków) – jest to zaniedbanie o charakterze organizacyjno-administracyjnym,
- pozostawienia ciała obcego w polu operacyjnym przez instrumentariuszkę (dawniej w orzecznictwie uznawane za „błąd w sztuce”, obecnie sąd sklasyfikował ten czyn jako niedopełnienie obowiązku, staranności i ostrożności, spoczywającej na każdym człowieku, nie tylko fachowcu),
- niezachowania przez pielęgniarki zasad aseptyki, antyseptyki zabiegów (niesterylne narzędzia, nieumycie i niezdezynfekowanie rąk),
- zbyt szybkiego tempa iniekcji,
- przetoczenia krwi niezgodnej grupowo,
- zamiany leku, nieprawidłowego podania, pomyłki przy wpisie do kart choroby (Fiutak, 2010).

Zgodnie z Rekomendacją Rady Europy Rec. (2006) w sprawie zarządzania bezpieczeństwem pacjentów i zapobiegania zdarzeniom niepożądanym w opiece zdrowotnej, błąd medyczny to: niezamierzone i/lub nieoczekiwane zdarzenie, które mogło doprowadzić lub doprowadziło do szkody u pacjenta korzystającego z usług w ochronie zdrowia.

Według amerykańskiego Instytutu Medycznego błąd medyczny jest zdarzeniem niepożądanym, któremu przy obecnym stanie wiedzy medycznej można było zapobiec (Gajewski, Bała, 2013).

Najczęściej w literaturze wymienia się następujące rodzaje błędów:

- błąd diagnostyczny (decyzyjny),
- błąd terapeutyczny,
- błąd techniczny (wykonawczy),
- błąd organizacyjny (Serwach, 2010; Marek, 2007; Efir, 2009; Podciechowski, Królikowska, 2009; Kowalski, 2007).

Błąd diagnostyczny (decyzyjny) – dotyczy głównie lekarzy, polega na postawieniu nieprawidłowego rozpoznania, najczęściej z powodu niewykonania koniecznych badań, błędnej interpretacji badań lub niedokładnego zbadania pacjenta (Trnka, Susło, 2009).

Błąd terapeutyczny – jest często kontynuacją błędu diagnostycznego. Polega na zastosowaniu niewłaściwej, niezgodnej z podstawowymi zasadami wiedzy medycznej metody leczenia. W praktyce polega na zastosowaniu nieodpowiednich środków farmakologicznych, przeprowadzeniu zbędnego lub niewłaściwie wykonanego zabiegu, zalecenie nieodpowiedniego leku, w nieodpowiedniej dawce, niekierowanie do szpitala (Serwach, 2010). Błąd terapeutyczny może popełnić np. pielęgniarka mająca uprawnienia do leczenia odleżyn, stosując nieodpowiednie, niezgodne z aktualną wiedzą opatrunki i środki lub stosując niewłaściwą technikę leczenia.

Błąd wykonawczy (techniczny) oznacza nieprawidłowe wykonanie prawidłowych zleceń diagnostycznych i leczniczych (Marek, 2007). Ten rodzaj błędu często związany jest z działalnością zawodową pielęgniarek. Najczęstszym przykładem tego typu błędów są błędy związane z podawaniem leków. Z badań przeprowadzonych w USA wynika, iż 30% wszystkich podań leków zagrożonych jest błędem medycznym. Leki podają głównie pielęgniarki i to one są odpowiedzialne za tego typu błędy, których przyczynami są:

- przeoczenia zlecenia lub niewłaściwe odczytanie,
- niewłaściwe warunki przygotowywania leków (np. towarzyszący hałas),
- niewłaściwa droga lub niewłaściwa technika podania,
- podanie innego leku, najczęściej ze strzykawki, która leży obok,
- podobnie wyglądające opakowania różnych leków,
- złe wyliczenie dawki leku,

- zastosowanie niewłaściwego zamiennika.

Inne przyczyny błędów wykonawczych to:

- nieprzestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- wykonywanie zabiegów, które wykraczają poza zakres kompetencji pielęgniarek,
- wykonywanie zleceń lekarskich nieudokumentowanych w karcie zleceń (przy zleceniu ustnym lub telefonicznym bardzo łatwo o pomyłkę),
- zastosowanie wadliwego sprzętu,
- przepisywanie zleceń z kart zleceń do zeszytów pomocniczych i ich realizacja (przepisywanie zleceń to prosta droga do pomyłek) (Marczewska, 2009).

A. Liszewska różnicuje błędy techniczne, stosując kryterium rodzaju reguł ostrożności naruszonych podczas wykonywanych czynności na:

- naruszenie powszechnie obowiązujących norm ostrożności, których dopuścić się może każdy, niezależnie od tego, czy jest lekarzem czy pielęgniarką,

ODPOWIEDZIALNOŚĆ PRAWNA

Obecnie zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym i w razie popełnienia błędu pielęgniarka sama ponosi odpowiedzialność zawodową, cywilną, pracowniczą i karną za jego popełnienie (Marek, 2007). Na błąd medyczny powodujący odpowiedzialność prawną pielęgniarki składają się następujące elementy:

- postępowanie (działanie lub zaniechanie sprzeczne z przyjętymi podstawowymi zasadami wiedzy medycznej),
- wina (lekkomyślność i niedbalstwo),
- ujemny skutek (uszkodzenie ciała, rozstrój zdrowia, śmierć).
- naruszenie reguł wiedzy i sztuki medycznej które zostaną popełnione wyłącznie przez personel posiadający szczególną wiedzę i umiejętności.

Odróżnienie błędu technicznego od zaniechania w praktyce bywa dość trudne i często wymaga powołania się na opinię biegłych w danej sprawie (Fiutak, 2010).

G. Rejman uważa, że pozostawienie w polu operacyjnym tamponów, chust jest zaniechaniem polegającym na niesprawdzeniu ilości środków opatrunkowych i nie stanowi błędu medycznego, natomiast pozostawienie złamanej igły, kleszczy, stanowi niezwykle zaniechanie, ale błąd w sztuce, którego ustalenie wymaga wiedzy z zakresu technik operacyjnych. Dawniej w orzecznictwach sądu

uznawano pozostawienie ciała obcego w polu operacyjnym za błąd sztuki medycznej. Obecnie sąd określa to jako zwykłe niedbalstwo (Fiutak, 2010).

Błąd organizacyjny jest następstwem niesprawnej, źle zorganizowanej opieki medycznej, która ujemnie wpływa na życie i zdrowie pacjentów. Tego typu błędy obarczają kierownictwo - dyrektorów, ordynatorów, szefów zespołów operacyjnych. W przypadku pielęgniarek dotyczą pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych, koordynujących (Fiutak, 2010; Drobnik, Susło i inni, 2009).

Do przyczyn takich błędów należą:

- częste rotacje personelu między oddziałami (bez odpowiedniego przeszkolenia),
- pozostawienie młodych, niedoświadczonych pielęgniarek na dyżurze,
- przyzwolenie kadry kierowniczej na dyżury 24-godzinne,
- obciążenie pielęgniarek dodatkowymi zadaniami,
- wadliwy przepływ informacji w zespole terapeutycznym,
- zbyt rozbudowana dokumentacja,
- niewłaściwa ocena zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską,
- wykonywanie zabiegów medycznych przez pielęgniarki z innych oddziałów, co jest formalnie niepoprawne i nie powinno mieć miejsca (szczypienia, transfuzje),
- niewłaściwe zabezpieczenie leków i substancji silnie działających (Marczewska, 2010)

Z prac Naczelnej Rady

Stanowisko nr 1

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 lutego 2016 roku

w sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że w ostatnim czasie został stworzony system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem, określony w szczególności poprzez:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listo-

pada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Wspomniany system dopiero zaczyna działać, głównie za sprawą wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1514), mającego na celu uszczelnienie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą oraz noworodkiem, których efekty oraz skuteczność będzie można ocenić w dłuższej perspektywie czasu.

W świetle powyższego należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak

daleko idących nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istniejący system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem w swoich założeniach zabezpiecza właściwą opiekę pod warunkiem realizacji przepisów prawa zawartych w wyżej wymienionych aktach prawnych. Zgodnie z założeniami na etapie tworzenia standardów opieki okołoporodowej miały być przeprowadzone szkolenia dla personelu medycznego poszczególnych szczebli opieki i szeroka kampania informacyjna dla społeczeństwa. Spełnienie tych warunków pozwoliłoby na zaistnienie w pełni skutecznego i efektywnego systemu opieki.

Jednocześnie poniżej przedstawiamy uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC):

1) W treści projektu wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu – nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki w środowisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) daje kobietom ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu rodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji zdrowotnej rodziny.

2) Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świad-

czeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolenie pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu).

3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).

4) Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, połogu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece – inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu i w czasie połogu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego.

5) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych definicji pojęć: „rozporządzenie o opiece okołoporodowej” i „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej”, odpowiadających odpowiednio rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), przewidujących określone standardy związane z opieką okołoporodową, co należy uznać za konsekwencję wprowadzenia do zarządzenia nowego zakresu świadczeń zdrowotnych – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku

z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia), to – zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC) – przedmiotem tej umowy ma być udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej również w zakresie leczenia szpitalnego. Rozporządzenie to – jak się wydaje – powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu;

6) Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia;

7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń,

chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz leczenia szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych;

8) Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić – biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia – że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy);

9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i położenia”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompeten-

cje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym". W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami.

10) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 5, wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego – „odsetek ciążarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej – 100%". Powstaje wątpliwość, czy taki parametr jest możliwy do osiągnięcia.

11) Finansowanie i rozliczanie świadczenia Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC):

- Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia.
- Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów.

12) Załącznik nr 2 – Warunki wymagane:

- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.3** – w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbą położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położne: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem.” Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwójkiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarskich.

- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki – minimalna I. porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t. c. – 600 rocznie)** – warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.

- **W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel** – należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.

13) Załącznik nr 3 – Opis przedmiotu umowy, część P – opis świadczenia Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży:

- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym** – zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.
- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży** – brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że **w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.

- **W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** – należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.
- **W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń** – Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich – poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).

14) Załącznik nr 5 – ankieta satysfakcji: Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków – czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki.

15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów. Proponowane zmiany, przedstawione w projekcie zarządzenia wpłyną niekorzystnie na zdrowie matki i noworodka, ponieważ:

- Wprowadzą chaos do dotychczas sprawnie funkcjonującej opieki nad matką i noworodkiem.

- Ograniczą wolność pacjentki w zakresie wyboru położnej POZ narzucając położną zatrudnioną w opiece skoordynowanej.
- Wprowadzą nierówny dostęp do opieki kobiet zamieszkujących miasto i wieś.
- Podmioty medyczne realizujące świadczenia położnej poz prowadzone przez położne, jak również indywidulane grupowe praktyki położnej jak wykazują statystyki realizują świadczenia opieki okołoporodowej w sposób właściwy, co ma również odzwierciedlenie w poziomie satysfakcji pacjenta. Fakt ten należy łączyć z dużą świadomością położnych decydujących się na samodzielne realizowanie usług oraz roli samorządu pielęgniarek i położnych jako instytucji nadzorującej. Proponowana zmiana może wyeliminować z rynku dobrze funkcjonujące praktyki i zakłady.

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wprowadzenie w życie przedmiotowego projektu zarządzenia Prezesa NFZ jest niezasadne, a wręcz może przynieść więcej szkód niż korzyści i w związku z tym, opiniuje go negatywnie i wnosi o odrzucenie w całości. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje usprawnienie wdrażania istniejącego już i dobrze opracowanego standardu opieki okołoporodowej, wzmocnienie pozycji położnej, zapewnienie finansowania świadczeń dla położnych poz, w celu prowadzenia ciąży oraz umożliwienie równej dostępności wyboru miejsca porodu kobietom w ciąży (bezpłatny dostęp do świadczeń okołoporodowych w domu, domu narodzin, szpitalu). Jednakże w przypadku podjęcia decyzji o dalszym procedowaniu projektu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o przekazanie do ponownego uzgodnienia przedmiotowego projektu w wersji uwzględniającej powyższe stanowisko.

Joanna Walewander
Sekretarz NRPI

Zofia Małas
Prezes NRPI

W dniach 2-4 lutego 2016 roku odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych na którym dokonano wyboru:

I wiceprezesem NRPIP została Pani **Mariola Łodzińska** – pielęgniarka OIPiP Radom,
II Wiceprezesem NRPIP został Pan **Sebastian Irzykowski** – pielęgniarz OIPiP Słupsk,
III Wiceprezesem NRPIP została Pani **Ewa Janiuk** – położna OIPiP Opole,
Sekretarzem NRPIP została Pani **Joanna Walewander** – pielęgniarka OIPiP Zamość,
Skarbnikiem NRPIP została Pani **Danuta Adamek** – pielęgniarka OIPiP Kraków.

W skład Naczelnej Rady wchodzi Przewodniczące Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych oraz członkowie Naczelnej Rady wybrani na VII Krajowym Zjeździe.



W A Ż N E

W A Ż N E

W A Ż N E

Pielęgniarki, położne pracujące w ramach praktyk zawodowych

Wyciąg z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej

Art. 107.

1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania**.
2. **W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie**, o którym mowa w ust.

1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Informacja o sposobie składania wniosków

o wpis/zmianę lub skreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Od 1 kwietnia 2013 r. wnioski o wpis/zmianę lub skreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą powinny być składane wyłącznie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP (zgodnie z § 14 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 wykreślenia z rejestru, Dz. U. Nr 221, poz. 1319 ze zm.)

Krok 1. Aby wypełnić wniosek należy się zarejestrować

na stronie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą <https://www.rpwdl.csioz.gov.pl/> (w zakładce Aplikacja dla Praktyk Zawodowych).

Krok 2. Wniosek należy podpisać za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) www.epuap.gov.pl gdzie wypełniamy wniosek o założenie profilu zaufanego. Po wysłaniu (elektronicznie) wniosku w ciągu 14 dni należy udać się do punktu potwierdzeń z prośbą o założenie profilu.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu przyjmuje wnioski w sprawie wpisu i zmiany we wpisie podmiotów wykonujących działalność wy-

łącznie w formie elektronicznej.**Punkty potwierdzeń profilu zaufanego:****ZUS Inspektorat w Zamościu**

ul. Kiepur 2 Zamość

Urząd Skarbowy w Zamościu

ul. Jana Kilińskiego 82 Zamość

Lubelski UW – Delegatura Zamość

ul. Partyzantów 3 Zamość

ZUS Oddział w Biłgoraju

ul. Krzeszowska 62a Biłgoraj

Urząd Skarbowy w Biłgoraju

ul. Tadeusza Kościuszki 78 Biłgoraj

ZUS Oddział w Tomaszowie Lubelskim

ul. Jana Pawła II 6 Tomaszów Lubelski

Urząd Skarbowy w Tomaszowie Lubelskim

ul. Rolnicza 17 Tomaszów Lubelski

ZUS Oddział w Hrubieszowie

ul. 3 Maja 8a Hrubieszów

Urząd Skarbowy w Hrubieszowie

ul. 27 Wołyńskiej Dywizji Piechoty Hrubieszów

Oplata za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (indywidualne praktyki)

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu informuje, iż z dniem 01.07.2011 roku weszły w życie, przepisy ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, późn. 654 z późn. zm.). Zgodnie z art. 105 ust 1 pkt 1 wyżej wymienionej ustawy opłata za wpis do rejestru wynosi **2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok**, ogłaszanego w drodze obwiesz-

czenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego, **co w 2016 roku stanowi kwotę 83 zł.**

Natomiast **wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości wyżej wymienionej opłaty tj. 42 zł.**

Aktualizacja obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu przypomina, że podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrzem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

Do rejestru należy również zgłaszać informację o nowo zawartej umowie ubezpieczenia OC, wypełniając wniosek o zmianę wpisu w rejestrze. Zgodnie z punktem 35 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, zmiana ta jest wolna od opłat. W sytuacjach niejasnych bądź trudnych prosimy o kontakt telefoniczny pod nr: 84 639 31 97. Według art. 107 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

W przypadku nie zgłoszenia zmiany danych objętych rejestrzem w terminie, o którym mowa powyżej, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Wobec powyższego, prosimy o uzupełnienie informacji dotyczącej posiadania aktualnie obowiązującej polisy OC, w trybie natychmiastowym i aktualizowanie na bieżąco danych zawartych w rejestrze.

Wyciąg z ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej

Zgodnie z art. 46 „pielęgniarka i położna wpisana do rejestru o którym mowa w art. 43 ust 1 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”.

***„Umiera się nie po to, by przestać
żyć, ale po to, by żyć inaczej”***

Z żalem przyjęliśmy wiadomość,
że w dniu 3 lutego 2016 roku odeszła od nas,
po długiej i ciężkiej chorobie, nasza koleżanka
PIELĘGNIARKA

Śp. ŁUCJA WIDŁAWSKA

Długoletni pracownik Oddziału Chirurgii,
Anestezjologii i Intensywnej Terapii
przy SP ZOZ w Hrubieszowie pozostawiając
po sobie niezapomniane wspomnienia.
Koleżanki i koledzy SP ZOZ w Hrubieszowie

Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że dnia 10.02.2016 roku
odeszła od nas pozostawiając
po sobie szacunek i wspomnienie
dobrego człowieka
PIELĘGNIARKA

Śp. JANINA KOSZYNIUK

Długoletnia pracownica SP ZOZ w Hrubieszowie.
Zawsze sumienna, pogodna i oddana
pracy i pacjentom.
Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Pielęgniarki i Położne SP ZOZ w Hrubieszowie



Pożegnanie Danuty Łosiewicz

*„Zgasłaś nam jak świecy płomyk. Bez buntu, bez słowa, skargi, bezbronna...
i tylko smutek bolesny i pamięć żywa o Tobie w nas pozostanie....
Bo zawsze myślami będziemy przy Tobie.*

Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy, że odeszła nasza koleżanka

Śp. DANUTA ŁOSIEWICZ

Pielęgniarka, kobieta, żona, matka, społecznik – wypełniała wszystkie te role i zadania z pasją, wiarą, nadzieją i energią. Jej praca i doświadczenie przez wiele lat służyło umacnianiu pozycji zawodowej pielęgniarek i położnych.
Będzie nam Ciebie Danusiu bardzo brakowało, ale zawsze pozostaniesz w naszych sercach, myślach i wspomnieniach.

Pielęgniarki i Położne



„Kto żyje w sercu tych, którzy pozostają, nie umiera”

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza koleżanka **POŁOŻNA**

Śp. MARIA JURCZYSZYN

Osoba niezwykle przyjacielska, ciepła i wrażliwa.
Mimo różnych przeciwności losu, potrafiła cieszyć się życiem i przekazywać tą radość innym.
Zespół NZOZ PORADNI RODZINNEJ w Tomaszowie Lubelskim
Pielęgniarki i Położne SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim



„Ludzie żyją tak długo, jak długo inni pielęgnują pamięć o nich myśląc i kochając.”

Z głębokim żalem i smutkiem żegnamy naszą koleżankę **PIELĘGNIARKĘ**

Śp. TERESĘ KWIATKOWSKĄ

W dniu 9.02.2016r. po ciężkiej chorobie zmarła w wieku 63 lat. Pracę rozpoczęła w 1982 roku w hrubieszowskim szpitalu. Do chwili przejścia na emeryturę w 2014 roku pracowała na Oddziale Wewnętrzny I Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie.
Pozostanie na zawsze w naszej pamięci jako osoba pogodna, uśmiechnięta, wrażliwa, koleżeńska i zawsze gotowa nieść pomoc drugiemu człowiekowi. Pamięć o Tobie pozostanie w naszych sercach na zawsze.

Pielęgniarki i Położne z SP ZOZ w Hrubieszowie

Zawodowy punkt widzenia!

Miesięcznik Pielęgniarek i Położnych

- 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

MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Miesięcznik Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych



Co miesiąc cenne nagrody
dla prenumeratorów!

prenumerata@nipip.pl

MRP

MAGAZYN PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ
ul. Pory 78, 02-757 Warszawa
tel. 695 350 774, e-mail: mpip@nipip.pl

www.nipip.pl



22-400 Zamość, ul. Marszałka Józefa Piłsudskiego 33, tel./fax 84 639 31 97, tel. 84 639 07 06
NIP 922-15-78-038 REGON 950013990, Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

e-mail: oipipzamosc@oipip.eu www.oipip.eu www.oipip.home.pl

Biuro czynne: Poniedziałek – Piątek 8.00-16.00

Przewodnicząca Okręgowej Rady: wtorek 8.00-12.00, pozostałe dni: 8.00-17.00

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 - Anna Kot - tel. 784 642 843, wtorek - Członek Okręgowego Sądu - Urszula Porębska - tel. 506 088 352,
środa - Członek Okręgowego Sądu - Bożena Szmit - tel. 668 172 253, - czwartek - Członek Okręgowego Sądu - Elżbieta Zań - tel. 693 839 681,
piątek - Członek Okręgowego Sądu - Ewa Komadowska - tel. 721 110 249

„Informator” wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu.

W „Informatorze” są wiadomości dotyczące działalności OIPiP w Zamościu oraz informacje NRPIp, a także informacje szkoleniowe. OIPiP zwraca się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.