

Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ZAMOŚCIU

Nr 3/2015

PRZEZ CAŁE ŻYCIE

**Jesteśmy pewni, że pielęgniarki i położne
będą z nami zawsze,
jednak co będzie jeżeli ich zabraknie?**



Ostatni Dyżur

WEJDŹ NA STRONĘ KAMPANII

www.ostatnidyzur.pl

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych



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

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 i III wtorek miesiąca ORZOZ - Stanisława Molas, tel. 602 174 004, z-ca ORZOZ - Anna Koziej, tel. 502 575 505

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych - dyżury pod telefonami:
Przewodnicząca OSPiP - Elżbieta Hałas, tel. 697 139 374, Członek OSPiP - Bożena Szmit, tel. 668 172 253

„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.

Konferencje prasowe kampanii

Znajdź nas!

Kalendarium



Białystok - 10.06



Lublin - 16.06



Rzeszów - 22.06



Kielce - 30.06



Gorzów Wielkopolski - 30.07



Podpisz petycję



Od 30 do 50 pacjentów
pod opieką.



Do 280 godzin
miesięcznie



30 przechodzonych km
podczas 12-godzinnej dyżuru



POLSKA
2219 PLN netto.



Średnie wynagrodzenie:

NORWEGIA
14 000 PLN netto.



NIEMCY
9 000 PLN netto.



W systemie dwuzmianowym
25 lat = 5 lat bez snu.

2000 zł



Wiele lat nauki: anatomii, fizjologii, farmakologii, pedagogiki, socjologii, podstaw pielęgniarstwa, promocji zdrowia, neurologii, opieki paliatywnej, pielęgniarstwa specjalistycznego: chirurgicznego, geriatrycznego...

PENSJA - 2000 ZŁ NA RĘKĘ.



Ogólnopolska Kampania Społeczna „Ostatni dyżur”



Ogólnopolska Kampania Społeczna pt. „Ostatni dyżur” jest kampanią zainicjowaną przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, której celem jest poinformowanie społeczeństwa polskiego o ogromnym zagrożeniu społecznym wynikającym z trudnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych na terenie całego kraju. Kampania jest zatem adresowana przede wszystkim do Polaków, a więc potencjalnych i obecnych świadczeniobiorców, jak i do opinii publicznej. W świetle najnowszych prognoz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych opublikowanych dla potrzeb kampanii już za niespełna 5 lat Polacy zostaną pozbawieni profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej.

Ogólnopolska Kampania Społeczna pt. „Ostatni dyżur” uroczystie rozpoczęła się w dniu 27 maja 2015 roku konferencją prasową w Hotelu Gromada Centrum w Warszawie. W konferencji prasowej wzięli udział Przewodniczący Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych z terenu całego kraju, Członkowie Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczące Organów Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz zaproszeni goście. W trakcie konferencji przedstawiono Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt: „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”, który obrazuje aktualny stan populacji pielęgniarek i położnych oraz przedstawia zapotrzebowanie na świadczenia pielęgniarskie i położnicze w Polsce, a także porównuje ww. dane na tle krajów Unii Europejskiej. W konsekwencji tego wydarzenia, a także w oparciu o założenia Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Ostatni Dyżur” w okresie od czerwca do września br. na terenie całego kraju odbywać się będą konferencje prasowe służące zainteresowaniu społeczności lokalnych realnym zagrożeniem wynikającym z trudnej sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Konferencje organizowane będą przez Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych według jednoimiennego scenariusza, gdyż założeniem kampanii jest aby



przekaz skierowany do społeczeństwa polskiego oraz opinii publicznej był zgodny i spójny z założeniami kampanii. Kampania społeczna ostatni dyżur otrzymała deklarację poparcia od Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Federacji Pacjentów Polskich, Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Krajowej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej, Naczelnej Izby Lekarskiej, Fundacji Rodzić po Ludzku, Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej, Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. Poparcie dla kampanii otrzymaliśmy od Prezesa Stowarzyszenia Domów Opieki Krzysztofa Jakubowskiego.

Kampania zaistniała również na portalach społecznościowych np. facebook, czy twitter.



Konferencja prasowa „Ostatni dyżur” w Lublinie



W dniu 16 czerwca 2015 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie odbyła się konferencja prasowa poświęcona Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Ostatni Dyżur”. Konferencja zorganizowana została przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, Chełmie, Białej Podlaskiej oraz Zamościu. W konferencji udział wzięli przedstawiciele Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: Pani Teresa Kuziara Wiceprezes NRPI i Pani Joanna Walewander Sekretarz NRPI, Przewodniczące Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych: Pani Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca ORPI w Białej Podlaskiej, Pani Wiesława Szaniawska – Przewodnicząca ORPI w Chełmie, Pani Danuta Kusiak – Przewodnicząca ORPI w Zamościu, Pan Andrzej Tytuła – Przewodniczący ORPI w Lublinie, Pani Lidia Twardowska – Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zarządu Regionu Lubel-

skiego, Pani Marzena Siek – Wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zarządu Regionu Lubelskiego, Pan Stanisław Gogacz Senator RP, Pan Jacek Czerniak, Pan Krzysztof Michałkiewicz Poseł RP, Pani Gabriela Maśłowska Poseł RP, Pani Agnieszka Kowalska-Głowiak Dyrektor Wydziału Zdrowia Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego, Pan Zbigniew Orzeł - Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego, a także pielęgniarki i położne z Izby w Białej Podlaskiej, Zamościu, Chełmie i Lublinie, przedstawiciele lokalnej prasy oraz lokalnych mediów – Panoramy Lubelskiej i radia, Telewizja Kablowa Zamość Podczas konferencji prasowej zgodnie z założeniami kampanii przedstawiono cel spotkania i zaprezentowano raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pt. „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych”, a także odbyła się projekcja krótkich





spotów, których celem było przybliżenie kampanii mediom, oraz zaprezentowanie problemów dotyczących pielęgniarstwa i położnictwa. Z uwagi na fakt, iż głównym założeniem Ogólnopolskiej Kampanii Społecznej „Ostatni Dyżur” jest zebranie podpisów pod petycją określaną również mianem recepty, która z założenia kierowana jest do polskich decydentów z apelem podjęcia natychmiastowych działań służących opracowaniu oraz wdrożeniu programu zabezpieczenia społeczeństwa polskiego w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne, podczas konferencji prasowej podpisywano owe petycje-recepty. Podpisy pod petycjami zbierane będą do końca września br. Informacje

o kampanii dostępne są na stronie internetowej: www.ostatnidyzur.pl oraz na stronie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – www.nipip.pl oraz www.oipip.home.pl, lub oipip.eu.

Na terenie działania naszej Izby mamy do rozprowadzenia 12 729 recept, które zostały przekazane do szpitali i przychodni, rozprowadzono również przypinki „Ostatni Dyżur” oraz plakaty w formie recepty.

Panie pielęgniarki i położne zbierają podpisy za co bardzo dziękujemy.

W ramach promocji kampanii powstały dwa spoty „Pusty szpital” oraz „Przez całe życie”, które od czerwca do końca września emitowane są w Zamojskiej Telewizji Kablowej.



Ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

Zasoby kadrowe pielęgniarek i położnych

Liczba pielęgniarek zarejestrowanych w Okręgowym Rejestrze Pielęgniarek w Zamościu 3748 (są tu wszystkie pielęgniarki zarejestrowane, również przebywające na świadczeniach emerytalnych, przedemerytalnych, zasiłkach rehabilitacyjnych, urlopach wychowawczych itp.)

Liczba położnych zarejestrowanych w Okręgowym Rejestrze Położnych w Zamościu 493 (są tu wszystkie położne zarejestrowane, również przebywające na świadczeniach emerytalnych, przedemerytalnych, zasiłkach rehabilitacyjnych, urlopach wychowawczych itp.)

Liczba pielęgniarek czynnych zawodowo – 2781

Liczba położnych czynnych zawodowo – 297

Stwierdzenie prawa wykonywania zawodu absolwentom:

Liczba pielęgniarek i położnych którym stwierdzono prawo wykonywania zawodu po raz pierwszy						
z tytułem	Pielęgniarki			Położne		
	2014	2013	2012	2014	2013	2012
licencjata	22	26	12	4	1	3
magistra	1	0	3	1	4	1
Ogółem	23	26	15	5	5	4

Liczba zaświadczeń na potrzeby uznawania kwalifikacji wynikających z przepisów prawa UE dla wyjeżdżających do państw Unii Europejskiej:

Rok	Pielęgniarki	Położne
2012	11	1
2013	20	2
2014	14	3

Najczęściej zaświadczenia są wydawane dla osób wyjeżdżających do: Wielkiej Brytanii, Irlandii, Niemiec, Włoch, Islandii, Norwegii, Austrii.

Wyjeżdżają nie tylko absolwenci wyższych szkół medycznych, ale również pielęgniarki i położne z długoletnim stażem pracy w zawodzie.

Liczba pielęgniarek, położnych które przeniosły się na teren innej Izby:

Pielęgniarki			Położne		
2014	2013	2012	2014	2013	2012
14	13	7	1	2	0

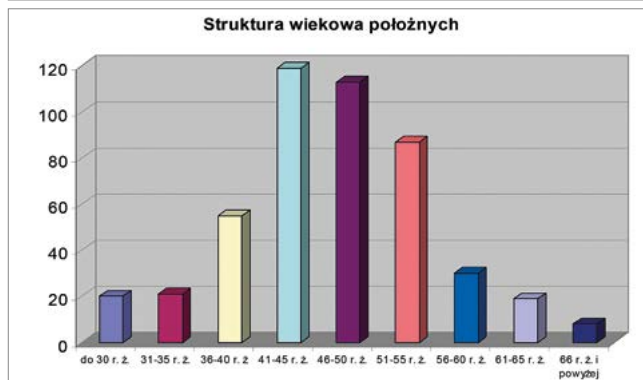
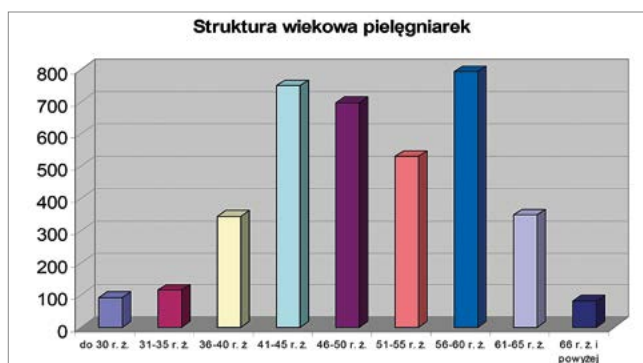
Wyjazdy najczęściej dotyczą podjęcia pracy w większych miastach z możliwością rozwoju zawodowego jak również otrzymania wyższego wynagrodzenia.

Struktura wiekowa pielęgniarek i położnych:

Przedziały	Pielęgniarki	Położne
do 30 r. ż.	92	20
31-35 r. ż.	115	21
36-40 r. ż.	344	55
41-45 r. ż.	750	119
46-50 r. ż.	697	113
51-55 r. ż.	530	87
56-60 r. ż.	793	30
61-65 r. ż.	348	19
66 r. ż. i powyżej	81	8

Przedział wiekowy do 35 roku życia stanowi najmniejszą liczbę zarejestrowanych tj:

- 207 pielęgniarek, co stanowi 7,4%
- 41 położnych, co stanowi 13%



Średnia wieku zarejestrowanych pielęgniarek/ pielęgniarzy – **50,3**

Średnia wieku zarejestrowanych położnych – **46,8**

Liczba pielęgniarek i położnych nabywające praw emerytalnych.

Do roku 2022 praw emerytalnych nabędzie

- pielęgniarek 750 co stanowi 30 % zarejestrowanych,
- położnych – 55, co stanowi 18,5 %

Natomiast do roku 2030 – 1738 czyli 1/3 wszystkich zarejestrowanych pielęgniarek i położnych

Opracowała

Danuta Kusiak – Przewodnicząca ORPiP w Zamościu

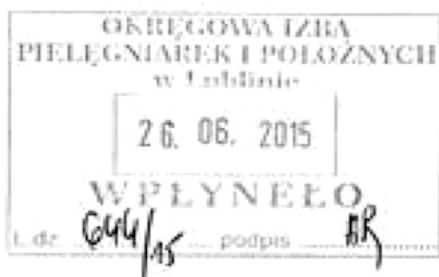
Działania Wojewody Lubelskiego na wniosek Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych oraz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych



WOJEWODA LUBELSKI
Przewodniczący
Wojewódzkiej Komisji
Dialogu Społecznego
w Lublinie

ZP-I.872.2.2015

Lublin, 23 czerwca 2015 r.



Pan Andrzej Tytuła
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Lublinie

[Handwritten signature]

w załączeniu przesyłam Opinię Nr 1/2015 Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie z dnia 1 czerwca 2015 r. w sprawie *proponycji rozwiązań systemowych mających na celu poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych*, będącą efektem prac Komisji z udziałem przedstawicieli Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych z terenu województwa lubelskiego oraz Zarządu Regionu Lubelskiego OZZPiP.

Powyższa Opinia została skierowana do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Infrastruktury i Rozwoju. Dziękując za wkład pracy Pana Przewodniczącego oraz pozostałych przedstawicieli samorządu zawodowego w przygotowanie przedstawionych w Opinii rekomendacji, wyrażam nadzieję, że przedstawione propozycje rozwiązań zostaną uwzględnione w działaniach poszczególnych resortów i przyczynią się do poprawy sytuacji grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

[Handwritten signature]

WOJEWODA LUBELSKI

[Handwritten signature: Wojciech Wilk]

Zal. – Opinia Nr 1/2015
WKDS w Lublinie z dnia 1.06.2015 r.

OPINIA NR 1/2015
Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie
z dnia 1 czerwca 2015 r.

w sprawie propozycji rozwiązań systemowych mających na celu
poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych

Działając na podstawie § 7 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 lutego 2002 roku w sprawie wojewódzkich komisji dialogu społecznego (Dz. U. z 2002 r. Nr 17, poz. 157) Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego w Lublinie, obradując na posiedzeniu plenarnym w dniu 1 czerwca 2015 roku, przyjmuje Opinię w sprawie propozycji rozwiązań systemowych, mających na celu poprawę sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Po zapoznaniu się z informacjami na temat struktury wiekowej i kariery zawodowej absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych w województwie lubelskim, zapotrzebowania na świadczenia oraz kadrę pielęgniarską i położniczą, wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w szpitalach na terenie województwa lubelskiego, a także danymi ogólnopolskimi, członkowie WKDS w Lublinie uznali za właściwe podjęcie przez rząd RP działań, których realizacja przyczyni się do zniwelowania pogłębiającego się zjawiska deficytu kadry pielęgniarskiej i położniczej w kraju i regionie, a także do poprawy nastrojów społecznych w tej grupie zawodowej.

Członkowie Komisji uznali, że jednym z takich rozwiązań byłoby **stworzenie pielęgniarkom i położnym – absolwentom szkół pielęgniarskich i położniczych, wchodzącym do zawodu, możliwości odbycia dobrowolnego stażu finansowanego ze środków Unii Europejskiej w podmiotach leczniczych przez okres 2 lat**, w przypadku istnienia takiej możliwości w ramach wsparcia finansowego ze strony Wspólnoty. Wdrożenie takiego rozwiązania w ramach realizacji projektów finansowanych np. z Europejskiego Funduszu Społecznego, pozwoli na zdobycie doświadczenia zawodowego pielęgniarkom i położnym, adeptom szkół i uczelni wyższych posiadającym prawo wykonywania zawodu, które w chwili obecnej nie mają możliwości uzyskania takiego doświadczenia. Rozpoczynając pracę zawodową w ramach dobrowolnego stażu finansowanego ze środków UE, będą mogły uzyskać odpowiednie doświadczenie zawodowe pod nadzorem doświadczonych koleżanek, w warunkach szpitalnych, co wprost przełoży się na właściwy poziom opieki, jakość świadczonych usług, bezpieczeństwo pacjentów oraz bezpieczeństwo zawodowe samych pielęgniarek i położnych. Po 2-letnim okresie dobrowolnego stażu pielęgniarki i położne będą mogły bezpiecznie kontynuować zatrudnienie w podmiotach leczniczych, zarówno publicznych jak i niepublicznych lub wykonywać zawód w formie działalności leczniczej.

Powyższe rekomendacje członkowie WKDS w Lublinie kierują pod adresem Ministra Zdrowia, Ministra Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministra Infrastruktury i Rozwoju, z prośbą o ich uwzględnienie w pracach poszczególnych resortów. Ponadto proponują, by do realizacji ww. propozycji zaproszone zostały Wojewódzkie Urzędy Pracy, które byłyby autorem założeń programowych realizacji dobrowolnego stażu finansowanego ze środków Unii Europejskiej. Założenia te powinny zostać wypracowane przy współpracy z samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych.

Członkowie WKDS w Lublinie uznali również, że w celu zabezpieczenia postulowanego przez OZZPiP oraz samorząd zawodowy stałego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, należy rozważyć możliwość oszacowania kosztów świadczeń pielęgniarskich czy też procedur tak, aby w systemie były zabezpieczone środki finansowe dla tej grupy zawodowej. Dlatego też konieczne jest podjęcie działań w kierunku dokonania rzetelnej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeby waloryzowania wynagrodzeń pielęgniarskich oraz zapewnienie udziału w procedurze wyceny przedstawicieli związków zawodowych pielęgniarek i położnych.

Uzasadniając powyższą propozycję członkowie Komisji wskazali, że obecne rozwiązanie finansowania świadczeń w postaci Jednorodnych Grup Pacjentów nie zabezpiecza w systemie środków finansowych dla pielęgniarek i położnych. Wskazuje ono jedynie wartość procedury czy też zabiegu medycznego, ale w dalszym ciągu brak jest informacji, ile tej wartości stanowi praca lekarza, pielęgniarki, położnej, psychologa, rehabilitanta itp. Jest to praca, która nie została wyceniona (oszacowana), a która musi zostać wykonana przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje.

Obecnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wycenia procedury na podstawie aktualnych kosztów, w których zaniżone są wynagrodzenia pielęgniarek i położnych. Tak wyceniona procedura nie daje możliwości świadczeniodawcy (pracodawcy) sfinansować zwiększenia wynagrodzeń tej grupy zawodowej. Dlatego przy wycenie procedur AOTMiT powinna założyć wskaźnik waloryzujący aktualne koszty wynagrodzeń pielęgniarek i położnych i zwiększyć proporcjonalnie wartość punktową świadczenia (procedury) rozliczeniowej. Zdaniem członków WKDS w Lublinie, zwiększy to przychody świadczeniodawcy (pracodawcy), z którego możliwe będzie pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek. W Polsce większość pielęgniarek zatrudnionych jest w podmiotach leczniczych, a więc za ustalenie stawek ich wynagrodzeń są odpowiedzialni kierownicy tych podmiotów. Warto zaznaczyć, że poziom pensji pielęgniarek zależy w dużej mierze od kondycji finansowej tych jednostek, dostępnych środków finansowych, a także sytuacji na lokalnym rynku pracy. W opinii członków Komisji, wprowadzenie wnioskowanych rozwiązań do regulacji prawnych stanowi zarówno dla płatnika świadczeń zdrowotnych, jak i podmiotu leczniczego, narzędzie służące realnemu zabezpieczeniu środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych przy zachowaniu stabilności finansowej podmiotu leczniczego. Powyższą propozycję członkowie WKDS w Lublinie rekomendują Prezesowi Rady Ministrów oraz Ministrowi Zdrowia do wprowadzenia w działania rządu RP podejmowane w celu rozwiązania problemów grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Przyjmując niniejszą Opinię, członkowie Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie wyrażają nadzieję, że przedstawione propozycje działań przyczynią się do zachowania spokoju społecznego, wnosząc o ich uwzględnienie w bieżącej pracy oraz w procesie legislacyjnym prowadzonym przez wskazane w Opinii organy.

Opinia została zaakceptowana przez wszystkie strony Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie. Podpis w imieniu Komisji złożył Przewodniczący Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie.

PRZEWODNICZĄCY
Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego
w Lublinie
Wojciech Wiliś
WOJEWODA LUBELSKI

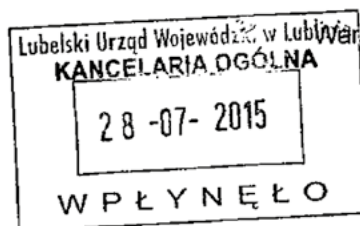
Odpowiedź Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju na postulaty złożone przez Wojewodę Lubelskiego



MINISTERSTWO
INFRASTRUKTURY I ROZWOJU

Podsekretarz Stanu
Paweł Orłowski

DZF.I.8610.57.2015.PZd.1
NK 1491325 115



RPW/93392/2015 P
Data: 2015-07-28

Pan Wojciech Wilk
Wojewoda Lubelski
Przewodniczący Wojewódzkiej Komisji
Dialogu Społecznego w Lublinie

w nawiązaniu do Opinii Nr 1/2015 Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie z dnia 1 czerwca br. w sprawie propozycji rozwiązań systemowych mających na celu poprawę sytuacji zawodowej i położnych, zgodnie z kompetencją Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju (MliR), pragnę przedstawić następujące informacje.

Uprzejmie informuję, że przedstawione w Opinii WKDS w Lublinie propozycje mają charakter zmian systemowych dotyczących obszaru polityki zdrowia, w szczególności w kontekście propozycji podjęcia działań w kierunku dokonywania rzetelnej wyceny świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeby zwaloryzowania wynagrodzeń pielęgniarskich o raz zapewnienia udziału w procedurze wyceny przedstawicieli związków zawodowych pielęgniarek i położnych. Tym samym MliR nie posiada kompetencji, aby wiążąco odnieść się do tych postulatów. Pragnę natomiast przedstawić poniższe informacje, odnoszące się do możliwości finansowania działań ze środków Unii Europejskiej.

Uprzejmie informuję, że w procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w tym w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) MliR, we współpracy z Ministerstwem Zdrowia (MZ), które jest odpowiedzialne za realizację polityki w obszarze zdrowia, brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce. Podobnie do wniosków wyrażonych w Opinii WKDS w Lublinie, punktem wyjścia dla planowanej interwencji EFS w latach 2014-2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznego deficytu wśród kadry pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

Mając na uwadze wagę wyzwań w kontekście sytuacji kadry medycznej w Polsce, w tym w szczególności dotyczących pielęgniarek i położnych oraz biorąc pod uwagę zakres interwencji możliwej do finansowania z EFS, podjęto decyzję o skoncentrowaniu działań dedykowanych rozwojowi kompetencji zawodowych i kwalifikacji kadr medycznych w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER). Na te działania wyodrębniono specjalną oś priorytetową Wsparcie dla obszaru zdrowia, w której na kształcenie kadr medycznych zostanie przeznaczony około 221 mln euro.

Interwencja zaplanowana w PO WER będzie oddziaływała na kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i położnych, a jej głównym celem jest zwiększenie liczby absolwentów studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Ponadto wspierane będzie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju.

W kontekście wsparcia procesu kształcenia na studiach pielęgniarstwach i położniczych w PO WER, w 2015 r. MZ planuje uruchomienie dwóch pierwszych przedsięwzięć o łącznej wartości 100 mln zł. Zadaniem pierwszego projektu, który będzie realizował Departament Pielęgniarek i Położnych w MZ, będzie prowadzenie nadzoru nad kształceniem na ww. kierunkach i wypracowanie ewentualnych zmian prawnych dotyczących standardu kształcenia. Ponadto jednym z kluczowych działań projektu będzie wypracowanie i wdrożenie rozwiązań prawnych (np. w zakresie norm zatrudniania pielęgniarek i położnych, wyceny świadczeń gwarantowanych), które przyczynią się do realnego wzrostu liczby miejsc pracy dla pielęgniarek i położniczych w Polsce, jak również poprawy warunków wykonywanej przez nie pracy.

Równolegle planowane jest ogłoszenie przez MZ konkursu dla szkół wyższych, realizujących kształcenie na studiach pielęgniarstwo i położnictwo. Głównym założeniem tego konkursu jest możliwość zrealizowania przez szkoły wyższe programów rozwojowych podnoszących jakość i atrakcyjność kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, co w efekcie ma prowadzić do zwiększenia liczby absolwentów tych kierunków. Konkurs będzie stwarzał możliwość wzbogacenia procesu kształcenia o takie elementy jak: programy stypendialne dla studentów osiągających najlepsze wyniki w nauce, finansowanie dodatkowych zajęć wykraczających poza standardową podstawę programową studiów oraz możliwość finansowania ponadprogramowych płatnych praktyk zawodowych. Należy podkreślić, że ww. elementy będą stanowiły integralną część programu kształcenia realizowanego przez szkoły wyższe na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Warto również podkreślić, że projekty, które będą otrzymywały dofinansowanie będą koncentrowały się na zapewnieniu w procesie kształcenia współpracy pomiędzy szkołą wyższą a podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia. Wspólna realizacja tych przedsięwzięć ma w efekcie zapewnić lepszą jakość kształcenia praktycznego studentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo oraz zwiększać możliwości zatrudnienia w podmiotach leczniczych absolwentów, którzy korzystali ze wsparcia w ramach projektów. Konkurs zakłada preferencje w wyborze tych projektów, które przyczynią się do podjęcia zatrudnienia przez jak największą część absolwentów objętych wsparciem w projektach.

Pragnę jednocześnie poinformować, że ze względu na zakres możliwej interwencji EFS w obszarze szkolnictwa wyższego określony na poziomie przepisów unijnych oraz w konsekwencji zgodnie z zakresem zaakceptowanego przez Komisję Europejską PO WER, wsparcie musi być bezpośrednio związane z realizacją kształcenia na studiach i koncentrować się na grupach docelowych uczestniczących w tym procesie. W związku z tym finansowanie dodatkowych staży absolwentów, po ukończeniu studiów, nie jest możliwe ze środków EFS. Niemniej, pragnę zwrócić uwagę, że działania, które będą realizowane w ramach konkursów dla szkół wyższych są zbieżne z postulatami sygnalizowanymi w Opinii WKDS w Lublinie i służą zdobywaniu kompetencji praktycznych w trakcie kształcenia na studiach kierunków pielęgniarstwo i położnictwo oraz docelowo przyczyniają się do podejmowania zatrudnienia przez absolwentów tych kierunków.

W odniesieniu do przywołanych wcześniej działań z zakresu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, ich finansowanie z EFS będzie uruchamiane w kolejnych latach realizacji PO WER.

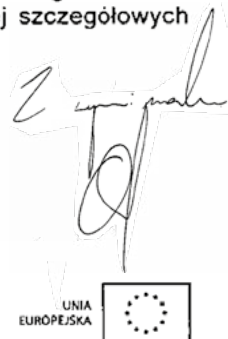
Pragnę jednocześnie poinformować, że ze względu na rolę MZ, pełniącego funkcję Instytucji Pośredniczącej w PO WER i odpowiedzialnego za realizację wsparcia finansowanego z EFS finansowanego w obszarze zdrowia, podmiot ten jest właściwy do udzielenia bardziej szczegółowych informacji nt. zaplanowanej interwencji.

Do wiadomości:

1. Pan Władysław Kosiniak-Kamysz, Minister Pracy i Polityki Społecznej
2. Pan Marian Zembala, Minister Zdrowia



NARODOWA
STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Od kwietnia br. trwają rozmowy z Ministerstwem Zdrowia dotyczące ustalenia zasad poprawy sytuacji zawodowej i ekonomicznej pielęgniarek i położnych. Dwa zespoły z udziałem przedstawicieli Ministra Zdrowia, NFZ, NRPiP,

OZZPiP pracują nad wypracowaniem rozwiązań o wzajemnej współpracy w zakresie tworzenia przepisów dotyczących wymiaru czasu pracy i czynności w ramach świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne.

Pismo NRPiP do Ministra Zdrowia w sprawie wyrażenia stanowiska do projektu porozumienia z dnia 21 sierpnia 2015 r. przesłanego do NRPiP



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP-P.011.94.2015.MM

Warszawa, 26 sierpnia 2015 r.

Pan

prof. dr hab. med. Marian Zembala

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

Uprzejmie informuję, że w dniu 25 sierpnia 2015 r. odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, którego przedmiotem było wyrażenie stanowiska do projektu Porozumienia z dnia 21 sierpnia 2015 r. przesłanego do NRPiP przez Ministerstwo Zdrowia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie zaakceptowała projektu ze względu na brak w nim zapisów gwarantujących realizację propozycji Ministerstwa Zdrowia bez względu na ewentualne zmiany polityczne i gospodarcze. Proponowany wzrost wynagrodzeń w tym roku, czyli 2015 jest za niski do oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, ale rozumiemy, że realny i możliwy do wprowadzenia od 1 września br.

Pragniemy jednak z całą mocą oświadczyć, iż wyrażamy wolę dalszych rozmów w kwestiach zmian:

- rozporządzeń zawartych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2014 r. o świadczenia opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 (tzw. koszykowych);
- rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określające między innymi mechanizmy otrzymywania przez

świadczeniodawców dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne;

- rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie warunków rozliczania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne;
- uwzględnienia udziału pielęgniarki i położnej w projektach i badaniach naukowych oraz grantach krajowych i międzynarodowych.

Jednocześnie wyrażamy przekonanie, że raport „Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych” opracowany przez Zespół do spraw analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalenia priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego, powołany Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. (Dz. Urz. MZ, poz. 13 z późn. zm.) zostanie zaakceptowany i przyjęty przez Ministra Zdrowia oraz będzie podstawą wspólnych działań.

Proponowany w projekcie porozumienia wzrost wynagrodzeń nie jest zgodny z rozwiązaniami postulowanymi przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Jednak ze względu na sytuację ekonomiczną pielęgniarek i położnych oczekujemy, że zrealizowane zostaną przez Pana Ministra propozycje wzrostu wynagrodzenia od 1 września br. a rozmowy dotyczące powyższych kwestii będą kontynuowane.

2 Wyższej Szkoły

Prezes

G. Rogala-Pawelczyk

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

W dniu 31 sierpnia 2015 r. w Kancelarii Prezydenta RP odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych z podsekretarzem stanu Wojciechem Kolarskim.

Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk, Skarbnik NRPIP Hanna Gutowska, Sekretarz NRPIP Joanna Walewander oraz przewodnicząca ZK OZZPIP Lucyna Dargiewicz przedstawiły obecną sytuację zawodową pielęgniarek i położnych.

**KANCELARIA PREZYDENTA
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**
Biuro Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich

Warszawa, 1 września 2015 r.

**NOTATKA ZE SPOTKANIA PODSEKRETARZA STANU W KANCELARII PREZYDENTA RP
WOJCIECHA KOLARSKIEGO Z PRZEDSTÁWICIELAMI OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU
ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH ORAZ NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

W dniu 31 sierpnia br. w siedzibie Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej minister Wojciech Kolarski spotkał się z delegacjami Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Spotkanie odbyło się w ramach działań Biura Dialogu i Inicjatyw Obywatelskich Kancelarii Prezydenta RP.

Reprezentanci obu organizacji przedstawili aktualną sytuację środowiska i wysunęli postulat rozwiązań systemowych w ochronie zdrowia w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej. Przedstawiciele OZZPIP zaprezentowali stan negocjacji, które od kilku miesięcy są prowadzone z Ministerstwem Zdrowia w celu poprawy warunków pracy i płacy największej grupy zawodowej w naszym kraju, jaką są pielęgniarki i położne. Władze NRPIP przedstawiły efekty kampanii społecznej pn. „Ostatni dyżur”, a także przekazały aktualny raport o stanie pielęgniarstwa w Polsce.

Minister Wojciech Kolarski podkreślił, iż przekaże Prezydentowi Rzeczypospolitej Polskiej Panu Andrzejowi Dudzie informację o stanie negocjacji środowiska pielęgniarsko-położniczego z resortem zdrowia. Zapewnił również, że w poczuciu troski o bezpieczeństwo pacjentów zagwarantowane w artykule 68 Konstytucji RP, Kancelaria Prezydenta RP będzie monitorować sytuację i zwróci się do organów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia w naszym kraju o informację o stanie zabezpieczenia opieki pielęgniarsko-położniczej i planach na następne lata.

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

ORPiP – 24 kwietnia 2015 r.

- **Uchwała Nr 328/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do ORPiP prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 329/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do ORPiP prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 330/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do ORPiP prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 331/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do ORPiP prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 332/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do ORPiP prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 333/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 334/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 335/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 336/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 337/VI/15** w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- **Uchwała Nr 338/VI/15** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na kwotę 5.220.00zł),
- **Uchwała Nr 309/VI/15** w sprawie udzielenia pomocy finansowej członkom OIPiPw Zamościu (na łączną kwotę 3.800.00zł),
- **Uchwała Nr 340/VI/15** w sprawie zorganizowania w dniu 14 maja 2015r konferencji w zawiązku z obchodami Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej,
- **Uchwała Nr 341/VI/15** w sprawie wytypowania przedstawicieli ORPiP do składu komisji konkursowej,
- **Uchwała Nr 342/VI/15** w sprawie wydania nowego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu.

ORPiP – 26 czerwca 2015 r.

- **Uchwała Nr 343/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do ORPiP prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 344/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 345/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 346/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 347/VI/15** w sprawie przeprowadzenia w dniach 17-18 września 2015 roku szkolenia dla członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu,
- **Uchwała Nr 348/VI/15** w sprawie złożenia wniosków o przyznanie wskazanym członkom samorządu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu odznaczeń samorządowych,
- **Uchwała Nr 349/VI/15** w sprawie zmiany Uchwały Nr 337/VI/15 ORPiP z dnia 24 kwietnia 2015r. w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- **Uchwała Nr 350/VI/15** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (na kwotę 35. 539.00zł),
- **Uchwała Nr 351/VI/15** w sprawie udzielenia pomocy finansowej członkom OIPiPw Zamościu (na łączną kwotę 6.980.00zł),

- **Uchwała Nr 352/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 353/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 354/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 355/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 356/VI/15** w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs specjalistyczny wykonywanie i interpretacja EKG),
- **Uchwała Nr 357/VI/15** w sprawie zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs specjalistyczny szczepienia ochronne),
- **Uchwała Nr 358/VI/15** w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (szkolenie specjalizacyjne, pielęgniarstwo ginekologiczne),
- **Uchwała Nr 359/VI/15** w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych (kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwo onkologiczne),
- **Uchwała Nr 360/VI/15** w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego Okręgowej Izby Pielęgniarek Położnych w Zamościu za rok 2014,
- **Uchwała Nr 361/VI/15** w sprawie przeksięgowania wyniku finansowego działalności budżetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek Położnych w Zamościu za rok 2014,
- **Uchwała Nr 362/VI/15** w sprawie zakupu wieńców na uroczystości pogrzebowe.

Prezydium ORPiP – 14 maja 2015 r.

- **Uchwała Nr 420/VI/2015** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 421/VI/15** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 1.500.00zł).
- **Uchwała Nr 422/VI/2015** w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby, (OIPiP Ciechanów kwota dofinansowania 200,00zł),
- **Uchwała Nr 423/VI/15** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.(dofinansowanie przyznane na łączną kwotę 500.00zł),
- **Uchwała Nr 424/VI/15** w sprawie zgłoszenia kandydata na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego,
- **Uchwała Nr 425/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 426/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 427/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia,
- **Uchwała Nr 428/VI/15** w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego,(kurs specjalistyczny Leczenie Ran, Kompleksowa opieka nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego, kurs kwalifikacyjny – Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywna opieka,
- **Uchwała Nr 429/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z rejestru prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 430/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 431/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 432/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 433/VI/15** w sprawie zmiany wpisu do Rejestru Podmiotów Prowadzących Kształcenie Podyplomowe Pielęgniarek i Położnych (kurs specjalistyczny wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiologicznego)

Prezydium ORPiP – 8 czerwca 2015 r.

- **Uchwała Nr 434/VI/2015** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
 - **Uchwała Nr 435/VI/15** w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego, (kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, kurs specjalistyczny dla pielęgniarek POZ w zakresie „opieki geriatrycznej”,
 - **Uchwała Nr 436/VI/15** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 4.000.00zł).
 - **Uchwała Nr 437/VI/2015** w sprawie sfinansowania kosztów organizacyjnych Kampanii Społecznej „Ostatni dyżur”.
- Prezydium ORPiP podjęło jedno stanowisko:**
Stanowisko w sprawie sprzeciwu do uchwały Nr 35/IV/2015 Prezydium Forum Związków Zawodowych z dnia 11 maja 2015r w sprawie odwołania rekomendacji Pani Marii Olszak-Winiarskiej z członkostwa w Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego w Lublinie.

Prezydium ORPiP – 24 lipca 2015 r.

- **Uchwała Nr 438/VI/2015** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 439/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,
- **Uchwała Nr 440/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 441/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 442/VI/15** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 3.000.00zł).
- **Uchwała Nr 443/VI/15** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (dofinansowanie przyznane na łączną kwotę 39.960.00zł),
- **Uchwała Nr 445/VI/15** w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej,
- **Uchwała Nr 446/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej i wpisu do Okręgowego Rejestru Położnych prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 447/VI/15** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 448/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 449/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,

Prezydium ORPiP – 21 sierpnia 2015 r.

- **Uchwała Nr 450/VI/2015** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 451/VI/2015** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez ORPiP w Zamościu,
- **Uchwała Nr 452/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,
- **Uchwała Nr 453/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek Zamościu,

- **Uchwała Nr 454/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,
- **Uchwała Nr 455/VI/15** w sprawie wykreślenia położnej z Okręgowego Rejestru Położnych w Zamościu,
- **Uchwała Nr 456/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,
- **Uchwała Nr 457/VI/15** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek w Zamościu,
- **Uchwała Nr 458/VI/15** w sprawie wpisu pielęgniarki do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek,
- **Uchwała Nr 459/VI/15** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków OIPiP w Zamościu (na łączną kwotę 1.300.00zł).
- **Uchwała Nr 460/VI/15** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.(dofinansowanie przyznane na łączną kwotę 2.960.00zł),
- **Uchwała Nr 461/VI/15** w sprawie wskazania przedstawiciela Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Zamościu do składu komisji konkursowej,
- **Uchwała Nr 462/VI/15** w sprawie uznania kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki i wydania zaświadczenia 13/2015,
- **Uchwała Nr 463/VI/15** w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego, (specjalizacja chirurgiczna, anestezjologii i intensywnej opieki)
- **Uchwała Nr 464/VI/15** w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- **Uchwała Nr 465/VI/15** w sprawie zmiany Uchwały Nr 377/VI/15 ORPiP z dnia 24 kwietnia 2015r. w sprawie wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu,
- **Uchwała Nr 466/VI/15** w sprawie zakupu wieńca na uroczystość pogrzebową,
- **Uchwała Nr 467/VI/15** w sprawie udzielenia pomocy finansowej dla członka innej Izby, (kwota 200.00 zł.).

Informacja z zebrań wyborczych:

Wybory delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na Okręgowy Zjazd VII Kadencji zostały zakończone w dniu 27 maja 2015 roku.

Wyodrębniono 14 rejonów wyborczych w których dokonano wyboru 103 delegatów.

LISTA DELEGATÓW NA OKRĘGOWY ZJAZD OIPiP w ZAMOŚCIU NA VII KADENCJĘ

Rejon	Imię i nazwisko delegata
Rejon Nr 1	1. Furgała Czesława 2. Sznitowska Laura 3. Wojdyła Grzegorz 4. Kruszyńska Justyna
Rejon Nr 2	5. Walas Urszula 6. Ignaciuk Anna 7. Świstowska Maria 8. Pilip Krystyna
Rejon Nr 3	9. Bucior Zofia 10. Ćmil Barbara 11. Gałan Małgorzata 12. Złotorzyńska Katarzyna
Rejon Nr 4	13. Wawryca-Kordulska Teresa 14. Bielacz Magdalena

Rejon Nr 4	15. Korzeniowska Alicja 16. Antonow Irmina 17. Horoch Zdzisław 18. Czady Beata 19. Wiater Małgorzata 20. Dziedzic Jagoda 21. Cypara Beata 22. Arczewska-Dołba Alina 23. Tabąła Anna 24. Milanowska-Chwedyk Sylwia 25. Nowak Małgorzata 26. Łepik Wioletta 27. Hałas Elżbieta 28. Kot Anna 29. Kusiak Jolanta 30. Gierek Marta 31. Godzińska Agnieszka
Rejon Nr 5	32. Dobrowolska Anna 33. Dobrucka Roman Maria 34. Dudek Maria 35. Gzik Zdzisława 36. Kalacińska Liliana 37. Kurzawa Marta 38. Łuka Renata 39. Muzyczuk Jolanta 40. Okólska Stanisława 41. Porębska Urszula 42. Sala Marta 43. Madej Ewa 44. Brzóska Maria
Rejon 6	45. Szczęk Anna 46. Wojtak Małgorzata 47. Mazurek Elżbieta
Rejon Nr 7	48. Fusiarz Barbara 49. Grabowska Krystyna 50. Harbuz Zofia 51. Komadowska Ewa 52. Kozłowska Alicja 53. Krzystanek Mira 54. Kuśmierczak Alicja 55. Parkot Izabela 56. Podhajna Wojtowicz Lucyna 57. Raczekiewicz Halina 58. Sitarczyk Renata 59. Szczepaniuk Bożena 60. Ziółkowska Marta
Rejon nr 8	61. Poźniak Bożena 62. Kozdra Joanna

Rejon nr 9	63. Herbut Urszula 64. Lis Alicja 65. Celej Jadwiga
Rejon nr 10	66. Sikora Jadwiga 67. Pułapa Teresa 68. Drożdziel Dorota 69. Zań Elżbieta
Rejon Nr 11	70. Banaś Barbara 71. Blacha Urszula 72. Granda Ryszarda 73. Pacion Wioletta 74. Bryła Teresa 75. Trześniowska Dorota 76. Buszkowska Elżbieta 77. Paszko Zofia 78. Dumas Urszula 79. Ostaszewska Renata 80. Słoma Maria 81. Ogonowska Marta
Rejon nr 12	82. Bojar Anna 83. Buraczyńska Agnieszka 84. Szmit Bożena 85. Bryk Joanna 86. Wnuk Irena 87. Żyła Ewa 88. Iwicka Ilona 89. Koziej Anna 90. Bębenek Ewa
Rejon Nr 13	91. Kwika Maria Dorota 92. Molas Stanisława 93. Grela Elżbieta 94. Pachla Beata 95. Górna Joanna 96. Siennicka Maria 97. Renata Mazurek
Rejon nr 14	98. Dźwigalska Anna 99. Gałan Justyna 100. Hawryluk Małgorzata 101. Kusiak Danuta 102. Nowak Wioletta 103. Walewander Joanna



Ministerstwo Zdrowia

Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, 28. 07. 2015

IK: 273113

Przewodniczące/Przewodniczący
Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnychwg rozdzielnika

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

Mając na uwadze powyższe regulacje, Departament zwraca się z prośbą o przekazanie informacji pielęgniarkom i położnym wykonującym zawód na terenie działania Państwa okręgowych izb pielęgniarek i położnych o konieczności uzupełnienia kwalifikacji uprawniających do prowadzenia szczepień ochronnych, osobom które nie posiadają wymaganych kwalifikacji, a w ramach kompetencji wykonują to zadanie.

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

DYREKTOR
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata CholewkaMinisterstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 WarszawaTelefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

Warszawa, dnia 24 czerwca 2015 r.

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

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

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

Zawarte w ustawie o z.o.z.z.i ch.z.u l. przepisy określające wymóg posiadania przez osoby przeprowadzające szczepienia ochronne odpowiednich i potwierdzonych stosownymi dokumentami kwalifikacji zawodowych uzyskanych w ramach kształcenia podyplomowego i specjalizacji nie określają jednakże szczegółowo rodzaju kursów i szkoleń lub specjalizacji wymaganych od osób wykonujących szczepienia lecz w tym zakresie w całości odsyłają do regulacji dotyczących uzyskiwania kwalifikacji zawodowych przez lekarzy i lekarzy dentystów oraz pielęgniarki i położne zawartych w przepisach ustawy dnia 5 grudnia 1996 r.

o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2015 r. poz. 464) oraz ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435 z późn. zm.).

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

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

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

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

W art. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. *o izbach lekarskich* (Dz.U. z 2015 r. poz. 651) wśród zadań samorządu lekarzy zostały bowiem wymienione jego następujące zadania: sprawowanie pieczy nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu, przyznawanie prawa wykonywania zawodu oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych osób będących obywatelami Unii Europejskiej zamierzających wykonywać zawód lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzenie i udział w organizowaniu doskonalenia zawodowego lekarzy, prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności do wykonywania zawodu lekarza lub w przedmiocie niedostatecznego przygotowania do wykonywania zawodu.

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

Odrębną kwestią jest wskazanie właściwego sposobu postępowania organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej w przypadku stwierdzenia (lub podejrzenia), że szczepienia ochronne są wykonywane przez osobę nieposiadającą niezbędnych wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych uprawniających do ich wykonywania (lub nieposiadającą dokumentów potwierdzających uzyskanie stosownych uprawnień), co zgodnie z art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. stanowi wykroczenie zagrożone karą grzywny. Należy zauważyć, że przepis art. 54 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. w tym zakresie w całości odsyła do regulacji zawartych w przepisach ustawy z dnia 24 sierpnia 2001 r. *Kodeks postępowania w sprawach o wykroczenia* (Dz.U. z 2013 r. poz. 395, z późn.zm.), której przepisy nie przyznają organom Państwowej Inspekcji Sanitarnej kompetencji w zakresie nakładania grzywien w drodze mandatu karnego lub występowania przed sądami powszechnymi w charakterze oskarżyciela publicznego w związku z wykroczeniem wymienionym w art. 51 pkt 1 ustawy o z.o.z.z.i ch.z.u l. Tym samym w przypadku podejrzenia, że szczepienia są wykonywane przez osoby nieposiadające wymaganych prawem kwalifikacji zawodowych doniesienia w tej sprawie należy wnosić do organów ścigania lub do odpowiednich organów odpowiedzialności zawodowej samorządów zawodowych lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Opinie prawne

Jakie czynności może wykonywać ratownik medyczny w oddziale anestezjologii i intensywnej opieki?

Autorka wie o zatrudnianiu ratowników medycznych na oddziałach intensywnej terapii czy pododdziałach intensywnego nadzoru medycznego (kardiologicznego, neurologicznego, itp.). Ocena prawna takich praktyk nie budzi jednak żadnych wątpliwości autorki - taka praktyka nie znajduje oparcia w żadnym przepisie prawa powszechnego, a wręcz jest z nimi sprzeczna. Zawód ratownika medycznego nie jest zawodem tzw. korporacyjnym, a jego wykonywanie reguluje ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – dalej u.p.r.m. Artykuł 11 ust. 1 u.p.r.m. w formie zamkniętego katalogu określa na czym polega wykonywanie zawodu ratownika medycznego. Zgodnie z powołanym przepisem wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

- 1) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- 2) dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

W pięciu punktach ustawodawca określił zakres kompetencji ratownika medycznego. Punkt 1 wskazuje na wykonywanie czynności ratownika wprost na miejscu zdarzenia, a zatem poza murami podmiotu leczniczego. Oczywiście poza sytuacją, gdy miejscem zdarzenia jest jakaś placówka medyczna (wybuch gazu, pożar, zawalenie się części budowli, itp.). Wówczas jednak placówka nie jest placówką w sensie formalnym, lecz właśnie miejscem zdarzenia. Punkt 2 może sugerować dopuszczalność

wykonywania czynności w ramach OAiIT czy OIT albowiem stanowi o ocenie stanu zdrowia „ale...” dotyczy oceny stanu zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i (należy zwrócić uwagę na ten spójnik bowiem jego wartość logiczna sprawia, że ocenie stanu zdrowia w nagłym zagrożeniu zdrowotnym musi towarzyszyć udzielanie medycznych czynności ratunkowych. Bardzo istotne w tym miejscu jest wskazanie, że oba zaakcentowane pojęcia są zdefiniowane na gruncie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a to oznacza, że trzeba jest rozumieć w ten i tylko w ten sposób. I tak, zgodnie z art. 3 pkt 8 u.p.r.m. stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zaś medyczne czynności ratunkowe to według art. 3 pkt 4 u.p.r.m. świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 u.p.r.m., w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Skoro ratownik medyczny wykonuje medyczne czynności ratunkowe, to znaczy, że wszelkie świadczenia przez niego realizowane są przypisane do określonych jednostek systemu PRM, czyli według art. 32 ust. 1 pkt 2 u.p.r.m. do zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczego. Czyli na ten moment nawet nie w SOR. Jednak zgodnie z § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego - dalej r.s.o.r., minimalne zasoby kadrowe SOR-ów zakładają zatrudnienie w ich strukturach ratowników medycznych. Pytanie dotyczy OAiIT. Zatem warto przestudiować rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania me-

dycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Z załącznika nr 1 część 1 do r.s.o.r. nie wynika by prawodawca przewidywał zatrudnianie ratowników medycznych w strukturach OAiIT czy OIT.

Co więcej na stronach Portal Pielęgniarek i Położnych pod adresem <http://www.pielengniarki.info.pl/article/view/id/4335> zawarta jest korespondencja między Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Dyrektorem Departamentu Spraw Obronnych,

Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych Ministerstwa Zdrowia. Korespondencja została wymieniona w październiku 2013 r. i jednoznacznie z niej wynika, że ratownicy medyczni nie mogą pracować na OAiIT lub OIT. Zapowiadano zmiany prawa w tym zakresie, które jednak nie zostały zrealizowane.

Serwis Prawo i Zdrowie

Autor

Agnieszka Sieńko

Czy ratownik medyczny może zostać zatrudniony na oddziale szpitalnym?

Jeżeli tak, to w jakim charakterze, jakie są jego uprawnienia i jakie zadania może wykonywać przy pacjencie hospitalizowanym?

Odpowiedź

Docelowo ratownicy medyczni powinni być zatrudniani w zespołach ratownictwa medycznego, a także jako dyspozytorzy medyczni. Dopuszcza się również zatrudnianie ich w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Przepisy nie przewidują zatrudniania w innych oddziałach szpitalnych.

Uzasadnienie

Status ratownika medycznego został uregulowany ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 757) – dalej u.p.r.m.). Zgodnie z art. 11 ust. 1 u.p.r.m. wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

- zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
- transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia

psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;

- organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

Natomiast zakres medycznych czynności, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33).

Ratownik medyczny wykonuje czynności zawodowe w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, a jednostkami systemu są: szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (art. 32 u.p.r.m.). Ratownik medyczny może być również zatrudniony jako dyspozytor medyczny (art. 26 u.p.r.m.). Nie ma na dzień dzisiejszy przepisu, który reguluje możliwość i charakter zatrudniania ratowników medycznych w oddziałach szpitalnych.

Serwis Prawo i Zdrowie

Autor

Dorota Karkowska

Prawo do wyrażenia lub odmowy zgody na udzielenie świadczeń

Adresatem regulacji dotyczących obowiązku uzyskania zgody pacjenta na udzielenie świadczenia zdrowotnego są nie tylko lekarze, ale i pielęgniarki oraz położne. Warto zapoznać się z obowiązującymi przepisami – zwłaszcza w związku ze zwiększeniem kompetencji wynikających z nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Omawiane przepisy ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz przywołane orzecznictwo dotyczące prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego i odpowiadającego temu prawu obowiązku uzyskania zgody pacjenta dotyczą każdej osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego. Adresatem tych regulacji są również pielęgniarki i położne. Istotne zwiększenie ich kompetencji, które wynika z nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej w zakresie uprawnień do ordynowania leków zawierających określone substancje czynne, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiania na nie recept, a także ordynowania określonych wyrobów medycznych, w tym wystawiania na nie zlecenia albo recepty, rodzi kolejne obowiązki osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (pielęgniarek i położnych) związane z potrzebą uzyskania stosownej zgody pacjenta. Niezależnie od tego, w dotychczasowym stanie prawnym rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem zawiera m.in. regulacje zobowiązujące położną, aby, samodzielnie podejmując czynności zawodowe wobec pacjentki, każdorazowo uzyskała zgodę rodzącej na wykonanie wszelkich zabiegów i badań.

Poniżej omówimy zmiany w zakresie respektowania praw pacjenta, w tym jego autonomii co do podjęcia terapii, jak i proponowanego zakresu i sposobu. W kolejnym, wrześniowym numerze MPiP znajdziecie ważne informacje dotyczące dopełniania wszelkich formalności oraz; warunków ważności zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego,

Współczesnych podstaw prawnych dotyczących prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych i odpowiadającego temu

prawu obowiązku uzyskania od pacjenta zgody na ich udzielenie można szukać m.in.

w Konwencji o ochronie praw i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny. (Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie) zawartej 4 kwietnia 1997 r. w Oviedo w Hiszpanii. Konwencja w art. 1 zobowiązuje państwa – strony do ochrony godności i tożsamości każdej osoby ludzkiej, zapewniając gwarancję poszanowania dla jej integralności oraz innych podstawowych praw i wolności wobec zastosowań biologii i medycyny. Pochodną tej mającej ogólny charakter deklaracji są dalsze, szczegółowe regulacje, w tym m.in. dotyczące zgody pacjenta na podjęcie wobec niego zabiegów medycznych. I tak, art. 5 Konwencji zabrania przeprowadzenia interwencji medycznej bez swobodnej i świadomej zgody osoby zainteresowanej. Przed dokonaniem interwencji niezbędnym jest przekazanie pacjentowi odpowiednich informacji o celu i naturze interwencji, jak również konsekwencjach i ryzyku. Pacjent w każdej chwili może swobodnie wycofać się z udzielonej wcześniej zgody. Polska podpisała Konwencję w 1999 r., lecz dotychczas nie doszło do jej ratyfikacji.

Przepis art. 19 tekstu pierwotnego ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej przyznawał pacjentowi m.in. prawo do „wyrażenia zgody lub odmowy jej udzielenia na określone świadczenia po uzyskaniu odpowiedniej informacji” oraz „uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia”. Przykładem kierunku kształtowania orzecznictwa może być wyrok Sądu Najwyższego z 22 września 1967 r., w którym Sąd m.in. stwierdził, iż „Pobranie wycinka skóry dla celów badania histopatologicznego dopuszczalne jest tylko za zgodą pacjenta. Jeżeli takie pobranie bez zgody pacjenta wywołało rozstrój zdrowia lub inną szkodę na osobie, może ono powodować odpowiedzialność za szkodę, choćby nawet dokonane zostało zgodnie z wymaganiami sztuki lekarskiej w zakresie diagnozy raka skóry” (I CR 188/67) – LEX nr 6213. Z kolei

w wyroku z dnia 7 marca 1974 r. Sąd Najwyższy, dokonując oceny rodzaju i zakresu informacji udzielonej pacjentowi, tak aby jego zgoda na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego była niewadliwa, rozstrzygnął: „Jeżeli skutki zabiegu operacyjnego są do przewidzenia, a pacjent nie zostałby o nich poinformowany, brak pouczenia pacjenta o normalnych przy tego rodzaju zabiegu następstwach w zdrowiu operowanego nie mógłby wyłączyć odpowiedzialności strony pozwanej (Skarbu Państwa) za wyrządzoną pacjentowi szkodę z powołaniem się na wyrażoną przez pacjenta uprzednio zgodę” (I CR 43/74) – LEX nr 7426. Odnosząc się do charakteru informacji przekazywanych pacjentowi przed zajęciem przez niego stanowiska co do wyrażenia zgody albo odmowy wyrażenia takiej zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych, zasadnym jest przywołanie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 28 września 1999 r., w którym wskazano, że „Informacja udzielana przez lekarza przed zabiegiem powinna zawierać takie dane, które pozwolą pacjentowi podjąć decyzję o wyrażeniu zgody na zabieg z pełną świadomością tego, na co się godzi i czego może się spodziewać. Lekarz powinien, zatem poinformować pacjenta o rodzaju i celu zabiegu oraz o wszystkich jego następstwach, które są zwykle skutkiem zabiegu, to jest pożądanym - ze względu na jego cel - skutkach zabiegu, jak i o innych jego skutkach (tzw. skutkach ubocznych). Informacja powinna w szczególności obejmować te dające się przewidzieć możliwe następstwa zabiegu, zwłaszcza jeżeli są to następstwa polegające na znacznym i istotnym uszczerbku zdrowia, które – jako skutek uboczu – wprawdzie występują rzadko lub bardzo rzadko, ale nie można ich wykluczyć, powinna też określać stopień prawdopodobieństwa ich wystąpienia. W tym wypadku nie można jednakże wymagać, by informacja wymieniała wszystkie możliwe objawy następstw zabiegu i zawierała ich opis. Wystarczające jest ogólne określenie rodzaju możliwych następstw zabiegu oraz wskazanie, czy zagrażają życiu pacjenta ewentualnie, jaki mogą mieć wpływ (doniosłość) na prawidłowe funkcjonowanie organizmu” (II CKN 511/96) – LEX nr 453701.

Aktualnie, na gruncie przepisów krajowych źródłem prawa pacjenta do wyrażenia zgody na podjęcie wobec niego postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegawczego jest przede wszystkim art. 41 ust. i Konstytucji RP. Przepis ten zapewnia każdemu nietykalność oso-

bistą i wolność osobistą. Prawo pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych uszczegółowiają przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawarte w art. 15-19. I tak, art. 15 cyt. ustawy wyraża ogólną normę stanowiącą, iż przepisy niniejszego rozdziału stosuje się do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych albo odmowy takiej zgody, jeżeli przepisy odrębnych ustaw nie stanowią inaczej. Regulacja ta ma o tyle znaczenie, iż wskazuje na to, że przepisy zawarte w innych aktach prawnych mogą zawierać inne, np. bardziej szczegółowe unormowania dotyczące wyrażenia zgody na udzielenie określonego świadczenia zdrowotnego albo w pewnych sytuacjach znoszą wymóg uzyskania zgody. W takim przypadku te właśnie przepisy będą miały pierwszeństwo przed przepisami zawartymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Tego rodzaju odmienne regulacje w zakresie dopuszczalności udzielenia świadczeń bez zgody pacjenta występują w szczególności na gruncie ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Przepisy te przewidują w określonych sytuacjach możliwość zarówno przyjęcia do szpitala psychiatrycznego pacjenta bez jego zgody, jak i stosowania niezbędnych czynności leczniczych.

Z kolei art. 16 stanowi, iż pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. Pojęcie świadczenia zdrowotnego, a więc tego, co stanowi przedmiot zgody wyrażanej przez pacjenta, definiuje art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W myśl wskazanego przepisu jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, regulujących zasady ich wykonywania. Natomiast odesłanie do art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta wskazuje na związek prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego z prawem do informacji o stanie zdrowia. „Pacjent ma prawo do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji, które dotyczą jego zdrowia i życia.

W związku z założeniem istnienia zaufania pacjenta do lekarza (innej osoby wykonującej zawód medyczny) przeprowadzenie jakiegokolwiek czynności medycznej może nastąpić po uprzednim wyjaśnieniu pacjentowi podstaw, przyczyn, konieczno-

ści i skutków podjęcia takiej czynności. (...) To do pacjenta należy współudział w decyzji, czy ma być leczony i jakimi metodami” (D. Karkowska. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz. LEX, 2012).

W tym miejscu zasadnym wydaje się wskazanie na kształtowanie się linii orzeczniczej w zakresie powiązania prawa pacjenta do informacji oraz prawa do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia. W wyroku z dnia 14 czerwca 1983 r. (a więc jeszcze przed powstaniem w 1997 r. Konwencji o ochronie praw i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny oraz ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta (...)) Sąd Najwyższy stwierdził, iż „Funkcjonowanie w praktyce lekarskiej zasady wzajemnego zaufania lekarza i pacjenta nie może prowadzić zbyt daleko. Zdrowie człowieka także ustawowo (art. 23 kc.) zostało zaliczone do jego dóbr osobistych i poza szczególnymi wypadkami do chorego musi należeć podjęcie świadomej decyzji co do stosowania zwłaszcza niekonwencjonalnych zabiegów i metod leczenia, które wiążą się z istotnym ryzykiem dla jego organizmu” (sygn. akt IVCR150/83).

Ustawodawca łączy z brakiem informacji poprzedzającej wyrażenie przez pacjenta zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego daleko idące skutki prawne.

„Brak zgody uprzedzonej informacją, na co jest wyrażona, znosi legalność przeprowadzonej czynności medycznej. (...) wykluczone jest powoływanie się lekarza na stan wyższej konieczności jako podstawę naruszenia nietykalności pacjenta w przypadku niewyrażenia przez niego zgody lub woli poddania się zabiegowi lekarskiemu, który jest niezbędny dla ratowania jego życia czy zdrowia z uwagi na grożące mu bezpośrednio niebezpieczeństwo. Prawo wyłącza w takiej sytuacji możliwość zastosowania kontratypu, pomimo obiektywnej wyższości ratowanego dobra (życia) nad dobrem poświęconym, czyli wolnością. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy nie tyle nie ma zgody pacjenta, ile zgody tej uzyskać nie można, ponieważ pacjent nie jest zdolny do przyjęcia informacji i wyrażenia swej woli, sprzeciw pacjenta zaś nie jest znany, a jego stan zdrowia wymaga od lekarza natychmiastowego działania. W razie wątpliwości, jakie byłoby stanowisko pacjenta co do leczenia, gdyby je mógł wyrazić, należy przyjąć, iż wolą pacjenta jest ratowanie życia” (D. Karkowska. Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku

Praw Pacjenta. Komentarz. LEX 2012). W tym miejscu jednakże podkreślenia wymaga to, iż milczenie pacjenta w sytuacji, gdy jest on w stanie umożliwiającym wyrażenie swojej woli, nie stanowi zgody. W sposób niebudzący wątpliwości dał temu wyraz.

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 14 listopada 1972 r., stwierdzając, iż w sytuacji, gdy w stosunku do pacjenta nie ma bezwzględnych wskazań co do dokonania zabiegu operacyjnego, wymagana jest zgoda pacjenta na zabieg. Wymóg zgody jest tylko wtedy zachowany, gdy chory zostanie należycie poinformowany – stosownie do okoliczności danego przypadku – o konkretnych możliwościach w zakresie leczenia, w szczególności zaś o względzie wskazań zabiegu operacyjnego jako jednego z ewentualnych sposobów leczenia. Brak wyraźnej zgody chorego na dokonanie w takim wypadku zabiegu czyni zabieg prawnie nieusprawiedliwionym i uzasadnia odpowiedzialność Skarbu Państwa z art. 417 kc. (I CR 463/73) – LEK nr 7182.

Jak podkreśla J. Syska, przytomny pacjent nie jest zatem w ogóle zobligowany do wypowiedzania swojego sprzeciwu. Dopóki nie otrzyma stosownej informacji i nie złoży oświadczenia o zgodzie, lekarz nie ma prawa podjąć leczenia. Odmowa zgody w przypadku kompetentnego pacjenta wiąże lekarza. Nie sposób doszukać się w obowiązującym prawie podstaw do podważania lub przełamania takiej woli. Po pierwsze art. 16 ustawy o prawach pacjenta przewiduje wprost „prawo do odmowy zgody” na zabieg. Jak wskazał Trybunał Konstytucyjny, skoro pacjent jest wyłącznym dysponentem prawa do wyrażenia zgody na leczenie, to w sytuacji, gdy odmawia jej wydania, lekarz powinien uszanować tę wolę, udzielić mu informacji o skutkach niepodjęcia lub opóźnienia leczenia i zaniechać działania objętego sprzeciwem (M. Syska. Sprzeciw pacjenta. [W:] Medyczne oświadczenia pro futuro na tle prawnoporównawczym. LEX 2013).

Warto także wskazać na postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 27 października 2005 r., dotyczące związania lekarza wcześniej wyrażonym stanowiskiem pacjenta co do zgody lub jej braku na udzielanie mu określonych świadczeń na wypadek, gdyby bezpośrednio przed udzieleniem tego świadczenia nie był w stanie wyrazić swojej woli. Sąd Najwyższy stwierdził, iż „(...) zasada poszanowania autonomii pacjenta nakazuje respektowanie jego woli, niezależnie od motywów (konfesyjnych, ideologicznych, zdrowotnych itp.), toteż należy przyjąć, że brak zgody pacjenta na określony zabieg (rodzaj zabiegów) jest

dla lekarza wiążący i znosi odpowiedzialność karną lub cywilną, natomiast w wypadku wykonania zabiegu – delegalizuje go. Sprzeciw pacjenta powinien być uwzględniany w szczególności wtedy, gdy został uzewnętrzniony w sposób wyraźny i jednoznaczny, ze świadomością dokonanego wyboru i przyjętych preferencji, zwłaszcza gdy związek czasowy między oświadczeniem a zabiegiem jest dostatecznie ścisły. Stanowisko takie znajduje potwierdzenie w Konwencji o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny (Konwencji o prawach człowieka i biomedycynie). Zgodnie z art. 9 tej Konwencji, należy brać pod uwagę wcześniej wyrażone życzenia osoby zainteresowanej co do interwencji medycznej, jeżeli w chwili jej przeprowadzenia nie jest ona w stanie wyrazić swej woli. (...) W konsekwencji należy wyrazić pogląd, że oświadczenie pacjenta wyrażone na wypadek utraty przytomności, określające wolę dotyczącą postępowania lekarza w stosunku do niego w sytuacjach leczniczych, które mogą zaistnieć w przyszłości, jest dla lekarza – jeżeli zostało złożone w sposób wyraźny, jednoznaczny i nie budzi innych wątpliwości – wiążące”. Orzeczenie zostało wydane na tle stanu faktycznego, w którym przy osobie poszkodowanej w wypadku samochodowym i będącej Świadkiem Jehowy znaleziono kartkę zatytułowaną

„Oświadczenie dla służby zdrowia – żadnej krwi”. Z treści kartki wynikało zaś, że bez względu na okoliczności pacjentka nie zgadza się na „żadną formę transfuzji krwi”, nawet gdyby w ocenie lekarza ich użycie było konieczne do ratowania jej zdrowia lub życia (III CK 155/05).

Podkreślenia wymaga to, że bezprawności udzielanych bez zgody pacjenta świadczeń zdrowotnych nie konwaliduje fakt prawidłowości wykonanego zabiegu czy prowadzonego leczenia.

Potwierdza to argumentacja zawarta w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 stycznia 2007 r. W przedmiotowej sprawie pacjentka wniosła pozew tytułem zadośćuczynienia za uszkodzenie ciała, wywołanie rozstroju zdrowia i cierpienia związane z leczeniem. W toku procesu Sąd Okręgowy ustalił, że wszystkie zabiegi lekarskie wykonane zostały prawidłowo, były one konieczne dla podjęcia właściwego leczenia, a następnie dla ratowania życia i zdrowia tej pacjentki, nie popełniono w trakcie ich wykonywania żadnych błędów w sztuce lekarskiej. Z tych względów w ocenie Sądu Okręgowego nie było podstaw do przypisania winy lekarzom zajmu-

jącym się powódką i do zasądzenia na jej rzecz zadośćuczynienia. Jednakże Sąd Apelacyjny w Warszawie uchylił wyrok Sądu Okręgowego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego Sąd Okręgowy nie poczynił wszystkich ustaleń niezbędnych dla oceny roszczenia powódki, a w szczególności przeoczył i pominął okoliczności dotyczące prawidłowości poinformowania pacjentki o ryzyku związanym z zabiegiem biopsji i możliwych komplikacjach. Sąd Apelacyjny podkreślił, że w doktrynie i orzecznictwie przyjmuje się, iż w przypadku, gdy nie ma bezwzględnych wskazań do wykonania zabiegu, konieczne jest uzyskanie niewadliwej zgody pacjenta, a więc zgody wyrażonej po poinformowaniu go o postawionej diagnozie, metodach leczenia, ryzyku zabiegu, jego następstwach, możliwych komplikacjach i skutkach ubocznych.

W ocenie Sądu Okręgowego opartej na zeznaniach świadków i opinii biegłych, w czasie wykonywania zabiegu biopsji nie popełniono żadnego błędu w sztuce lekarskiej, zaś powstanie krwiaka i krwawienie z nerki wskutek nakłucia jest częstym powikłaniem, gdyż nerka jest organem bardzo ukrwionym, lecz mimo to zabieg ten jest powszechnie wykonywany. Dalej Sąd uznał, że usunięcie nerki było w danym przypadku zabiegiem ratującym życie, bowiem w inny sposób nie dało się zatamować krwotoku. Sąd uznał także, że brak jest jakiegokolwiek związku między zabiegiem usunięcia lewej nerki, a uszkodzeniem prawej opłucnej, które powstało prawdopodobnie z powodu niedokrwistości.

Sąd uznał zatem, że zabiegi, jakim poddano powódkę były uzasadnione z medycznego punktu widzenia i wykonano je prawidłowo. Sąd Apelacyjny położył szczególny nacisk na kwestię udzielenia przez powódkę „niewadliwej” zgody i ustalenie, czy powódka została prawidłowo poinformowana o wszystkich typowych i często występujących skutkach i powikłaniach zabiegu biopsji nerki. Sam fakt podpisania przez powódkę zgody na zabieg jest niewątpliwy, ale też niewystarczający do zdjecia ryzyka powikłań z osób przygotowujących powódkę do tego zabiegu i przeprowadzających go i obarczenia tym ryzykiem wyłącznie powódki.

Aby zgoda udzielona przez pacjenta była ważna, musi być niewadliwa. Jest to bowiem oświadczenie woli, do którego można stosować przepisy kodeksu cywilnego

O wadach oświadczenia woli, a zwłaszcza brak świadomości w powzięciu decyzji oraz błąd. Dlatego pacjent musi znać przedmiot zgody, musi wiedzieć

o ryzyku zabiegu i jego następstwach, które – zwłaszcza w razie zabiegu operacyjnego – są nieodwracalne. Zasadą jest, że chory ma „prawo do prawdy”, jakkolwiek zakres podawanych informacji może być zróżnicowany w zależności od inteligencji, stanu psychicznego i wrażliwości chorego oraz od rodzaju zabiegu. Lekarz nie może jednak zapominać, że obowiązek informacji istnieje i jest przesłanką niewadliwości oświadczenia woli pacjenta. Zgoda, która nie jest „objaśniona” jest wadliwa, wskutek czego lekarz działa bez zgody i naraża się na odpowiedzialność cywilną za szkodę wyrządzoną pacjentowi, nawet gdy postępuje zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej (M. Nesterowicz. Odpowiedzialność cywilna lekarza i zakładu leczniczego). Takim zasadom dał wyraz Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 29 grudnia 1969 r. II CR 564/69 (OSP i KA 1970/10 poz. 202) i w wyroku z dnia 7 marca 1974 r. I CR 43/74 (Nowe Prawo 1977/1 str. 109). Takie reguły postępowania zostały także zawarte w Deontologiczno-Etycznych Zasadach Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. „Ponieważ obowiązek udzielenia pacjentowi informacji obciąża lekarza i on wywodzi z tego skutki prawne, spoczywa na nim dowód wykonania tego obowiązku (...). Lekarz musi udowodnić, że udzielone przez niego informacje o ryzyku i skutkach zabiegów lekarskich lub badań diagnostycznych stanowiły podstawę zgody pacjenta na ich dokonanie lub odmowy zgody” (M. Nesterowicz. Prawo medyczne, gdzie przytoczone są także przykłady orzeczeń sądów zagranicznych respektujących zasadę zgody „objaśnionej”). W wyroku z dnia 17 grudnia 2004 II CK 303/2004 (OSP 2005/11 poz. 131) Sąd Najwyższy stwierdził, że: „Ciężar dowodu wykonania ustawowego obowiązku udzielenia pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji, poprzedzającej wyrażenie zgody na zabieg operacyjny (art. 31 ust. 1 w zw. z art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204 z późn. zm.), spoczywa na lekarzu”. W sprawie niniejszej powódka twierdziła, że nie została poinformowana o ryzyku związanym z zabiegiem biopsji nerki i o rodzaju możliwych powikłań, zaś osoba, która miała obowiązek udzielenia powódce takich informacji, czyli doc. L.P. nie pamiętał dokładnie przebiegu rozmowy z powódką. Świadek ten zeznał, że „Mam zwyczaj mówienia pacjentom wszystkiego. Dziś nie mogę sobie dokładnie przypomnieć, co mówiłem”, „Mówię pacjentom o skutkach biopsji”, „Na pewno nie mówiłem pacjentce o krwiaku

opłucnej (...). Myślę, że nie mówiłem, że może wchodzić (w grę) wycięcie nerki (...). Ja rozmowy z pacjentką nie pamiętam dokładnie. Każdemu pacjentowi mówię, że jest ukłucie igły, że może boleć, może być krwawienie”. Tego rodzaju zeznania (zwłaszcza w zestawieniu z zeznaniami powódki) nie mogą stanowić podstawy ustalenia, że powódka została w należyty sposób poinformowana o typowych skutkach zabiegu biopsji nerki i możliwych powikłaniach oraz że w pełni świadomie wyraziła zgodę na przeprowadzenie tego zabiegu. Z informacji przekazanych jej przez doc. L.P. powódka mogła wnioskować, że biopsja to po prostu bolesny zastrzyk, nie zostało natomiast wykazane, że powódka wiedziała, jakie mogą być konsekwencje tego zabiegu. Wprawdzie tego rodzaju powikłania po zabiegu biopsji nerki, jak konieczność jej usunięcia, zdarzają się bardzo rzadko i o tym lekarz nie musiał powódki uprzedzać, zachodzi jednak przypuszczenie, iż powódka nie wiedziała nawet, że może dojść do krwawienia z nerki. W tej sytuacji słusznie uznał Sąd Okręgowy, iż wobec braku prawidłowego pouczenia ryzyko niekorzystnych skutków zabiegu pozostało przy lekarzu i ostatecznie zrodziło odpowiedzialność Skarbu Państwa (VI ACa 753/06) – LEX nr 1640956.

PRAWO DECYDOWANIA O SAMYM SOBIE...

W tym o wyborze metody leczenia, jest przejawem autonomii jednostki. Możliwość decydowania o wyrażeniu zgody na wykonanie zabiegu medycznego stanowi pochodną tego prawa i jest jedną z przesłanek legalności czynności leczniczych. Dotyczy to w równym stopniu zabiegów łączących się z najwyższym ryzykiem, jak i rutynowych badań nieniosących żadnego zagrożenia dla zdrowia. Konieczność uzyskania zgody pacjenta dotyczy pełnego spektrum działań lekarskich – od diagnostyki i badań do leczenia zabiegowego i operacyjnego, w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych. Szeroko rozumiane czynności lecznicze, podjęte - wbrew przepisom - bez zgody pacjenta, są bezprawne i mogą stanowić podstawę odpowiedzialności cywilnej, karnej lub zawodowej lekarza. Brak zgody pacjenta na określony zabieg jest dla lekarza wiążący i delegalizuje jego działania (Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 11 października 2011 r. K16/10 Dz. U. z 2011, Nr 240, poz. 1436; OTK-A 2011/8/80, LEX 992832).

radca prawny **JACEK DERLACKI**

mgr piel. **MAŁGORZATA KILARSKA,**

Kancelaria Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Przedruk Magazynu Pielęgniarki i Położnej

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej

W dniu 14 maja 2015 roku w Restauracji „BROWAR” w Zamościu odbyła się uroczystość z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.



Spotkanie nasze zaszczylicili licznie przybyli goście: Wiceprezesi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Beata Żółkiewska i Pani Teresa Kuziara, Sekretarz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Pani Joanna Walewander, Przewodnicząca ORPiP w Chełmie Wiesława Szaniawska, Przewodniczący

ORPiP w Lublinie Andrzej Tytuła, Pani Wiceprezydent Miasta Zamościa, Pielęgniarki Naczelne, Dyrektorzy podmiotów leczniczych, Przełożone Pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej, przedstawiciel Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Zamościu, przedstawiciele władz samorządowych, Przewodni-





czące Komisji Zakładowych Organizacji Związków Zawodowych.

Zaproszeni goście na ręce Pani Przewodniczącej ORPiP w Zamościu przekazywali moc najserdeczniejszych życzeń i gratulacji dla wszystkich pielęgniarek i położnych- członków OIPiP w Zamościu. Goście wyrażali uznanie i szacunek oraz podkreślali ważną rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, wszyscy dziękowali za trudną i oddaną pracę, cierpliwość, wrażliwe serce, fachowość, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i wsparcia dla pacjentów i ich rodzin w zdrowiu i chorobie.

W wystąpieniach goście podkreślali bardzo trudną sytuację zawodową pielęgniarek i położnych oraz pilną potrzebę poprawy tej sytuacji. Podczas uroczystości wykład nt. „Hanna Chrzanowska – wybitna pielęgniarka, nauczycielka i opiekunka chorych” wygłosił mgr Tadeusz Wadas.



W swoim wystąpieniu kolega Tadeusz Wadas zwrócił szczególną uwagę na wartości, dylematy i powinności pielęgniarki, specjalisty w swoim zawodzie. Po części oficjalnej odbyło się spotkanie integracyjne, przy dźwiękach Kapeli Ludowej z Krasnobrodu.



Położna na medal – wystartowała II edycja

Wystartowała II edycja kampanii społeczno-edukacyjnej i konkursu „Położna na medal” zorganizowana przez Akademię Malucha Alantan. Patronat merytoryczny nad tegoroczną kampanią i konkursem objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Położnych, Fundacja Rodzic po Ludzku, Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni oraz portal edukacjapacjenta.pl.

Celem kampanii jest wzrost świadomości położnych nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej i podniesienie standardów pracy w zgodzie z przyjętymi wymaganiami środowiska i oczekiwaniami pacjentów oraz uświadomienie roli położnej, jej kompetencji i odpowiedzialności w oparciu o przyjęte standardy pracy jaką na co dzień wykonuje.

Przez najbliższe 9 miesięcy będzie można głosować na najlepsze położne w całej Polsce w konkursie „Położna na medal”. Nominowanie i oddawanie głosów odbywać się będzie za pośrednictwem strony www.poloznamedal.pl. W tym roku spośród nominowanych położnych zostaną wybrane 3 najlepsze, które uzyskają największą liczbę głosów. Dodatkowo, konkurs wyłoni 3 najlepsze położne z poszczególnych województw. Kryteria oceny położnej powstały w oparciu o rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

Położnictwo na przestrzeni ostatnich lat zmieniło swoje oblicze, a wraz z nim zmieniło się społeczne widzenie porodu i opieki okołoporodowej. Odradzająca się idea traktowania ciąży i porodu jako fizjologicznego procesu – wchodząca w program prokreacji ekologicznej – spowodowała konieczność wprowadzenia zmian w systemie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem z uwzględnieniem standardów opieki okołoporodowej. Obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U. z 2012 r. poz. 1100) nakłada na położną reali-

zacji określonych zasad podczas sprawowania opieki nad ciężarną, w tym edukacją przedporodową uwzględniającą praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, karmienia piersią, pielęgnowania noworodka i rodzicielstwa. Chcemy promować położne, które swój zawód wykonują z pasją i prawdziwym oddaniem. Wielu pacjentów głosowanie traktuje jako podziękowanie położnym za profesjonalizm, wrażliwość i otwartość – podkreśla Iwona Barańska z Akademii Malucha Alantan, organizatora konkursu.

Stosowanie standardów przez położną w okresie porodu fizjologicznego obejmuje m.in.: monitorowanie stanu rodzącej, wsparcie kobiety w wyborze i zastosowaniu technik oddechowych i relaksacyjnych, niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu, pozycji, które uznaje za najwygodniejsze. Umożliwienie dziecku – bezpośrednio po porodzie – nieprzerwany i co najmniej dwugodzinny kontakt z matką, „skóra do skóry”. W kolejnych godzinach pomoc i edukacja w zakresie prawidłowego karmienia piersią oraz tworzenie warunków do prawidłowej laktacji. Takie postępowanie powoduje, że rodząca staje się ważną, a przede wszystkim świadomą całego procesu osobą. W wyniku dokonujących się zmian w opiece okołoporodowej oraz przemiany kulturowej w postrzeganiu narodzin, które z wydarzenia medycznego stają się także wydarzeniem rodzinnym, niezbędnym jest zachowanie rodzących do korzystania podczas porodu ze wsparcia wybranej przez nią bliskiej osoby.

W opiece nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, położna rodzinna obejmuje opieką i edukacją kobiety pomiędzy 21. a 26. tygodniem ciąży i prowadzi edukację do czasu porodu. Po porodzie realizuje nie mniej niż cztery wizyty, podczas których diagnozuje i monitoruje stan zdrowia matki i dziecka wg ustalonych kryteriów, ocenia relacje w rodzinie, wspiera w sytuacjach trudnych. Promuje karmienie piersią i rozwiązuje problemy laktacyjne oraz umacnianie w rodzicielstwie.

Położna w swojej praktyce traktuje kobietę oraz jej rodzinę z szacunkiem i na zasadach partnerskich, stara się poznać jej preferencje i potrzeby w zakre-



Za 5 lat zabraknie pielęgniarek i położnych w Polsce.

Razem zawalczmy o nasze zdrowie i życie!

Recepta



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

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

Statystyki

2015 r.:

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

2022 r.:

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

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

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



114400000000023000000248

PESEL/ e-mail

Imię i nazwisko

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

Podpisz receptę na www.ostatnidyzur.pl

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych