



Informator

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w ZAMOŚCIU
NR 3/2009

Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych

ul. Marszałka Józefa
Piłsudskiego 33
22-400 Zamość

Tel./fax 084 639 31 97
Tel: 084 639 07 06
e-mail:
oiPIPzamoscpro.onet.pl

Strona internetowa:
www.oiPIP.home.pl

NIP 922-15-78-038
REGON 950013990

Nr konta bankowego:
65 1240 2816 1111 0000 4015 3430



człowiek – najlepsza inwestycja

Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa, tel. 022/53-00-207, 635-56-40, fax 022/831-21-77
www.mz.gov.pl, www.zdrowie.gov.pl, www.efsf.gov.pl

W dniach 17-19 września 2009 roku Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o. obchodził 5-lecie swojej działalności.

17 września br. pracownicy szpitala spotkali się z Zarządem Spółki, Prezydentem Miasta Zamość M. Zamoyskim oraz Przewodniczącą Rady Nadzorczej Szpitala I. Stopczyńską. Były słowa uznania i podziękowania oraz wyróż-



nienia dla osób wyjątkowo zaangażowanych w rozwój spółki. W piątek 18 września o godz. 9⁰⁰ Ks. B. W. Depo odprawił Mszę Świętą w intencji wszystkich pracowników, w kaplicy szpitalnej oraz spotkał się z kadrą zarządzającą szpitala. O 11⁰⁰ odbyła się konferencja prasowa nt. zmian własnościowych szpitali oraz procedowania ustaw zdrowotnych w Sejmie z udziałem: Marek Haber - Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, Poseł Beata Małecka-Libera - Zastępca Przewodniczącego Sejmowej Komisji Zdrowia, Renata Jażdż-Zaleska Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Niepublicznych Szpitali Samorządowych, Iwonna Stopczyńska - Wiceprezydent Miasta Zamość, Andrzej Bujnowski Prezes Mazurskiego Centrum Zdrowia ZOZ Pro-Medica w Ełku, Krzysztof Tuczapski - Prezes Zamojskiego Szpitala Niepublicznego Spółka z o.o.

Następnie w sali Consulatuz Zamojskiego Ratusza rozpoczęła się ogólnopolska konferencja „X-lat zmian własnościowych szpitali samorządowych w Polsce”, w której uczestniczyli: przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, władz samorządowych różnego szczebla, parlament

arzyści, dyrektorzy szpitali publicznych i niepublicznych z całej Polski, pielęgniarki naczelnne, przedstawiciele jednostek medycznych współpracujących z ZSzN oraz pracownicy naszego szpitala. Wystąpienia prelegentów podczas konferencji dotyczyły tematyki przekształceń szpitali oraz spraw związanych z finansowaniem świadczeń medycznych i poprawą efektywności zarządzania szpitalami w Polsce. Sobota 19 września br. była okazją do spotkania okolicznościowego pracowników szpitala w ośrodku DUET gdzie w wyśmienitych humorach wszyscy bawili się do późnych godzin. Atrakcją wieczoru był pokaz sztucznych ogni. Z okazji obchodów 5-lecia mieszkańcy miasta i okolic mieli możliwość wykonania bezpłatnego badania krwi w oddziale hematologicznym pod hasłem „Białaczka sprawdź czy nie weszła ci w krew” przy współudziale fundacji U. Jaworskiej oraz konsultacji specjalistycznych w zakresie kardiologii, pulmonologii, ortopedii i chirurgii dziecięcej.



Pielęgniarka Naczelna
mgr Anna Gieleta

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piłsudskiego 33, 22-400 Zamość

Tel./fax (084) 639-31-97, e-mail: oipipzamosc@pro.onet.pl, www.oipip.home.pl

Czynne: poniedziałek - piątek 8.00-16.00

Nr konta bankowego 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430

Rejestr pielęgniarek i położnych Tel. (084) 639-07-06

Dyżury:

Radca prawny: każdy wtorek godz. 10.00 -14.00

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej: I i III wtorek miesiąca godz. 13.00 - 14.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych: I wtorek miesiąca godz. 14.00-15.00

Z prac Okręgowej Rady i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

17 lipiec – posiedzenie Prezydium ORPiP w Zamościu - podjęto uchwały:

- stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpis na listę członków OIPIp w Zamościu wpis na listę członków OIPIp w Zamościu pielęgniarek przybyłych z innego terenu – 1 pielęgniarka
- skreślenia z listy członków OIPIp w Zamościu - 1 pielęgniarka
- przyznanie zapomóg losowych dla członków samorządu
- wytypowanie przedstawicieli Okręgowej Rady do składu komisji konkursowej

21 sierpnia 2009 - posiedzenie Prezydium ORPiP w Zamościu – podjęto uchwały:

- wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- wyrażenia zgody na przeszkolenie pielęgniarki po przerwie w wykonywaniu zawodu
- skreślenia z listy członków OIPIp w Zamościu – 3 pielęgniarki
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków OIPIp w Zamościu
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków OIPIp w Zamościu,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu na listę członków OIPIp w Zamościu,

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej wpisu na listę członków OIPIp w Zamościu,
- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej wpisu na listę członków OIPIp w Zamościu,
- wymiany prawa wykonywania zawodu
- wpisu na listę członków OIPIp w Zamościu pielęgniarki przybyłej z innego terenu – 1 pielęgniarka
- przyznania zapomóg losowych dla członków samorządu
- przyznania pomocy finansowej dla członka innej Izby
- dofinansowania kosztów przejazdu na pikietę do NFZ w Lublinie
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIp w Zamościu
- dofinansowania kosztów specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa pediatrycznego i epidemiologicznego
- zorganizowania i sfinansowania konferencji dla położnych
- dofinansowania szkolenia dla pielęgniarek pracujących na stanowisku dyspozytora medycznego
- sfinansowania kosztów szkolenia dla Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępców
- wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składu komisji konkursowej
- Członkowie Prezydium ORPiP w dniu 21 sierpnia podjęli również dwa stanowiska w sprawie:
 - poparcia stanowiska OZZPiP Międzyzakładowej Organizacji Związkowej działającej przy SP ZOZ w Biłgoraju przeciwko likwidacji szpitala
 - poparcia działań NSZZ „Solidarność” – Zarządu Regionu Środkowowschodniego dotyczących zmiany ustawy o finansowaniu świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych

18 września 2009 - posiedzenie Okręgowej Rady podjęto uchwały w sprawie

- wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek,
- skreślenia z rejestru OIPIp w Zamościu – 1 pielęgniarka

- wpisu na listę członków OIPIP w Zamościu – 1 pielęgniarka
- sfinansowania kosztów uczestnictwa w konferencji nt "Prawa pacjenta i prawa personelu medycznego"
- dofinansowania kursu specjalistycznego z zakresu „Wykonywanie i interpretacja zapisu EKG”
- refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Zamościu
- zorganizowania i sfinansowania szkolenia dla Organów OIPIP w Zamościu nt „ Mobbing w pracy”
- przyznania pomocy finansowej dla członka innej Izby.
- przyznania zapomóg losowych dla członków OIPIP w Zamościu .
- wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składów komisji konkursowych .

Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych informuje o możliwości kształcenia pielęgniarek i położnych w ramach Projektu systemowego „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych” współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytetu II, Działania 2.3, Poddziałania 2.3.2 Doskonalenie zawodowe kadr medycznych

Beneficjent systemowy:

Ministerstwo Zdrowia - Departament Pielęgniarek i Położnych

Wykonawcy Projektu :

Uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego do prowadzenia studiów pomostowych w ramach Projektu

Cel ogólny Projektu:

- uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa/położnictwa,
- zwiększenie motywacji uczestników projektu do rozwoju kariery zawodowej i dalszego uzupełniania kwalifikacji zawodowych, np. dwuletnich studiów magisterskich,
- podniesienie poziomu samooceny na gruncie zawodowym oraz społecznym.

Do udziału w Projekcie uprawnione są pielęgniarki i położne:

- posiadające świadectwo dojrzałości,
- będące absolwentami: pięcioletnich liceów me-

dycznych, dwuletnich medycznych szkół zawodowych, dwupółletnich medycznych szkół zawodowych i trzyletnich medycznych szkół zawodowych,

- posiadające prawo wykonywania zawodu,
- zatrudnione w zawodzie pielęgniarki/położnej,
- zakwalifikowane do Projektu po rekrutacji zgodnej z kryteriami wybranej Uczelni.

Realizacja Projektu:

- uruchomiono studia pomostowe i dokonano pierwszego naboru w październiku 2008 przez 32 uczelnie wybrane w ramach postępowania przetargowego do prowadzenia studiów pomostowych w ramach Projektu , studia rozpoczęło 2909 pielęgniarek i położnych,
- dokonano kolejnego naboru w lutym 2009 przez 9 uczelni wybranych w ramach postępowania przetargowego, studia rozpoczęło 365 pielęgniarek i położnych,
- najbliższy nabór rozpocznie się w październiku 2009,
- czas trwania studiów wynosi od dwóch do pięciu semestrów, w zależności od wykształcenia zawodowego pielęgniarki/położnej,
- podmiotem odpowiedzialnym za rekrutację, termin naboru, wymagane dokumenty są uczelnie prowadzące studia pomostowe, wybrane w ramach postępowania przetargowego,
- warunki uczestnictwa w Projekcie określa umowa zawarta pomiędzy Uczelnią a uczestnikiem Projektu (pielęgniarką/położną),
- udział własny pielęgniarki/położnej we współfinansowaniu kosztów jednego semestru studiów pomostowych nie może przekroczyć 350 złotych w 2009 roku,
- dofinansowanie obejmuje pielęgniarki/położne przez cały okres studiów na wszystkich ścieżkach kształcenia,
- ostatni nabór będzie przeprowadzony w roku akademickim 2012/2013,
- zakończenie Projektu nastąpi w 2015 roku.
- **kwota przeznaczona na realizację Projektu wynosi około 180 mln złotych**

Rezultat Projektu:

- dofinansowaniem studiów pomostowych w latach 2008-2015 ma zostać objętych 24 tysiące pielęgniarek i położnych,

Informacje na temat projektu:

- www.mz.gov.pl w zakładce „Pielęgniarki i położne”.
- Ministerstwo Zdrowia, Departament Pielęgniarek

i Położnych ul. Długa 38/40, 00-238 Warszawa
tel. 22 635 58 40, fax. 22 831 21 77.

WAŻNE!

- dyplomy i świadectwa uzyskane w poprzednich systemach kształcenia pielęgniarek i położnych są ważne na terenie Polski, a ukończenie studiów pomostowych nie jest obowiązkowe,
- data graniczna kształcenia na studiach pomostowych 2010/2011 została zniesiona

Ogłoszenie współfinansowane jest przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Pismo Ministerstwa Zdrowia

w sprawie pozostawienia dotychczasowego obszaru funkcjonowania okręgowych izb pielęgniarek i położnych

MINISTERSTWO ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU

Marek Haber

Warszawa, dnia 2009r -05-20

Szanowna Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma z dnia 19 maja 2009 r. (znak NIPiP/NRPIP/DM/0055/150/09) dotyczącego art. 92 ust. 1 projektowanej ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, uprzejmie informuje, że Kierownictwo Ministerstwa podjęło decyzję o pozostawieniu dotychczasowego obszaru funkcjonowania okręgowych izb pielęgniarek i położnych.

Stosowne zmiany w projektowanej ustawie zostaną dokonane po upływie terminu przewidzianego do konsultacji społecznych (termin ten został przedłużony na wniosek Naczelnej rady do 30 czerwca 2009).

z poważaniem
PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Marek Haber

Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia na pismo zawierające postulat zmiany ustawodawstwa umożliwiający pielęgniarkom przechodzenie na emeryturę w wieku 55 lat i przepracowaniu 35 lat

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Agnieszka Chłoń-Domińczak
Podsekretarz Stanu
Warszawa, dnia 7 lipca 2009r

Szanowna Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes NRPIP

W odpowiedzi na pismo Pani Prezes z dnia 5 czerwca 2009 r. znak: NIPiP/NRPIP/DM/0055/173/09 i NIPiP/NRPIP/DM/0055/176/09, zawierające postulat zmiany ustawodawstwa w kierunku umożliwienia pielęgniarkom przechodzenia na emeryturę po ukończeniu wieku 55 lat i przepracowaniu 35 lat oraz o zaliczenia określonych prac wykonywanych przez pielęgniarki do wykazu prac o szczególnym charakterze, uprzejmie wyjaśniam co następuje.

W dniu 1 stycznia 2009 r. weszła w życie ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 237. poz 1656). w ten sposób został zrealizowany ostatni etap, rozpoczętej przed dziewięcioma laty, reformy polskiego systemu emerytalno-rentowego.

Jednym z generalnych założeń tej reformy, przyjętych jeszcze w 1998r. i sformułowanych w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39. poz. 353, z późn. zm.), było wprowadzenie jednolitego wieku emerytalnego (65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet). Przyjęta wówczas i zapisana jako norma ustawowa zasada, że powszechny wiek emerytalny w Polsce wynosi odpowiednio: 65 i 60 lat jest w pełni uzasadniona. Przemawiają za tym względy zarówno demograficzne jak i gospodarcze.

Od siedmiu lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. W skutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa. Trwającemu

od lat spadkowi dietywności towarzyszy wydłużanie się czasu trwania życia Polaków. Malejący przyrost naturalny i wzrastająca długość życia powodują starzenie się naszej ludności. Spada liczba osób w wieku produkcyjnym. Ich odsetek w populacji obniży się z 64 proc. w 2008 r. do 50,4 proc. w 2050 r., co przełoży się na znaczący wzrost współczynnika obciążenia demograficznego (z 56 osób w 2001 r. do 98 w 2050r).

Zmiany te, o ile nie będzie towarzyszył im znaczący wzrost zatrudnienia (w szczególności osób starszych), bardzo szybko mogą doprowadzić do spadku oraz dynamicznego wzrostu liczby osób korzystających z różnego typu świadczeń z systemu pomocy i zabezpieczania społecznego. W efekcie będzie rosła presja na system podatkowy i finanse publiczne, co doprowadzić może do wzrostu kosztów pracy, fiskalizmu i spadku potencjału gospodarczego.

Te niekorzystne zmiany demograficzne wpływają bezpośrednio na sytuację w systemie ubezpieczenia społecznego. Pogarsza się relacja liczby osób opłacających składki na ubezpieczenia społeczne do liczby pobierających emerytury i renty, co wpływa na pogłębienie się deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych.

Należy także pamiętać, że jedną z głównych zasad zreformowanego w 1999r. systemu ubezpieczeń społecznych jest zasada równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, płacących jednakową składkę na ubezpieczenia emerytalne. Respektowanie tej zasady oznacza ujednoczenie warunków przyznawania i obliczania świadczeń. w Powszechnym systemie emerytalnym oznacza to, iż świadczenia emerytalne wszystkich ubezpieczonych, którzy płacili taką samą składkę, będą jednakowe.

Mając powyższe na względzie, należy stwierdzić, że zgłoszony w piśmie postulat zmiany ustawodawstwa umożliwi pielęgniarce przechodzenia na emeryturę po ukończeniu wieku 55 lat i przepracowaniu co najmniej 35 lat, jako sprzeczny z celami reformy ubezpieczeń społecznych i nieuwzględniający pogarszającej się sytuacji demograficznej, nie może zostać zrealizowany.

Odnosząc się z kolei do postulatu zaliczania określonych prac wykonywanych przez pielęgniarki do wykazu prac o szczególnym charakterze, pragnę podkreślić, że przy tworzeniu przez ekspertów z zakresu medycyny pracy i ochrony pracy wykazu

prac o szczególnym charakterze, stanowiącego załącznik nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, obowiązywała zasada, iż wykaz ten ma obejmować wszystkie rodzaje prac, które spełniają ustawowe kryteria pracy o szczególnym charakterze. Ta zasada w całej pełni obowiązywała również przy analizie prac wykonywanych przez pielęgniarki.

W takim razie za prace wykonywane przez pielęgniarki, które spełniają przyjęte w art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych kryteria pracy o szczególnym charakterze, można uznać jedynie te prace, które mogą być zaliczone do rodzajów prac wymienionych w pkt 22 - 24 zał. nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, a więc:

- prac personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekłe psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728, z późn. zm.),
- prac personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia
- psychicznego (Dz. U. z 1994r Nr 111, poz 535, z późn. zm.),
- prac personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru.

Sekretarz Stanu
Jarosław Duda

Informacja Ministerstwa Zdrowia o powołaniu Zespołu do spraw opracowania sposobu ustalenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej

Uprzejmie informuję, że zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009r. Powołano Zespół do spraw opracowania sposobu ustalenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.

Zadaniem Zespołu będzie opracowanie projektu:
„Sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnie-

nia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej”.

Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2009 r. w sprawie powołania zespołu do Spraw Opracowania Sposobu Ustalenia Norm zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej

Na podstawie art. 7 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996r. o Radzie Ministrów (Dz. U. z 2003 r Nr 24, poz. 199, z późn. zm) zarządza się co następuje.

§1.

1. Powołuje się Zespół do Spraw Opracowania Sposobu Ustalenia Norm zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej, zwany dalej „Zespołem”, jako organ opiniodawczo-doradczy Ministra Zdrowia. 2. Do zadań Zespołu należy opracowanie projektu „Sposobu Ustalenia Minimalnych Norm zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki zdrowotnej”. 3. Przed powołaniem Zespołu, osoby wymienione w § 2 pkt 2 lit. a-k wyrażają zgodę na udział w pracach Zespołu

§2

W skład Zespołu wchodzi:

- 1) Przewodnicząca Zespołu - Jolanta Skolimowska – Zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia;
- 2) Członkowie Zespołu:
 - a) prof. dr hab. Anna Ksykiewicz - Dorota,
 - b) dr Grażyna Kruk- Kupiec - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa,
 - c) Leokadia Jędrzejewska - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno- położniczego
 - d) dr Danuta Dyk - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki,
 - e) dr Anna Koper - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego,
 - f) dr Bogumiła Kowalczyk Sroka - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa,
 - g) mgr Elżbieta Garwacka- Czachor - Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,
 - h) dr Mariola Bartusek - Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach,
 - i) Krystyna Ptok - Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
 - j) Janina Zaroś - Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,

k) Michał Bedlicki - Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

l) Jolanta Jabłońska - główny specjalista w Departamencie Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

§3

1. Pracami Zespołu kieruje Przewodniczący Zespołu. Do zadań Przewodniczącego Zespołu należy w szczególności:

- 1) zwoływanie posiedzeń Zespołu;
 - 2) ustalanie porządku dziennego posiedzenia Zespołu;
 - 3) prowadzenie posiedzeń zespołu;
 - 4) planowanie i organizacja pracy Zespołu;
 - 5) wyznaczanie Zastępcy Przewodniczącego Zespołu i Sekretarza Zespołu;
 - 6) reprezentowanie Zespołu na zewnątrz;
 - 7) powołanie grup roboczych;
 - 8) informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia o bieżącej działalności Zespołu.
2. Zastępca Przewodniczącego Zespołu oraz Sekretarz Zespołu pełnią swą funkcję stale.

3. W przypadku nieobecności Przewodniczącego Zespołu zadania określone w ust. 1 wykonuje zastępca Przewodniczącego Zespołu
4. Zespół działa na posiedzeniach.

1. Zespół zakończy swoją działalność po zaakceptowaniu projektu „Sposobu Ustalenia Minimalnych Norm zatrudnienia Pielęgniarek i Położnych w Zakładach Opieki Zdrowotnej” przez Ministra Zdrowia.
2. Przewodniczący Zespołu przedstawi Ministrowi Zdrowia projekt, o którym mowa w ust. 1, za pośrednictwem członka Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia nadzorującego prace Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

§6

1. Obsługę organizacyjno- administracyjną Zespołu zapewnia Departament Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.
2. Członkowie Zespołu nie otrzymują wynagrodzenia z tytułu udziału w pracach Zespołu.
3. Koszty związane z finansowaniem prac Zespołu, w tym Koszty podróży jego członków pokrywane są z budżetu państwa z części 46 - Zdrowie, działu 851 - Ochrona Zdrowia, rozdział 85195- Pozostała działalność, z części pozostającej w dyspozycji Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

§7

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia
Ewa Kopacz

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego w sprawie podawania Debecyliny dzieciom do 18 r. życia w warunkach ambulatoryjnych

Debecylina może być stosowana w leczeniu otwartym, również u dzieci powyżej 12 m-ca życia (Kompendium leków). Pielęgniarka może na zlecenie lekarza podać debecylinę dzieciom w wieku pow. 12 m-ca życia do 18 r.ż., w warunkach ambulatoryjnych, w gabinecie zabiegowym. Należy jednak zachować szczególną ostrożność z uwagi na możliwe skutki uboczne. Po podaniu debecyliny mogą wystąpić odczyny uczuleniowe o różnym nasileniu objawów od łagodnych po ciężkie t.j. wstrząs anafilaktyczny. Zatem gabinet zabiegowy powinien być wyposażony w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy. Jednostka POZ powinna posiadać opracowaną listę leków, materiałów i sprzęt niezbędny w nagłych przypadkach, który powinien być dostępny w miejscu udzielania świadczeń, czyli w gabinecie zabiegowym. Nie ma potrzeby, aby w zestawie tym był respirator (jak to napisała autorka wystąpienia). Wskazany byłby natomiast defibrylator, worek AMBU itp. oraz łączność z pogotowiem. Pielęgniarka powinna posiadać aktualne przeszkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo - oddechowej i udzielania pomocy oraz znać procedurę postępowania do czasu przyjazdu karetki pogotowia.

Podanie debecyliny powinno być poprzedzone wykonaniem próby uczuleniowej (którą również zleca lekarz). Pielęgniarka podająca debecylinę powinna zwrócić szczególną uwagę na technikę przygotowania leku i podania (rozpuszczenie, miejsce podania, aspiracja).

Z uwagi na częstotliwość pytań kierowanych do mnie o podawanie debecyliny, o uprawnienia pielęgniarek do podawania debecyliny, podkreślam, że każda pielęgniarka posiada uprawnienia do podawania leków drogą domięśniową (na zlecenie lekarskie). Pielęgniarki powinny przed podaniem leku zapoznać się z kartą charakterystyki produktu, bądź tzw. „ ulotką informacyjną” dołączoną do leku. W wyposażeniu gabinetu powinien znajdować się katalog „ Kompendium leków” z którego należy korzystać przed podaniem leku, aby zapoznać się ze wskazaniami, przeciwwskazaniami, działaniami niepożądanymi, interakcjami oraz sposobem podania leku. Każda pielęgniarka realizująca świadczenia w gabinecie zabiegowym powinna posiadać.

ukończony kurs z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz coroczne szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy.

Krajowy Konsultant w
Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Dr n med. Krystyna Piskorz- Ogórek

Olsztyn, 06.01.2009 r

Opinia Krystyny Piskorz-Ogórek Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego w sprawie zwiększających się wydatków ponoszonych przez praktyki pielęgniarstwie na zakupy leków do stosowania dla uczniów w środowisku nauczania i wychowania

W odpowiedzi na pismo z dnia 19.11.2008r., OIPIP/251/08, w sprawie zwiększających się wydatków ponoszonych przez praktyki pielęgniarstwie na zakupy leków do stosowania dla uczniów w środowisku nauczania i wychowania, przedstawiam następującą opinię:

Zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania powinny mieścić się w obszarze profilaktycznej opieki zdrowotnej zgodnie z § 7 Rozporządzeniem MZ z 22 XII 2004r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

W w/w obszarze nie mieści się leczenie dzieci, a tylko udzielenie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc. Dziecko chore powinno być przez pielęgniarkę skierowane do lekarza rodzinnego po uprzednim zawiadomieniu Rodziców i wychowawcy klasy bądź Dyrektora.

Nadużywanie podawania uczniom leków przeciwbólowych nie jest wskazane, z powodu chociażby podłoża psychosomatycznego, bądź też niewłaściwego odżywiania (braku kanapek, braku śniadania itp.). Zwracam ponadto uwagę na zał. nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7.11.2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zalecenia lekarskiego, który to

określa wykaz leków do których podania bez zalecenia upoważniona jest pielęgniarka.

Dyrekcja szkoły powinna zapewnić uczniom na terenie szkoły możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej wraz z jego wyposażeniem jak również apteczkę. Pielęgniarka nie może jednak podawać uczniom leków, które nie są ujęte w/w Rozporządzeniu, a opisane w Pani Przewodniczącej piśmie naciski dyrektorów szkół i nauczycieli na pielęgniarkę są nieuprawnione i bezprawne, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania uprawniona jest do realizacji takich świadczeń, na które zezwala prawo. Każdy fakt podania dziecku w szkole leku powinien być udokumentowany, a także o powyższym fakcie powinni być powiadomieni Rodzice. W zeszycie porad ambulatoryjnych należy odnotować który z rodziców został powiadomiony.

Pragnę zwrócić uwagę na kwestię edukacji zdrowotnej również nauczycieli grona pedagogicznego. Pielęgniarka jest uprawniona do tego typu działań. Może również zaprosić specjalistę, który omówi negatywne skutki powszechnego stosowania leków przeciwbólowych w szkole.

LIST OTWARTY

do uczestników X Ogólnopolskiego Sympozjum „Blok operacyjny-organizacja funkcjonowanie”-Warszawa 4-5 czerwca 2009

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO.

Sz. Pan

Prof.dr hab.n.med Krzysztof Bielecki

Od czasu objęcia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, napływają do mnie niepokojące informacje związane z niepoprawną organizacją pracy w strukturach bloków operacyjnych, niezgodną z zasadami prewencji zakażeń szpitalnych.

Zgłaszane problemy dotyczą:

- zastępowania pielęgniarki operacyjnej pomagającej przez salową lub sprzątaczkę
- zbyt małej ilości pielęgniarek operacyjnych w stosunku do liczby przeprowadzanych zabiegów
- kierowania dyżurujących na bloku pielęgniarek operacyjnych do pracy w innych

oddziałach szpitala, w tym o charakterze zakaźnym

W świetle obowiązujących przepisów wykonywanie czynności pielęgniarki operacyjnej pomagającej przez salowe lub sprzątaczkę jest niezgodne z przepisami prawa i nieprawidłowe ze względów epidemiologicznych. Osoby zatrudnione na stanowiskach salowych i sprzątaczek w strukturach bloku operacyjnego nie posiadają kwalifikacji i uprawnień do wykonywania czynności, które może wykonać tylko pielęgniarka operacyjna.

Wszystkie czynności i zadania pielęgniarki operacyjnej pomagającej wykonane przez nieuprawnione do tego osoby są obarczone poważnym ryzykiem błędów takich jak kontaminacja bakteryjna, nieprawidłowe postępowanie z narzędziami po zabiegu, niewłaściwe przygotowanie środków dezynfekcyjnych, niezgodna z zasadami aseptyki pomoc w ubieraniu zespołu operacyjnego i wielu innych.

Należy podkreślić, iż rolą personelu pomocniczego jest utrzymanie czystości na poziomie zgodnym z aktualnymi wymogami sanitarno-higienicznymi.

Wszyscy pracownicy bloku operacyjnego powinni mieć jasno sprecyzowane zadania, uprawnienia i odpowiedzialność, które powinny być zdefiniowane w opisie stanowiska. Jeżeli w programach kształcenia zawodu sanitariusz szpitalny znajdują się pewne czynności zaakceptowane przez kierownictwo bloku operacyjnego sanitariusz szpitalny może zostać włączony do pomocy personelowi pielęgniarskiemu. Jest to zawód, który znakomicie uzupełnia kadre personelu bloku operacyjnego.

Biorąc pod uwagę bezpieczeństwo pacjentów i przestrzeganie zasad wynikających z pielęgniarstwa operacyjnego, do zabiegu operacyjnego powinny asystować dwie pielęgniarki operacyjne, w tym jedna pomagająca. Taki właśnie model należy propagować i utrzymywać w zakładach opieki zdrowotnej jako gwarant jakości świadczeń.

Kultura i organizacja pracy w polskich blokach operacyjnych nie mogą się pogarszać w wyniku błędnych decyzji organizacyjnych i przydzielania czynności osobom, które w żaden sposób nie są do tego przygotowane.

z poważaniem
Beata Ochocka

Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarkom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarskiej w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne.

Katowice, dnia 22.12.2008 r.

W świetle wiedzy na temat zakażeń szpitalnych zawartej między innymi w podstawach nauki pielęgniarstwa epidemiologicznego, współczesny szpital jest miejscem szczególnym. Mimo postępu i wdrożenia nowoczesnych metod ograniczania ryzyka ich występowania, zakażenia szpitalne są nadal przyczyną zachorowalności chorych i personelu.

Z tego powodu w ostatnich latach w polskich szpitalach wprowadzono między innymi rejestrację i monitoring niebezpiecznych drobnoustrojów chorobotwórczych. Jednym z podstawowych elementów programów kontroli zakażeń szpitalnych jest stale aktualizowana wiedza i świadomość personelu medycznego oraz kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia. W ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach, ustawodawca zobowiązał kierownika zakładu opieki zdrowotnej do odpowiedzialności za bezpieczeństwo sanitarno-epidemiologiczne placówki, chorych i personelu.

Kierownik zakładu odpowiedzialny jest za wdrożenie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami.

Zapobieganie zakażeniom w złożonym epidemiologicznie środowisku szpitalnym, opiera się na zrozumieniu sposobu szerzenia się drobnoustrojów chorobotwórczych i możliwości przerwania łańcucha epidemiologicznego. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i oddział dziecięcy dochodzi do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu jest krzyżowy i niebezpieczny w aspekcie epidemiologicznym. Podjęta w opisanym przypadku decyzja administracyjna powoduje w świetle zasad epidemiologicznych wzrost narażenia populacji chorych dzieci na patogeny, których źródłem może być skolonizowany personel

bloków operacyjnych. Zwiększone ryzyko transmisji zakażeń wewnątrzszpitalnych działa także w odwrotnym kierunku. W oddziałach dziecięcych występują biegunki wirusowe, bardzo trudne do opanowania, a zarazem bardzo łatwe do przeniesienia. Tak więc jest możliwość przeniesienia takich infekcji w obszar bloku operacyjnego. Pomimo stosowania przez pielęgniarkę instrumentariuszkę zabezpieczeń, mycia rąk, zakładania odzieży nie można wykluczyć, że nie dochodzi do powstawania krzyżowych infekcji szpitalnych.

Wniosek:

Pielęgniarki dyżurujące na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad dziećmi w oddziale dziecięcym w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

Dla ilustracji problemu i uzasadnienia podjętej opinii podaję kilka przykładów:

1. Wysoki, sięgający 50% odsetek nosicielstwa gronkowców obserwowany jest u pracowników służby zdrowia. Wykazano, że nosicielstwo gronkowca złocistego jest kilkakrotnie większe u anestezjologów, chirurgów, pielęgniarek instrumentujących do zabiegów i pielęgniarek anestezjologicznych. Najczęściej zakażenie to jest przenoszone przez kontakt bezpośredni, ale także drogą powietrzną. Gronkowce mogą powodować epidemie szpitalne, zdolność kolonizacji pacjentów i personelu oraz przetrwanie w środowisku szpitala jest zależne od wielu czynników. EMRSA (epidemiczne szczepy gronkowca złocistego metycylinoopornego) są łatwo przenoszone między oddziałami, kolonizują osoby w poważnym stanie choroby, a także matki dzieci. Cenne są badania przesiewowe u personelu wykonywane wyłącznie ze wskazań epidemiologicznych. Gronkowce złociste kolonizują nie tylko nozdrza, ale także gardło i w przypadku nosicielstwa u personelu mogą być źródłem zakażenia podopiecznych.

2. Dużym zagrożeniem w szpitalach są paciorkowce. Rezerwuarem może być zarówno personel jak i małe dzieci, u których nosicielstwo sięga 15-20%. Źródłem zakażeń paciorkowcem ropnym miejsca operowanego może być członek zespołu operującego. 3. Kolejnym przykładem niebezpiecznych zakażeń przenoszonych różnymi drogami (nie tylko drogą kontaktową) są infekcje szpitalne wywołane dwoinką zapalenia płuc. Zakażenie te są częste u dzieci i szerzą się drogą kropelkową.

4. Poprzez ręce personelu szerzą się zarówno

zakażenia epidemiczne oraz endemiczne Pałeczki Gram (-) przeżywają na skórze dłoni do dwóch godzin, ale zdarza się także ich długotrwałe nosicielstwo nawet do 6 tygodni! Nie zawsze możemy liczyć na bezwzględne przestrzeganie procedury dekontaminacji rąk,

Z cytowanych w literaturze badań wynika, że nawyki personelu nadal nie są najlepsze, w 50% przypadków personel nie przestrzega zasady mycia rąk przed kontaktem z chorym! W obliczu opisanej sytuacji można także zadać pytania natury organizacyjno-prawnej: Jak przygotowana do pracy na oddziale dziecięcym jest instrumentariuszka?

Czy instrumentariuszka wracając do zabiegu na blok zdąży na czas właściwie przygotować salę operacyjną? Kto poniesie odpowiedzialność za ewentualne błędy? Jak zapisana jest odpowiedzialność i uprawnienia pielęgniarki instrumentariuszki bloku i jej uprawnienia do pracy w oddziale dziecięcym? Jak zabezpieczone są dzieci kiedy instrumentariuszka asystuje do operacji?

Regulamin porządkowy szpitala określa przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach organizacyjnych. W regulaminie muszą znajdować się zapisy o organizacji i zadaniach poszczególnych jednostek organizacyjnych zakładu opieki zdrowotnej, w tym zakresy czynności pracowników oraz warunki współdziałania między tymi jednostkami dla zapewnienia sprawności funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej pod względem leczniczym, administracyjnym i gospodarczym.

Reasumując:

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń i bezpieczeństwa chorych i personelu, a prawdziwy rozwój i postęp wiedzy o zakażeniach nadal opiera się na zasadzie dobrowolności i zrozumienia decyzji i działań kadry zarządzającej zakładu opieki zdrowotnej.

Konsultant Krajowy w dziedzinie
pielęgniarstwa epidemiologicznego
(-) Beata Ochocka

Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny pracy dr n. med. Ewa Wągrowaska-Koski

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes NIPiP

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na Pani pismo z dn. 3 marca 2009r., znak NIPiP/XVI 1/66/09. pozwolę sobie zauważyć, iż wniosek o wystąpienie do Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi o wpisanie do wykazu chorób zawodowych wirusowego zapalenia wątroby typu C i uznanie tej jednostki za chorobę zawodową, wśród pracowników służby zdrowia nie znajduje uzasadnienia z trzech powodów:

1. Wirusowe zapalenie wątroby znajduje się w obowiązującym wykazie chorób zawodowych stanowiącym załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 lipca 2002r. w sprawie wykazu chorób zawodowych, - szczegółowych zasad postępowania w sprawach zgłaszania podejrzenia, rozpoznawania i stwierdzania chorób zawodowych oraz podmiotów właściwych w tych sprawach. (Dz.U.Nr 132, poz. 1115). Omawiana jednostka chorobowa jest ujęta w punkcie 26.1 wykazu i dotyczy wszystkich wirusów hepatotropowych. Co więcej, w 2007 roku rozpoznano 116 chorób zawodowych pod postacią WZW typu C oraz 45 pod postacią WZW typu B. Należy dodać, że w zdecydowanej większości zostały one rozpoznane właśnie u personelu medycznego. Dlatego też zupełnie niezrozumiałe są dla mnie zapytania środowiska pielęgniarskiego i położniczego, na które powołuje się Pani w swoim piśmie, o braku uznania wirusowego zapalenia wątroby typu C za chorobę zawodową.

2. Obowiązujący wykaz chorób zawodowych nie jest wykazem branżowym i uznanie choroby za zawodową zależne jest od stwierdzenia w konkretnym środowisku pracy czynnika, zawodowego. Zgodnie z art 237 §1. ustawy Kodeksu Pracy to Rada Ministrów jest właściwa do określenia w drodze rozporządzenia, między innymi chorób zawodowych.

z poważaniem
Konsultant Krajowy
w dziedzinie medycyny pracy
dr n. med. Ewa Wągrowaska-Koski

Stanowisko nr 27 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 czerwca 2009 roku w sprawie przywrócenia zadań pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuję do Prezesa Rady Ministrów, Ministra Zdrowia, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do przywrócenia zadań pielęgniarki rodzinnej (środowiskowo-rodzinnej) i położnej rodzinnej (środowiskowo-rodzinnej) w podstawowej opiece zdrowotnej finansowanej z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, przypisanych w/w podmiotom od czasu wprowadzenia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce w roku 1999, a związanych z planowaniem i realizacją kompleksowej opieki pielęgniarskiej (i odpowiednio pielęgniarskiej opieki położniczo-ginekologiczno-neonatologicznej) nad jednostką, rodziną, społecznością w środowisku zamieszkania (przebywania pacjenta).

Uzasadnienie:

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa, że obecne regulacje wprowadzane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zmieniają rolę i zadania pielęgniarek i położnych rodzinnych w strukturach ochrony zdrowia, kładąc nacisk na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w miejscu świadczeniodawcy.

Należy podkreślić, że podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundamentalne ogniwo pierwszego kontaktu jednostki i rodziny z systemem opieki zdrowotnej i jest ona częścią systemu ochrony zdrowia, zapewniającą zdrowym i chorym w miejscu zamieszkania (przebywania), w warunkach ambulatoryjnych, świadczenia zdrowotne zorientowane na promocję i profilaktykę zdrowotną, diagnostykę schorzeń, leczenie, rehabilitację oraz pielęgnację redukującą zdrowotną, a także orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia oraz koordynację dalszej opieki medycznej, w celu uzyskania możliwie optymalnego postępowania zdrowotnego i zapewnienia bezpieczeństwa podopiecznym.

Sekretarz NRPI
Tomasz Niewiadomski

Odpowiedź Podsekretarza Stanu Pana Marka Habera

Warszawa 2009-07-10

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma znak: NRPIP /NRPIP / DS./002/141-4/09 z dnia 2 lipca 2009r., zawierającego w załączeniu „Stanowisko NRPIP z dnia 17 czerwca 2009r. w sprawie przywrócenia zadań pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej w podstawowej opiece zdrowotnej”, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zakres zadań realizowanych przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U.Nr 214 poz. 1816). wydane na podstawie art. 55 ust. 6 z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2008r. Nr 164, poz 1027, z późn. zm).

Wymagania wobec świadczeniodawców, konieczne do spełnienia w przypadku ubiegania się o zawarcie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia określa zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 105/2008/DSOZ z dnia 5 listopada 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (z późn. zm.) oraz przepisy odrębne, adekwatne do formy organizacyjnoprawnej świadczeniodawcy, w ramach której udziela on świadczeń opieki zdrowotnej (zakład opieki zdrowotnej, indywidualna lub grupowa praktyka lekarska, pielęgniarska, położnej). Natomiast wymagania kwalifikacyjne pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej określa art. 5 pkt 25 i 28 ww. ustawy. Jednocześnie nadmieniam, że pielęgniarka/położna posiadająca kwalifikacje w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego także może wykonywać świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej i położnej poz. wyznaczają potrzeby zdrowotne populacji objętej opieką przez pielęgniarkę i położną, na podstawie przyjętych przez świadczeniodawcę deklaracji wyboru.

Cytowane powyżej zarządzenie w § 3 ust. 3 wskazuje merytoryczne zakresy świadczeń, które mogą być przedmiotem wniosku i umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowot-

na pielęgniarka i położna rodzinna ma możliwość realizacji zadań z wykorzystaniem wiedzy i umiejętności właściwych dla tej dziedziny pielęgniarstwa.

Przyjęte na 2009 rok zasady określające warunki zawierania i realizacji umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna nie kolidują z przepisami obowiązujących aktów prawnych.

Ponadto informuję, iż przeprowadzone przez ministra zdrowia postępowanie wyjaśniające w sprawie badania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 105/2008/DSOZ z dnia 5 listopada 2008 r, nie stwierdziło nieważności przedmiotowego zarządzenia. Reasumując uprzejmie informuję, że wprowadzenie zmian legislacyjnych polegających na wyodrębnieniu pielęgniarki rodzinnej i położnej rodzinnej powinno zostać poprzedzone zarówno analizą obecnego funkcjonowania systemu w tym zakresie, jak i skutków wprowadzenia zmian. W ocenie Ministerstwa Zdrowia funkcjonujące zakresy świadczeń realizowane przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej spełniają wymogi określone przepisami i zabezpieczają usługi zdrowotne dla osób korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

z poważaniem
Marek Haber

Pismo z dnia 5 sierpnia 2009 roku kierowane do Pana Jacka Paszkiewicza- Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w sprawie zawierania umów z pielęgniarkami, które złożyły w I półroczu 2009 roku wnioski o zawarcie umów na realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, dnia 5 sierpnia 2009r

Pan Jacek Paszkiewicz
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie

Zarządzenie Nr 36/2009/DSOZ/ Prezesa Naro-

dowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 lipca 2009r zmieniające zarządzenie w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w sposób istotny zmienia zasady finansowania świadczeń pielęgniarki poz, poprzez pozostawienie wyłącznie stawki kapitacyjnej § 2 ust 1 Przedmiotowego zarządzenia umożliwia utrzymanie zadaniowej formy świadczeń w zakresie poz, wyłącznie w stosunku do umów zawartych przed dniem 1 sierpnia 2009r. Art. 159 ust. 1 z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz 1027 z poźn. zm.) stanowi, że przepisów art 136 pkt 5 dotyczącego obowiązku określania w umowie kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy oraz przepisów nakazujących przeprowadzenie konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

W myśl ust. 2 powołanego wyżej art. 159, NFZ zawiera umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ma ustawowy obowiązek zamieszczenia na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, oraz udostępnienia w siedzibie tego oddziału informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na które przeprowadza się konkurs ofert lub rokowań.

Pan Prezes, realizując obowiązek ustawowy wynikający z art. 102 ust 5 pkt 21 i 25, art. 146 ust 1. pkt 1 i 3 oraz 159 ust 2 ustawy, określił w zarządzeniu nr 105/2008/DSOZ warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. postanowienia niniejszego zarządzenia stanowią, co następuje:

- i) umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w § 3 ust. 2 zawiera się ze świadczeniodawcą, spełniającym warunki do zawarcia umowy określone w zarządzeniu (§ 3 ust. 1 zarządzenia);
- 2) warunkiem zawarcia umowy jest:
 - a) spełnienie przez wnioskującego wymogów określonych w odrębnych przepisach i niniejszym

zarządzeniu, b) złożenie wniosku wraz z wymaganymi zarządzeniem dokumentami i oświadczeniem (§ 42 zarządzenia); 3) wnioskujący składa wniosek którego wzór stanowi załącznik nr 20 do zarządzenia do oddziału Funduszu właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń, w sposób określony przez ten oddział funduszu. Wnioski o zawarcie umów mogą być składane w ciągu całego roku kalendarzowego. Wnioski składać należy do dnia 10 każdego miesiąca. Złożone prawidłowo wnioski rozpatrzone będą w czasie umożliwiającym zawarcie umowy od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego. Jeżeli wnioskujący składa wniosek drogą pocztową, uważa się, że termin został zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (data nadania) nie jest późniejsza niż data 10 dnia danego miesiąca, w którym składany jest wniosek (§ 43 ust. 1-3 zarządzenia);

4) zgodnie z postanowieniami § 53 zarządzenia, po rozpatrzeniu wniosku i dokonaniu oceny spełnienia przez wnioskującego warunków zawarcia umowy oddział Funduszu:

a) w przypadku pozytywnej oceny - przesyła wnioskującemu do podpisania umowę, wskazując termin jej podpisania,

b) w przypadku negatywnej oceny - przesyła wnioskującemu w formie pisemnej swoje rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

Przytoczone powyżej regulacje prawne, wskazują jednoznacznie, że dyrektor oddziału Funduszu ma obowiązek zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ponadto, żaden przepis zawarty w rozporządzeniach wykonawczych do ustawy jak również żadne postanowienie zarządzeń Pana Prezesa nie uprawniają Narodowego Funduszu Zdrowia (dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu) do nieprzyjmowania wniosków o zawarcie umowy, której przedmiotem są świadczenia zdrowotne w podstawowej opiece zdrowotnej lub odmawiania zawarcia umowy ze świadczeniodawcą takiej umowy, jeżeli świadczeniodawca spełnia warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa NFZ w formie zarządzeń.

Powyższe przepisy, uwzględniając fakt, iż umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna zawierane są bez konieczności przeprowadzenia konkursu ofert lub rokowań, wskazują jednoznacznie na obowiązek zawarcia takiej umowy przez dyrektora oddziału Funduszu w przypadku, gdy wnioskodaw-

ca spełnia wszystkie wymogi wynikające z przepisów prawa oraz złożył prawidłowo wniosek.

Zamieszczanie na stronach internetowych poszczególnych oddziałów Funduszu komunikaty o wstrzymaniu przyjmowania wniosków o zawarcie umów w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie: świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej finansowane metodą zadaniową, stanowią przykład rażącego naruszenia prawa przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Uwzględniając powyższe zwracam się do Pana Prezesa o udzielanie odpowiedzi na następujące pytanie, czy w sytuacji, gdy przewiduje się do końca 2009 r. utrzymanie zadaniowej formy finansowania, oddziały wojewódzkie NFZ będą zawierały umowy z podmiotami, a które to podmioty prawidłowo złożyły wnioski we „wstrzymanych” postępowaniach, a które to podmioty spełniają wymogi formalno -prawne.

W obliczu przedstawionych powyżej problemów zwracam się również o wyjaśnienie, jaka moc wiążąca posiadają komunikaty zamieszczone na stronach internetowych poszczególnych oddziałów NFZ o stosunku do wprowadzanych w życie na podstawie przepisów prawa zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

Prezes Elżbieta Buczkowska

**LIST OTWARTY
Elżbiety Buczkowskiej
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych
w sprawie DPS**

Szanowni Państwo.

Jako prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowczo muszę wypowiedzieć się w sprawie sytuacji mieszkańców domów pomocy społecznej, osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnego życia. Na stronach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia dla świadczeniodawców PÓZ zostały zamieszczone komunikaty o wstrzymaniu rozpatrywania nowych wniosków o zawarcie umów w zakresie pielęgniarstwa opieki środow-

iskowej, finansowanej metodą zadaniową. Stwierdzam z pełnym przekonaniem, że podjęcie takiej decyzji godzi nie tylko w interes pacjentów, ale również stanowi przykład niestabilnego stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia wobec nowych podmiotów gospodarczych (świadczeniodawców). Jest przy tym przykładem bezpodstawnego naruszenia zasady zawierania umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Odmowa zawierania umów przez NFZ na pielęgniarską opiekę środowiskową (co przecież odbywa się przy akceptacji Ministra Zdrowia) przynosi konkretną szkodę pacjentom z wymienionych grup. Przyczynia się także do postępującej destrukcji opieki zdrowotnej, którą państwo powinno zapewnić obywatelom, i stopniowo eliminuje pielęgniarki jako podmioty gospodarcze w podstawowej opiece zdrowotnej.

Usunięcie kadry pielęgniarskiej z DPS-ów, czyli z miejsca zamieszkania pacjentów, pociągnie za sobą nieodwracalne skutki zdrowotne i znacząco podroży koszty leczenia szpitalnego w każdym przypadku zaniedbań. Zaniedbania najczęściej będą skutkiem braku profesjonalnie przygotowanej kadry pielęgniarskiej, która powinna wykonywać świadczenia zdrowotne, opiekuńcze i rehabilitacyjne zgodnie z potrzebami zdrowotnymi. Stała opieka pielęgniarska jest nie tylko tańszą formą zabezpieczenia zdrowotnego, ale najbliższą człowiekowi i najbardziej ludzką. Należy zauważyć, że jest liczna grupa pielęgniarek i położnych, które zarejestrowały własne firmy.

Zachęcane, nierzadko wręcz zmuszane do podjęcia działalności gospodarczej i pracy na własny rachunek ponosiły niemałe nakłady finansowe, zrezygnowały z pracy na etacie. Są przygotowane, aby wykonywać zawód w różnych formach organizacyjnych na rzecz mieszkańców DPS. Decyzja Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiona w komunikatach zamyka im drogę do wykonywania zawodu, pozbawia środków utrzymania. Oburza, ponieważ pogwałca wiążące ustalenia. Trudno potraktować to inaczej, niż jako przejaw dyskryminacji pielęgniarek, jakich zresztą obserwujemy coraz więcej. Powinno to być przedmiotem dyskusji społecznej i parlamentarnej, a także rozmów z rządem.

Zwracam się do wszystkich organów władzy publicznej: Premiera Rządu RP, wojewodów, organów samorządu terytorialnego: marszałków wojewódz-

tw, prezydentów i burmistrzów miast, starostów i wójtów. Skończmy z naiwną wiarą, że państwo gwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i równy dostęp do opieki zdrowotnej. Powstrzymajmy falę prywaty, politykę podporządkowującą doraźnym interesom żywotne decyzje dotyczące zdrowia obywateli. Kto zyskał na permanentnych reformach ministrów? Na pewno nie pacjent - szczególnie przewlekle chory, niezdolny do samodzielnego życia, stary i niepełnosprawny. Nie zyskały też pielęgniarki i położne jako grupa zawodowa. Wręcz przeciwnie, dyskryminuje się je za przedsiębiorczość, własne zdanie i domaganie się respektowania swoich praw. Arogancja rządzących, niechęć do rozmów o wzmocnieniu opieki świadczonej przez pielęgniarki i położne, doprowadzi w naszym kraju do katastrofy zdrowotnej. Zadziwiająco, że wśród decydentów panuje zmowa milczenia na ten temat! Proszę Państwa o pomoc i wsparcie naszych działań, aby nie było za późno. Popierając pielęgniarki i położne władze lokalne zdołają otoczyć opieką zdrowotną społeczeństwo, zwłaszcza najsłabsze jego warstwy. Proszę szczególnie poważnie potraktować ten apel.

Prezes
Elżbieta Buczkowska

**Pismo do Pana Jarosława Dudy
Sekretarza Stanu
w Ministerstwie Pracy i Polityki
Społecznej**

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, dnia 7 lipca 2009r

Pan Jarosław Duda
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej

Szanowny Panie Ministrze

Wobec niepokojących informacji przesłanych do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotyczących wstrzymania przez 8 Wojewódzkich Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia rozpa-

trywania nowych wniosków o zawarcie umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczenia pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej - finansowane metodą zadaniową, zwracam się z uprzejmą prośbą o spotkanie w celu przygotowania rozwiązań w przedmiotowej kwestii.

Proszę, aby spotkanie z Panem Ministrem zostało wyznaczone w możliwie najkrótszym terminie. Wskazane działania są niezgodne z przyjęciem przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej kierunkiem zmian w zakresie zapewnienia pensjonariuszom w domach pomocy społecznej dostępności do świadczeń pielęgniarstwa, poprzez zawieranie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację ww. świadczeń.

Powyższa zmiana spowodowała, że wiele pielęgniarek spełniających warunki do zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zgodnie z przepisami prawa złożyła prawidłowo wnioski.

Należy podkreślić, iż wiele pielęgniarek podjęło trud uzupełnienia kwalifikacji zgodnie z wymaganiami Narodowego Funduszu Zdrowia w odniesieniu do pielęgniarstwa poz., rozwiązało dotychczasowe stosunki pracy i rozpoczęło własną działalność gospodarczą w formie indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarstwa, bądź niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, ponosząc określone wydatki finansowe. Brak możliwości zawarcia przez pielęgniarki przedmiotowych umów w konsekwencji spowoduje ograniczenie dostępności do świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i poważne zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pensjonariuszy domów pomocy społecznej.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż w dniu 8 czerwca 2009 roku Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przesłała pismo do Ministra Pracy i Polityki Społecznej (znak: NIPiP/NRPiP/DM/0059/115/09), dotyczące przedstawienia informacji o pracach eksperckiego Zespołu Roboczego do spraw zabezpieczenia pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dla mieszkańców domów pomocy społecznej i do dnia dzisiejszego tj. 6 lipca 2009 roku NRPiP nie uzyskała odpowiedzi w tej kwestii.

z wyrazami szacunku
Prezes Elżbieta Buczkowska

**Odpowiedź Jarosława Dudy
Sekretarza Stanu
na Pismo
Naczelnej Izby Pielęgniarek
i Położnych**

Warszawa, dnia
29. lipca 2009r

Pani Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Izby
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na otrzymaną korespondencję, (w tym List Otwarty), Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych dotyczącej kwestii świadczeń pielęgniarstwa pragnę zapewnić Panią Prezes, iż obserwowany rozwój wypadków niepokoi mnie w równej mierze jak Panią Prezes.

Jak Pani pamięta w ubiegłym roku Minister Pracy i Polityki Społecznej przesłał pismo do Starostów Powiatów i Prezydentów Miast, w którym apelował o podjęcie działań zmierzających do zapewnienia mieszkańcom domów pomocy społecznej swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Apel ten wywoływał zaniepokojenie szczególnie wśród średniego personelu medycznego zatrudnionego w domach pomocy społecznej jak również wśród organizatorów pomocy społecznej, a przecież intencją tego apelu było przypomnienie, że usługi medyczne winny być finansowane w pierwszym rzędzie ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, i że istnieją możliwości prawne aby średni personel medyczny (w głównej mierze dotyczy to pielęgniarek) zatrudniony w domach i finansowany ze środków pomocy społecznej zawierał kontrakty na pielęgniarstwą opiekę środowiskową finansowaną z Narodowego Funduszu Zdrowia. W trakcie licznych spotkań z kadrą udało się zachęcić personel medyczny domów pomocy społecznej do odbycia kursów kwalifikacyjnych, które umożliwiały pielęgniarkom domów pomocy społecznej swobodny dostęp do kontraktowania usług pielęgniarstwa opieki środowiskowej w systemie zadaniowym. Ponieważ jednak w mojej ocenie oferta proponowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie była w pełni

satysfakcjonująca, w resorcie powołany został zespół roboczy, do udziału w którym zaproszona została również Pani Prezes. w Trakcie prac zespół koncentrował się na przeszkodach uniemożliwiających swobodne kontraktowanie świadczeń zdrowotnych w systemie zadaniowych i wydawało się, iż prace te zostaną zakończone wypracowaniem docelowymi Satisfakcjonujących mieszkańców i organizatorów pomocy społecznej rozwiązań, kończących wieloletni problem dostępu do świadczeń medycznych mieszkańców domów pomocy społecznej. Niestety w międzyczasie Polskę dotknął kryzys gospodarczy, który przekładając się na zmniejszone wpływy do Narodowego Funduszu Zdrowia ze składek zdrowotnych spowodował ograniczenia w zakresie kontraktowania usług, co w konsekwencji doprowadziło do wstrzymania rozpatrywania nowych wniosków o zawarcie umów w zakresie pielęgniarstwa opieki środowiskowej dla mieszkańców domów pomocy społecznej.

Pragnę poinformować Panią Prezes, iż problem ten jest przedmiotem mojej szczególnej troski i podjąłem w tej sprawie intensywne rozmowy z Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Mam nadzieję, dzięki nim uda się pomimo przeszkód wypracować rozwiązanie, które będzie satysfakcjonujące zarówno dla mieszkańców jak i pielęgniarek. W chwili posiadania informacji o przyjętych rozwiązaniach pozwolę sobie przekazać Pani Prezes informację w tej sprawie. Ponadto jeśli wypracowane propozycje nie będą wystarczająco satysfakcjonujące to prace międzyresortowe zespołu do spraw wypracowania rozwiązań docelowych będą kontynuowane.

Sekretarz Stanu
Jarosław Duda

**Zawiadomienie do
Prezesa Urzędu Ochrony
Konkurencji i Konsumentów
o podejrzeniu stosowania praktyk
ograniczających konkurencję przez
Narodowy Fundusz Zdrowia**

PREZES URZĘDU OCHRONY
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW

Plac Powstańców Warszawy 1,
00-950 Warszawa

ZAWIADAMIAJĄCY: Naczelna Izba, Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie

Aleje Ujazdowskie 22, 00-478 Warszawa,

Reprezentowana przez radcę prawnego Tomasza Pęcherza, Kancelaria Prawna „Piotrowska i Wspólnicy” Sp.K. w Krakowie
ul. Smoleńska 24/1, 31-112 Kraków

PRZEDSIĘBIORCA któremu jest zarzucane stosowanie praktyki ograniczającej konkurencję Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa

Działając imieniem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie, w oparciu i w granicach pełnomocnictwa, którego odpis załączam, na podstawie art. 86 ust 1-3 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. 2007 r. Nr 50 poz 331 z późn. zm.), zwanej dalej również „ustawą”, niniejszym wnoszę zawiadomienie o podejrzeniu stosowania praktyk ograniczających konkurencję przez Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie, zwany dalej również „NFZ”, na krajowym rynku organizowania i finansowania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przysługujących osobom uprawnionym (świadczeniobiorcom) w ramach bezpłatnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a które to praktyki polegają na nadużywaniu pozycji dominującej przez NFZ poprzez:

1) bezpośrednio lub pośrednio narzucanie przez NFZ nieuczciwych cen, tj. cen rażąco niskich, oraz innych warunków zakupu usług świadczonych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, prowadzące indywidualne i grupowe praktyki pielęgniarstwa,

2) stosowaniu przez NFZ w podobnych umowach z osobami trzecimi uciążliwych dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej warunków umów oraz niejednorodnych dla wszystkich świadczeniodawców warunków umów, stwarzających tym osobom różnicowane warunki konkurencji,

3) przeciwdziałaniu ukształtowaniu się warunków niezbędnych do powstania bądź rozwoju konkurencji w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej,

4) narzucaniu przez NFZ uciążliwych warunków umów, przynoszących mu nieuzasadnione korzyści.

Zarzut stosowania praktyk ograniczających konkurencję przez Narodowy Fundusz Zdrowia dotyczy ustalonych przez NFZ warunków wymaganych od pielęgniarki Podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunków wykonania przez te pielęgniarki świadczeń opieki zdrowotnej, określonych w zarządzeniu nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, tj. w:

§ 4 ust. 5 zadanie wstępne,

§ 9 ust. 6-8

§ 13 ust. 1 -2

§ 15 ust. 1 pkt 1

§ 18 ust 2 oraz § 22 ust. 1 w związku z § 12 ust 1 i 2 oraz załącznik nr 1 do zarządzenia

§ 21 pkt 2

oraz

pkt 2.2, 2.3, 3.2 i 3.3 załącznika nr 3a do zarządzenia. Zwiększone obowiązki pielęgniarek POZ i położnych POZ oraz warunki wymagane od nich do udzielania świadczeń zostały na tych świadczeniodawców nałożone przez NFZ bez przekazania środków koniecznych do sfinansowania tych zwiększonych kosztów.

Jednocześnie NFZ, ograniczając obowiązki lekarza POZ i powodując obniżenie związanych z tym kosztów, pozostawił stawki wynagrodzenia lekarzy POZ, pokrywającego te koszty w latach ubiegłych, na niezmiennym poziomie. W stosunku do nowego ograniczonego zakresu obowiązków lekarzy POZ stawki ich wynagrodzenia w 2009r faktycznie jeszcze wzrosły w stosunku do roku 2008.

Wyżej wymienione praktyki stanowią nadużywanie pozycji dominującej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rozumieniu art. 9 ust. 1 i art. 9 ust 2 pkt 1,3,5 i 6 ustawy.

Wskazane i opisane w niniejszym zawiadomieniu praktyki NFZ, będące czynami naruszającymi przepisy o zakazie nadużywania pozycji dominującej, naruszają również zasadę równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, określaną w art. 134 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U.2008 r. Nr

164 poz. 1027 z późn. zm.).

W związku z powyższym imieniem Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Warszawie wnoszę o:

- wszczęcie postępowania antymonopolowego w sprawie ww. praktyk NFZ ograniczających konkurencję, oraz

- uznanie praktyk NFZ, powyżej wymienionych oraz opisanych w niniejszym zawiadomieniu, za stanowiące nadużywanie pozycji dominującej w rozumieniu ww. przepisów ustawy,

- zakazanie stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia ww.praktyk

fragment tekstu

Notatka z posiedzenia Senackiej Komisji Zdrowia

W dniu 19 maja 2009 roku odbyło się posiedzenie Senackiej Komisji Zdrowia. Przedmiotem posiedzenia komisji było: rozpatrzenie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach. Przedmiotem obrad był druk nr 608. Wskazany druk będący aktualnie przedmiotem prac w Senackiej Komisji Zdrowia dotyczy ustawy z dnia 7 maja 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach, która będzie miała istotne znaczenie dla ustalenia zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

W posiedzeniu uczestniczyła Elżbieta Buczkowska - Prezes NRPiP, która zwróciła uwagę, iż w art. 1 pkt 7 ppkt b ustawy z dnia 7 maja 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków należy wykreślić wyrażenie „19 roku życia” i wpisać „do ich ukończenia”.

Podkreślono również po raz kolejny konieczność wpisania w art. 31 ust. 3 powyższej ustawy udziału przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w składzie Rady Konsultacyjnej przy Prezesie Agencji Oceny Technologii Medycznych. Ponownie zwrócono uwagę na konieczność zmiany definicji pojęć „podstawowa opieka zdrowotna” i „opieka długoterminowa” oraz przedstawiono poniższe propozycje nowelizacji. Propozycje now-

elizacji definicji „podstawowej opieki zdrowotnej” oraz „opieki długoterminowej” w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych:

a) art. 5 pkt 27) „podstawowa opieka zdrowotna - świadczenia zdrowotne, profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, pediatrii oraz pielęgniarstwa, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz w miejscu zamieszkania ubezpieczonego”,

b) art. 5 pkt... „opieka długoterminowa - to długookresowa i profesjonalna pielęgnacja, rehabilitacja oraz kontynuacja leczenia, realizowana stacjonarnie lub w miejscu zamieszkania ubezpieczonego”. Ww. propozycje definicji nie uzyskały akceptacji członków Senackiej Komisji Zdrowia z uwagi na zakres przedmiotowy ustawy

Komunikat dotyczący rozpatrywania wniosków o zawarcie umowy w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie: świadczenia pielęgniarstwa POZ finansowane metodą zadaniową.

Komunikat z 20 maja 2009 r

Zgodnie z artykułem 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 roku (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości wydatków przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Uwzględniając obowiązującą zasadę wynikającą z artykułu 118 ust. 1 ustawy, że plan finansowy Funduszu musi być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, informujemy, iż w chwili obecnej Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ nie ma możliwości zwiększenia nakładów przeznaczonych na realizację świadczeń kontraktowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

W związku z powyższym zostało wstrzymane rozpatrywanie nowych wniosków o zawarcie umowy w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie: świadczenia pielęgniarstwa POZ finansowane metodą zadaniową oraz rozpatrywanie wniosków dotyczących

zatrudnienia nowego personelu w obecnie zawartych umowach z tego zakresu.

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych a zakażenia szpitalne.

Tematyce zakażeń szpitalnych poświęca się ostatnio coraz więcej miejsca i to nie tylko w fachowej literaturze medycznej ale także w środkach masowego przekazu. Pacjenci i ich rodziny świadomi swoich praw coraz częściej występują z roszczeniami o odszkodowania za utracone zdrowie wobec różnych placówek służby zdrowia jak również wobec konkretnych pracowników medycznych. Pojedynczy, nawet najmniejszy incydent powodujący wystąpienie zakażenia u pacjenta (media bardzo rzadko albo prawie nigdy nie mówią o niebezpieczeństwie wystąpienia zakażenia szpitalnego u personelu medycznego) jest bardzo często przyczyną negatywnej opinii o pracy całej służby zdrowia dlatego bardzo ważne jest abyśmy wszyscy mieli świadomość odpowiedzialności za wystąpienie zakażeń szpitalnych.

Każdy z nas wie co to są zakażenia szpitalne, jakie są ich rodzaje i przyczyny oraz jakie zasady profilaktyki powinniśmy stosować aby nie dopuścić do ich wystąpienia.

Zdajemy sobie również sprawę, że zakażeń nie da się uniknąć czy całkiem wyeliminować, są one wpisane w funkcjonowanie każdej placówki służby zdrowia i stanowią istotny problem współczesnej medycyny. Pomimo szybkiego rozwoju wiedzy i techniki w zakresie diagnostyki, leczenia i lepszego zrozumienia procesów chorobowych pozostają one nadal jedną z podstawowych przyczyn niepowodzeń leczniczych.

W Polsce rocznie u ok. 700 tys. pacjentów dochodzi do wystąpienia zakażenia szpitalnego co stanowi ok. 10 % osób hospitalizowanych. (1/3 z nich można zapobiec)

Dziesięć tysięcy Polaków rocznie umiera z powodu zakażeń szpitalnych!

Zakażenia szpitalne pochłaniają rocznie prawie dwa razy więcej ofiar, niż wypadki drogowe a trzy razy więcej niż zabija rak piersi.

Dla porównania dane dotyczące ilości i kosztów

zakażeń we wszystkich krajach Unii Europejskiej i Stanach Zjednoczonych.

	UE	USA
Liczba przypadków zak./rok	5 mln	2 mln
Koszty leczenia zakażeń/rok	7,5 mld EU	5 mln \$.

Wielu zakażeń i zgonów z ich powodu można by uniknąć przestrzegając zasad higieny czy też poszerzając swoją wiedzę na temat profilaktyki ich wystąpienia. Nie wszyscy zdajemy sobie z tego sprawę, że przez właściwą higienę rąk możemy uchronić przed zakażeniem ok. 200 tys. osób.

Na świecie z powodu niewłaściwej higieny rąk dochodzi do ok. 1,4 mln zakażeń!

Jednak na wystąpienie dużej części zakażeń szpitalnych działania zapobiegawcze personelu medycznego mają ograniczony wpływ. Większości zgonów z powodu zakażeń lekarze nie są niestety w stanie zapobiec ponieważ około 70 % ofiar zakażeń szpitalnych stanowią pacjenci, którzy od dnia przyjęcia do szpitala bardzo źle rokują z powodu ogólnego stanu zdrowia, wieku, obniżonej odporności, stosowanego leczenia itp.

Faktem jest, że nie zawsze winą personelu medycznego jest wystąpienie zakażenia u pacjenta ale tą prawdę nie wszyscy chcą przyjąć do wiadomości i z reguły to wyłącznie nas, pracowników służby zdrowia obarcza się winą za ich wystąpienie.

Co roku do polskich sądów wpływa ponad 1300 spraw odszkodowawczych przeciwko zakładom opieki zdrowotnej z tego w ubiegłych latach 70 % dotyczyła roszczeń związanych z zakażeniem wirusem HBV i HCV. Obecnie notuje się wzrost pozwów dotyczących również zakażeń o etiologii bakteryjnej np. *S. aureus*, *S. Epidermitis*, *Pseudomonas*, *Acinetobacter*.

W 58% tych spraw nie dało się wykluczyć związku z pobytem w szpitalu.

Środowisko pielęgniarskie/położnicze w całokształcie procesu leczenia pełni bardzo ważną rolę. Pielęgniarki/położne głównie z powodu swego ciągłego kontaktu z różnymi chorymi należą do tych profesjonalistów medycznych, których praca niesie za sobą ryzyko zakażenia.

Większość prac pielęgniarek/położnych to właściwie zapobieganie zakażeniom. Prawie każda czynność wykonywana przez nas przy pacjencie jak i poza nim, może spowodować wystąpienie zakażenia szpitalnego. Zadaniem naszym jest więc tak wykonywać swoje zawodowe czynności aby do tego nie dopuścić.

Potencjalne przyczyny środowiskowych zakażeń szpitalnych:

- brudne ręce personelu,
- nie przestrzeganie zasad aseptyk,
- zanieczyszczona odzież personelu,
- niejałowy sprzęt medyczny,
- nieodkażony sprzęt niemedyczny oraz skażone otoczenie pacjenta,
- niewłaściwe sprzątnięcie,
- niewłaściwy podział pracy,
 - angażowanie osób nieprzygotowanych, zwłaszcza w szpitalach szczególnych,
 - wypożyczanie personelu z innych oddziałów
 - brak procedur i standardów,
- złe warunki pracy,
 - zbyt duże obciążenie personelu pracą,
 - zbyt mała ilość personelu, nieadekwatna do potrzeb
 - nadmierne obłożenie,
 - wprowadzanie nowych wymagań bez szkolenia i treningu,
- przyjmowanie chorych, wymagających szczególnych warunków hospitalizacji bez możliwości zapewnienia im koniecznych warunków izolacji,
- podejmowanie pracy przez pracowników z podejrzeniem lub chorych na choroby infekcyjne oraz będących nosicielami tych chorób,
- złe warunki sanitarno-higieniczne placówek,
 - brak procedur i standardów
 - brak odpowiedniej ilości materiałów i sprzętu do realizacji ww. procedur
- brak systemu kontroli zakażeń w placówce
 - brak procedur i standardów,
 - brak fachowców, zbyt mała ilość szkoleń z zakresu zakażeń zakładowych
 - lekceważący stosunek kadry kierowniczej zakładu i pracowników medycznych do tematyki zakażeń,
 - niechęć lekarzy do zgłaszania zakażeń (błędne przekonanie, że psuje to opinię o oddziale)

Za zakażenia zakładowe odpowiadają wszyscy pracownicy służby zdrowia:

dyrekcja, kadra kierownicza, lekarze, pielęgniarki, położne i inni pracownicy oraz powołane do tego celu komórki organizacyjne (Zespoły i Komitety Kontroli Zakażeń Szpitalnych).

Zakres tej odpowiedzialności wynika przede wszystkim z przepisów prawnych dotyczących funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, zapobiegania oraz zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz zasad wykonywania poszczególnych zawodów

medycznych.

Najczęściej popełniane błędy mogące mieć wpływ na wystąpienie zakażeń i powodujące konieczność ponoszenia odpowiedzialności przez personel medyczny:

1. w higienie rąk:

- niewłaściwy stan paznokci (zbyt długie, polakierowane, tipsy),
- osłonięcie przedramion odzieżą,
- stałe noszenie biżuterii, zegarków, bransolet,
- zbyt rzadkie mycie i dezynfekcja rąk,
- niedokładne mycie i dezynfekcja rąk,
- nie dezynfekowanie rąk przed i po zdjęciu rękawiczek
- używanie niewłaściwych środków i przyborów do higieny rąk,
- nieodpowiednie wyposażenie stanowiska do mycia i dezynfekcji rąk,
- niedostateczna pielęgnacja rąk.

2. w stosowaniu odzieży roboczej i ochronnej:

Uwaga! Odzież ochronna to fartuchy z materiałów wodoszczelnych (paroprzepuszczalnych), osłony na twarz, maski ochronne, rękawice. Fartuchy bawełniane nie są odzieżą ochronną.

- noszenie prywatnego ubrania w miejscu pracy,
- noszenie ubrań roboczych z długim rękawem (zachodzącym na dłoń),
- zbyt rzadkie stosowanie ubrań ochronnych,
- noszenie brudnej odzieży ochronnej,
- noszenie używanej kilka dni lub/i brudnej odzieży roboczej,
- wykonywane we własnym zakresie pranie odzieży roboczej i ochronnej,
- zbyt rzadkie stosowanie czapek i masek,
- nieprawidłowe korzystanie z masek i czapek:
 - bez zakrywania nosa,
 - bez całkowitego osłonięcia włosów,
 - noszenie tych samych czapek i masek zbyt długo lub zabrudzonych, mokrych,
 - nie dezynfekowanie okularów korekcyjnych lub ochronnych,
 - noszenie rękawiczek między zabiegami,
 - niewłaściwe zdejmowanie odzieży ochronnej,
 - używanie ww. odzieży poza miejscem pracy (np. przez personel bloku operacyjnego)

3. w aseptyce i antyseptyce:

- błędy i nieprzestrzeganie obowiązujących zasad

w przygotowaniu i wykonywaniu

- zabiegów aseptycznych (np. nakłucia, iniekcje, wlewy kroplowe, zmiany opatrunków, cewnikowanie, intubacja itp.)
- lekceważenie konieczności przestrzegania zasad aseptyki w czasie pielęgnacji chorych, rutynowe („bezmąsne”) wykonywanie podstawowych czynności pielęgnacyjnych,
- nieznamość i nieprawidłowe stosowanie zasad izolacji, brak wiedzy zespołów pielęgniarstwa/ położniczych o ryzyku infekcyjnym przy przyjęciu / przekazaniu
- pacjenta z innego szpitala/oddziału.
- brak prawidłowego dokumentowania wykonanych zabiegów i czynności pielęgnacyjnych (daty założenia, usunięcia wkłucia, cewnika, opatrunku itp.),
- nieprawidłowe postępowanie z odpadami medycznymi (brak segregacji)

4. w dezynfekcji:

- niewłaściwy wybór środka dezynfekcyjnego, który nie działa na drobnoustroje powodujące problemy w danym przypadku
- zastosowanie odpowiedniego środka, ale w zbyt niskim stężeniu (często podyktowane jest to nadmierną oszczędnością lub nieuczciwością personelu),
- skrócenie czasu działania środka odkażającego (pośpiech i niedbalstwo),
- użycie roztworu o zbyt niskiej lub zbyt wysokiej temperaturze (niektóre preparaty utleniające całkowicie rozkładają się w wysokiej temperaturze, podczas gdy środki należące do innych grup chemicznych mogą wykazywać w takich warunkach większą skuteczność),
- złe umycie powierzchni przed odkażaniem, czego konsekwencją jest obecność substancji organicznych inaktywujących praktycznie wszystkie środki odkażające,
- niecałkowite zanurzenie narzędzi czy naniesienie środka dezynfekcyjnego na powierzchnię,
- niedostateczne splukanie środków myjących przed odkażaniem i doprowadzenie do inaktywacji środków dezynfekcyjnych przez mydła, detergenty oraz nieodpowiednie pH
- użycie zbyt twardej wody do przygotowania roztworów roboczych (twarda woda obniża właściwości bójcze większości środków odkażających),
- skażenie powierzchni po odkażaniu podczas splukiwania środków
- dezynfekcyjnych wodą o złej jakości mikrobiologicznej

- skażenie powierzchni (narzędzi) przy postępowaniu niezgodnym z zasadami aseptyki
- nadmierne używanie środków dezynfekcyjnych, nadużywanie preparatów w aerozolu

5. w sterylizacji:

- rezygnacja ze sterylizacji,
- brak wstępnego mycia i dezynfekcji,
- brak monitorowania i dokumentowania procesu sterylizacji,
- zbyt duża liczba narzędzi w opakowaniach zbiorczych,
- resterylizacja sprzętu jednorazowego użytku,
- używanie pakietów, w których doszło do mechanicznego uszkodzenia lub zamoczenia
- opakowania, niewłaściwe przechowywanie sterylnych materiałów
- używanie sprzętu przeterminowanego.

6. w sprzątaniu:

- używanie jednej ścierki (mopa) do wszystkich pomieszczeń / powierzchni,
- używanie zbyt małej ilości wody,
- brak wymiany wody – używanie wody brudnej,
- używanie zbyt małej ilości lub/i niewłaściwego środka myjąco- dezynfekcyjnego,
- nie zachowanie kolejności w czyszczeniu powierzchni (stan zanieczyszczenia, wymagany reżim sanitarny),
- sprzątanie „na sucho” – rozprzestrzenianie zanieczyszczeń,
- przechowywanie mokrych zestawów do sprzątania w pozycji stojącej,
- nieprawidłowe postępowanie z powierzchniami zanieczyszczonymi materiałem biologicznym
- niedokładne czyszczenie i dezynfekcja powierzchni,
- stosowanie sprzątania „intuicyjnego” zamiast wdrożenia procedur utrzymania czystości,
- nieprzestrzeganie przez personel sprzątający procedur dotyczących utrzymania czystości w poszczególnych strefach,
- zbyt mała liczba personelu sprzątającego.

Wyżej wymienione błędy wynikają najczęściej z:

- nieprzestrzegania procedur medycznych lub ich braku,
- złej organizacji stanowiska pracy,
- pośpiechu i nonszalancji personelu medycznego,
- braku dobrej współpracy oraz przepływu informacji między lekarzami, pielęgniarką i innym personelem medycznym,
- braku przewidywania skutków postępowania.

Wyeliminowanie w/w błędów z codziennej praktyki personelu medycznego jest możliwe i prawie całkowicie zależy od samych pracowników służby zdrowia. Każdy pracownik musi mieć świadomość, że nawet bardzo drobne naruszenie podstawowych zasad wykonywania procedur medycznych oraz higieny w szpitalu może być przyczyną wybuchu epidemii zakażeń szpitalnych.

Bardzo ważne jest aby każdy z nas, pracowników służby zdrowia miał świadomość, że w swojej pracy nie może „iść na skróty” bo stawka takiego postępowania jest zbyt wysoka ponieważ:

- powoduje dodatkowy ból i cierpienie fizyczne i psychiczne pacjentów,
- przedłuża czas hospitalizacji i leczenia.
- zwiększa koszty funkcjonowania placówki medycznej.
- Musimy pamiętać, że odpowiadamy za życie i zdrowie ludzi i że nawet drobne niedopatrzenie w naszej pracy może skutkować koniecznością wypłaty olbrzymiego odszkodowania.

Bądźmy więc świadomi tego co robimy i odpowiedzialni za to co robimy.

Opracowała:
Alicja Makuch
Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych
w Zamościu

W dniu 11 września 2009 r. odbyła się Konferencja dla położnych rodzinnych, wśród zaplanowanych tematów omówiono między innymi :

POOPERACYJNA OPIEKA PIELĘGNIACYJNA NAD KOBIETĄ! PO OPERACJI GINEKOLOGICZNEJ ONKOLOGICZNO-GINEKOLOGICZNEJ

W ginekologii w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym korzysta się z metod zachowawczych i operacyjnych. W części operacyjnej jest to typ-*n* charakter chirurgiczny. Istnieją jednak pewne odrębności wynikające z kilku ważnych przyczyn. Najistotniejsze jest to, że pacjentem jest kobieta.

Odrębność operacji ginekologicznych wynika również z topografii, budowy i czynności narządów płciowych oraz ich znaczenia w życiu kobiety.

U dużej liczby pacjentek ginekologicznych występują choroby, które wymagają korekcji za pomocą skutecznego leczenia operacyjnego, np. mięśniaki macicy, które mogą wymagać wycięcia macicy, albo zaburzenia statyki narządów płciowych pod postacią ich wypadania, wymagające wykonania plastyki dna miednicy mniejszej. Duża liczba pacjentek ginekologicznych poddawana jest operacyjnym metodom diagnostycznym.

Operacje ginekologiczne możemy podzielić na kilka grup; i tak:

1. ze wskazań nagłych i planowych:

- nagłe - wymagające natychmiastowej operacji; np. pęknięta ciąża pozamaciczna, której skutkiem jest krwawienie do jamy otrzewnej, powodując szybko nasilające się objawy kliniczne w postaci ostrego niedokrwienia i silnego bólu brzucha, oraz nagłe cięcia cesarskie, - planowe, np. usunięcie macicy z powodu mięśniaków.

2. operacje diagnostyczne i terapeutyczne:

- diagnostyczne, frakcjonowane wyłyżeczkowanie jamy macicy i kanału szyjki, diagnostyczna histeroskopia, pobranie wycinków z części pochwowej szyjki macicy, diagnostyczna konizacja szyjki macicy, diagnostyczna laparoscopia, nakłucie zatoki Douglasa, pobranie wycinków ze sromu.

- terapeutyczna:

- w leczeniu łagodnych guzów narządów płciowych (operacyjna histeroskopia, konizacja szyjki macicy, operacyjna laparoscopia, pochwowe wycięcie macicy, brzuszne wycięcie macicy, wycięcie mięśniaków z pozostawieniem macicy, uwolnienie zrostów w obrębie jamy otrzewnej, operacyjne leczenie torbieli gruczołu Bartholina, proste wycięcie sromu).
- w leczeniu nowotworów złośliwych narządów płciowych (radykalne brzuszne wycięcie macicy sposobem Wertheima - Meigsa, radykalne pochwowe wycięcie macicy sposobem Schauty, radykalne pochwowe wycięcie macicy w asyście laparoskopowej, operacje umożliwiające ustalenie stopnia klinicznego zaawansowania choroby - badanie wymazów z jamy otrzewnej, cytologiczne badanie płynu z jamy otrzewnej, operacje cytoredukcyjne - pomniejszające masę guza).

- Operacje w leczeniu wysiłkowego nieotrzymywania moczu oraz w zaburzeniach statyki narządów płciowych.
- Operacje wad wrodzonych pochwy i macicy u dziewczynek.

WSKAZANIA DO LECZENIA OPERACYJNEGO

Kobieta jest kierowana do szpitala już z rozpoznaniem choroby ginekologicznej, zaś zadaniem lekarza wyznaczającego sposób leczenia jest weryfikacja rozpoznania. Elementy składowe postępowania diagnostycznego to:

- wywiad
- badania przedmiotowe ogólne
- badania ginekologiczne
- obserwacje chorej
- badania laboratoryjne
- badania konsultacyjne.

PRZYGOTOWANIE CHOREJ DO OPERACJI

Składa się na to wiele elementów, które warunkują nie tylko prawidłowy przebieg znieczulenia i operacji, ale także decydują o przebiegu pooperacyjnym i końcowym wyniku leczenia. Obejmuje ono:

- ocenę stanu ogólnego oraz funkcji i wydolności wszystkich narządów i ewentualne wyleczenie istniejących stanów zapalnych.

Zrozumienie i akceptacja proponowanego leczenia operacyjnego przez pacjentkę ma bardzo duże znaczenie w przeważającej liczbie przypadków chodzi tu o dokładną analizę ryzyka i korzyści z ciężkiego okaleczenia, na które z medycznych powodów pacjentka wyraża zgodę.

Mimo wyrażenia zgody na leczenie operacyjne pacjentka po operacji może odreagować bardzo mocno z dużym brakiem komfortu psychicznego, aż do depresji włącznie. Reakcja psychiczna na leczenie chirurgiczne jest związana m.in. z zaakceptowaniem okaleczenia jako następstwa operacji (pozostawieniem blizny, konieczności wytworzenia stomii).

Dlatego też przed wykonaniem planowej operacji należy zrobić wszystko, aby osłabić negatywny wpływ koniecznego okaleczenia na psychikę pacjentki.

Opieka po zabiegu operacyjnym:

- pomiary parametrów,
- walka z bólem,
- wsparcie psychiczne,
- stopniowe wprowadzenie samoopieki i sa-

mopielęgnacji.

Ogólne zasady leczenia nowotworów narządów płciowych. Określenie choroby nowotworowa- nowotwór - zawiera bardzo wiele typów tego schorzenia, o różnym stopniu zaawansowania, innym przebiegu klinicznym, a tym samym różnym rokowaniu.

Zwykle decyzję o sposobie postępowania terapeutycznego podejmuje zespół lekarzy, w skład którego wchodzi: klinicysta, operator, patolog, cytolog, radioterapeuta, chemioterapeuta. Zależnie od stopnia zaawansowania procesu nowotworowego, stanu ogólnego chorej, typu nowotworu stosuje się leczenie radykalne, paliatywne lub objawowe.

Leczenie radykalne:

- Zakłada całkowite usunięcie bądź zniszczenie nowotworu i pełne wyleczenie chorej.
- W onkologii przyjęto umownie, że o wyleczeniu mówimy wtedy, gdy chora żyje 5 lat bez objawów nawrotu choroby nowotworowej.

Leczenie paliatywne:

- Przeprowadza się za pomocą typowo w onkologii stosowanych metod (zabieg operacyjny, radioterapia, chemioterapia).
- Leczenie paliatywne ma na celu zmniejszenie dolegliwości i zapobieganie objawom, które mogłyby wystąpić, gdyby nie zastosowano żadnego działania terapeutycznego.

Leczenie objawowe:

Prowadzone jest wówczas, gdy proces nowotworowy jest bardzo zaawansowany lub gdy stan chorej jest tak zły, że wyklucza to działanie.

Polega ono na stosowaniu leków p/ bólowych ogólnie wzmacniających i krwiotwórczych.

METODY LECZENIA

Do metod stosowanych w leczeniu nowotworów złośliwych zaliczamy: leczenie operacyjne, radioterapię, chemioterapię i immunoterapię.

Radioterapia:

Jest metodą leczenia nowotworów złośliwych za pomocą promieniowania jonizującego. Dochodzi do uszkodzenia i obumarcia komórki nowotworowej. Chore leczone napromieniowaniem wymagają specjalnej pielęgnacji:

- dieta powinna być łatwostrawna i bogatoenergetyczna z dużą zawartością witamin,
- należy dbać o regularne wypróżnienia,

- u napromieniowanych chorych mogą występować różne objawy uboczne: brak łaknienia, nudności, wymioty

Celem złagodzenia dolegliwości podaje się leki p/ wymiotne Zofran, Atossa. Przy częstych uporczywych wymiotach należy kontrolować poziom elektrolitów we krwi i podawać preparaty nawadniające i uzupełniające elektrolity.

Po zakończonej teletarapii może występować rumień skóry. Zmiana ta po jakimś czasie łuszczy się na sucho lub wilgotno. Jako pozostałość naświetlań na skórze pozostaje czasem jej zbrunatnienie, zmiany bliznowate tkanki podskórnej lub rozszerzenie naczyń krwionośnych. Napromieniowana skóra jest bardzo wrażliwa na wszelkie urazy (mechaniczne, fizyczne i chemiczne). Powstałe owrzodzenia są bardzo długotrwałe.

W czasie radioterapii narządów płciowych często dochodzi do uszkodzenia lub podrażnienia układu moczowego i przewodu pokarmowego.

Występują wtedy:

- ból przy oddawaniu moczu;
- bolesne parcie na mocz;
- biegunka.

Wymaga to leczenia objawowego, czasami konieczne jest przerwanie leczenia podstawowego. Do reakcji ogólnych po radioterapii należy zmniejszenie liczby leukocytów, płytek krwi oraz anemii. Powikłania późne po radioterapii występują co najmniej 3 miesiące po ukończonym leczeniu. Dotyczą głównie:

- zmian w układzie moczowym i pokarmowym (popromienne zapalenie pęcherza lub prostaty, a nawet przetoki w tych narządach.)

Chemioterapia:

Chemioterapia jest metodą leczenia za pomocą leków cytostatycznych. Działanie ich polega na zahamowaniu podziałów, a tym samym na zahamowaniu rozmnażania się. Cytostatyki są lekami dużej toksyczności. Zawsze w czasie leczenia zostają jakimś stopniem uszkodzone komórki prawidłowe. Chemioterapię stosuje się zwykle ogólnie lub miejscowo w onkologii ginekologicznej najczęściej doustnie lub dożylnie.

W przebiegu leczenia cytostatykami często dochodzi do występowania różnych objawów ubocznych.

Należą do nich:

- uszkodzenie błony śluzowej przewodu pokarmowego (ból w jamie ustnej uniemożliwiający połykanie, ból w jamie brzusznej, nudności, wymioty, biegunka). Konieczne jest stosowanie leków objawowych zmniejszających dolegliwości, stosowanie odpowiedniej diety - płynnej lub papkowatej bez ostrych przypraw i o temperaturze pokojowej,
- uszkodzenie cebulek włosowych co prowadzi do wyłysienia - należy o tym uprzedzić kobietę i poinformować ją o tym, że po pewnym czasie włosy odrastają;
- uszkodzenie szpiku kostnego (najczęstsze powikłanie) należy kontrolować oraz krwi: leukocyty, płytki krwi,
- profilaktycznie antybiotyk,
- rzadko uszkodzenie układu czerwonokrwinkowego (transfuzja krwi, preparatów krwi)
- objawy ze strony układu nerwowego: drętwienie, mrowienie kończyn, nieźborność osłabienie mięśni (alkaloidy) - jest to wskazanie do przerwania terapii.

Literatura:

- Położnictwo i Ginekologia - red G. H. Bręborowicz, Warszawa, PZWL
 Ginekologia kliniczna - tom 1 - red. R. Dębski, Wrocław, Elsevier Urban & Partner
 Położnictwo i Ginekologia red. T. Pisarski, Warszawa, PZWL

Opracowała

mgr Beata Bornus Chmielewska

OPIEKA PRZEDKONCEPCYJNA W ŚWIADOMOŚCI MŁODZIEŻY LICEALNEJ

Zdrowie kobiety i mężczyzny jako wstęp do udanego rozrodu

Dla zapewnienia jak najlepszego startu zdrowotnego swego dziecka kobieta i mężczyzna powinni zadbać o swoje zdrowie.

Już w czasach starożytnych w wielu kulturach zwracano uwagę na potrzebę przygotowania się do udanego rozrodu. Rozpoczęto przestrzeganie zdrowej, zrównoważonej diety, prowadzenie ćwiczeń

fizycznych, stosowanie odpowiedniej ilości odpoczynku w okresie poprzedzającym zapłodnienie dla oczyszczenia i wzmocnienia organizmu.

Znaczenie przygotowania się do rodzicielstwa - opinie różnych autorów

Na długo przed narodzinami dziecka a nawet przed jego poczęciem zaczyna się rodzicielstwo dlatego wszystkie błędy dotyczące higieny, odżywiania się należy skorygować przed poczęciem dziecka, aby ogólny stan zdrowia przyszłej matki i przyszłego ojca był możliwie najlepszy.

Świadomość potrzeby zgłoszenia się do lekarza przed poczęciem dziecka nie jest jednak powszechna wśród kobiet i ich mężów/ partnerów.

Przygotowanie do ciąży rozpoczyna się na rok do sześciu miesięcy przed pożądanym terminem poczęcia lecz usunięcie w tym czasie czynników ryzyka i odpowiednie przygotowanie do ciąży, jej prawidłowy przebieg nie jest gwarancją, że dziecko urodzi się zdrowe i w odpowiednim czasie. Mimo to właściwa opieka medyczna przed i podczas ciąży, stosowanie się do zaleceń oraz wykonywanie proponowanych badań zwiększają szansę na dobry wynik ciąży.

Związek zachowań prozdrowotnych ze zdrowiem prokreacyjnym

Określenie „zdrowie prokreacyjne” zostało oparte na definicji zdrowia przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia. a angielski termin „reproductive health” bywa często tłumaczony jako zdrowie reprodukcyjne. W roku 2000 Rządowa Rada Ludnościowa postanowiła używać terminu „zdrowie prokreacyjne”. Najważniejsze dokumenty międzynarodowe, w których uznano i przyjęto definicję zdrowia reprodukcyjnego, to Program Działania Światowej Konferencji ONZ „Ludność i Rozwój”, (Kair, 1994) oraz Platforma Działania IV Międzynarodowej Konferencji ONZ w sprawie Kobiet (Pekin, 1995). Promocją zdrowia i praw reprodukcyjnych zajmuje się Światowa Organizacja Zdrowia oraz inne organizacje ONZ-owskie.

Zdrowie prokreacyjne to stan dobrego samopoczucia w trzech aspektach: fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie wyłącznie brak choroby lub niedomagań, we wszystkich sprawach związanych z układem rozrodczym oraz jego funkcjami i procesami we wszystkich fazach życia. Oznacza to, że ludzie mogą prowadzić bezpieczne życie seksualne, mają zdolność do prokreacji, jak

również swobodę decydowania czy, kiedy i ile chcą mieć dzieci.

Do zagadnień zdrowia prokreacyjnego należą m.in.:

- wysokiej jakości poradnictwo, edukacja oraz dostęp do właściwie przekazywanej informacji w zakresie planowania rodziny,
- opieka nad kobietą w ciąży i opieka prenatalna nad płodem,
- bezpieczny poród oraz opieka nad noworodkiem,
- opieka po porodzie nad matką karmiącą piersią,
- zapobieganie i leczenie niepłodności,
- profilaktykę i leczenie infekcji narządów rodnych, chorób przenoszonych drogą płciową, w tym HIV/AIDS i innych dolegliwości układu rozrodczego,
- usługi z zakresu zdrowia psychicznego, w tym także dla kobiet, które doświadczyły przemocy seksualnej,
- profilaktykę, diagnozowanie oraz leczenie osteoporozy,
- profilaktykę i leczenie nowotworów narządów płciowych oraz raka piersi

Każde postępowanie w zakresie prokreacji powinno kierować się troską o zdrowie własne oraz przyszłego dziecka. Należy przyrzeć się własnemu życiu i dokonać zmian, które przyniosą korzyści doraźne i przyszłe

Zachowania sprzyjające zdrowiu prokreacyjnemu i zdrowemu poczęciu dziecka:

- 1) Uwzględnić w planach prokreacyjnych optymalny wiek rodziców. Płodność pary małżeńskiej maleje z czasem w sposób naturalny, dlatego nie należy odkładać decyzji o poczęciu dziecka. Optymalny z biologicznego punktu widzenia wiek matki zawiera się w przedziale od 18 do 35 roku życia.
- 2) Zachować odstępy pomiędzy porodami kolejnych dzieci - za optymalne uważa się dwu letnie
- 3) W przypadku poronienia samoistnego lub porodu przedwczesnego początek następnej ciąży powinien być odłożony w czasie (do 6 miesięcy) w celu określenia czynnika przyczynowego tych powikłań i próby wyeliminowania go.
- 4) Ocena warunków pracy. Najpóźniej w momencie stwierdzenia zapłodnienia (dodatnia próba ciążowa) należy zmienić szkodliwe warunki pracy.
- 5) Modyfikacja przyzwyczajzeń żywieniowych. W okresie, kiedy planuje się powiększenie rodziny zalecana jest dieta nie odbiegająca od ogólnie przyjętych zasad racjonalnego żywienia, z odpowiednią zawartością białka, w tym mleka i

jego produktów, z dużą ilością warzyw i owoców. Powinno się spożywać: drób, chude mięso, ryby, nasiona roślin strączkowych, płatki owsiane, gruboziarniste kasze, ryż, makarony, a unikać wysokokalorycznych produktów o niskiej wartości odżywczej, czyli rafinowanych węglowodanów, słodczy, większości tłuszczów i alkoholu.

Należy stosować suplementację kwasem foliowym w okresie okołokoncepcyjnym na co najmniej trzy miesiące przed planowaną ciążą. Podawanie kwasu foliowego w dawce 0,4 mg wszystkim kobietom w wieku rozrodczym, które planują poczęcie dziecka lub nie wykluczają możliwości zajścia w ciążę zmniejsza ryzyko występowania wad cewy nerwowej u dziecka. Zaleca się kontynuowanie tej suplementacji aż do ukończenia 12 tygodnia ciąży. Kobiety, które urodziły dziecko z wadą cewy nerwowej, powinny zażywać przed i podczas ciąży kwas foliowy w dawce 5 mg dziennie

Natomiast należy ograniczyć przyjmowanie witamin w zbyt dużych dawkach. Nadmiar witaminy A może być przyczyną nieprawidłowości rozwojowych. Ocena masy ciała i stosunku masy ciała do wzrostu (tzw. indeks masy ciała czyli BMI < 19,8), unormowanie wagi. Zarówno niedobór tkanki tłuszczowej w organizmie jak i otyłość niosą poważne skutki dla zdrowia i płodności. Znaczny niedobór masy ciała lub otyłość powinny być w miarę możliwości zmniejszone, a diety np. odchudzająca czy wegetariańska, raczej wyeliminowane. Odpowiednią masę ciała pomogą uzyskać regularne ćwiczenia fizyczne, które kontynuowane później wpłyną korzystnie na przebieg ciąży i porodu.

Leczenie istniejących chorób i stabilizacja stanu chorób przewlekłych, które istniały przed ciążą. Kobiety, które są leczone farmakologicznie z powodu poważnych schorzeń (cukrzyca, padaczka, nadczynności tarczycy, fenylketonurii, astmy oskrzelowej, chorób serca, przewlekłego nadciśnienia, zakrzepicy żyłnej, chorób nerek, tocznia trzewnego) powinny przed poczęciem dziecka:

- uzyskać informacje na temat zagrożeń wynikających z istnienia choroby lub jej leczenia dla prawidłowego przebiegu ciąży i rozwoju dziecka,
- osiągnąć ustabilizowany stan zdrowia, dobre samopoczucie psychiczne i fizyczne,
- wprowadzić inne leki, nie powodujące uszkodzenia dziecka.

Przed poczęciem powinny być wykonane badanie cytologiczne szyjki macicy i wyleczone stany zapalne pochwy i szyjki macicy, stany zapalne dróg moczowych.

Ocena cyklu miesięczkowego przed ciążą, samoobserwacja objawów owulacji, odstawienie środków antykoncepcyjnych. Dwa miesiące przed poczęciem nie powinno się stosować tabletek antykoncepcyjnych, a po usunięciu wkładki wewnątrzmacicznej należy zalecić 1-2-miesięczny odstęp czasu przed zajściem w ciążę.

Ocena stanu odporności przeciwko niektórym schorzeniom i ewentualne szczepienia. Przed ciążą ważne jest:

- ustalenie obecności przeciwciał różyczkowych i odpowiednie postępowanie (szczepienie i trzymiesięczne zapobieganie ciąży w przypadku braku przeciwciał),
- ustalenie osób należących do grup zwiększonego ryzyka zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby grupy B i poddanie się szczepieniu jeszcze przed ciążą,
- wykonanie badania na obecność przeciwciał przeciw wirusowi cytomegalii (zwłaszcza u kobiet pracujących na oddziałach intensywnej terapii noworodków, ośrodków dializ, u nauczycielek),
- określenie we krwi obecności przeciwciał skierowanych przeciwko pierwotniakom *Toxoplasma gondii*. I jeżeli przeciwciał nie ma, należy podczas ciąży unikać możliwości zakażenia: nie jeść surowego mięsa, myć dokładnie ręce po przygotowaniu pokarmów mięsnych, nie kontaktować się z kotami, dokładnie myć owoce i warzywa przed spożyciem. Obecność przeciwciał IgG o dużym mianie lub przeciwciał IgM powinna pociągać za sobą skierowanie do poradni konsultacyjnej. Małe miano przeciwciał IgG świadczy o przebytych zakażeniu oraz o tym, że zakażenie podczas ciąży nie powinno być niebezpieczne dla dziecka,
- wykonanie badania w kierunku HIV, a w przypadku zakażenia ciążę należy odradzać.
- Należy wyeliminować niektóre sporty : jazdę konną, jazdę na nartach, sport wyczynowy.
- Prowadzić zdrowy tryb życia.

autor
Ewa Larwa
mgr położnictwa
POŁOŻNA RODZINNA

GŁÓWNY INSPEKTOR PRACY

Pani
Elżbieta GAWRACKA - CZACHOR

Wiceprezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Al. Ujazdowskie
22 00478 Warszawa

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 6.08.2009r, znak NIPiP/NRPiP/DM/0055/225/09 uprzejmie- informuję, że zgodnie z brzmieniem art. 67 pkt 3 ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 roku (Dz. U. nr 234. poz 1670) do dnia 31 grudnia 2015 roku szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne nie posiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 cytowanej ustawy, o ile posiadają 2,5 letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Osoby nie posiadające kwalifikacji do przeprowadzania szczepień ochronnych zgodnie z § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień z dnia 19 grudnia 2002 roku (Dz. U, Nr, 237, poz 2018 z późn. zm.) winny odbyć w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs w tym zakresie. z poważaniem

Główny Inspektor Sanitarny
P. Billińska
Ministerstwo Zdrowia

Opinia dotycząca wykonywania ekg w warunkach lecznictwa stacjonarnego

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital
Chirurgii Urazowej ,
Piekary Śląskie , 41-940 ul. Bytomska 62, Tel.
032 3934 - 299
14.05.2009r.

OPINIA DOTYCZĄCA WYKONYWANIA EKG W WARUNKACH LECZNICTWA STACJONAR- NEGO

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego; pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie EKG pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego. Realizacja przedmiotowego kursu powinna być prowadzona na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923). Po ukończeniu przedmiotowego kursu pielęgniarka, uzyskuje kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych, w tym przypadku do samodzielnego wykonania EKG.

Mając na uwadze wymogi NFZ w sprawie wyposażenia oddziałów szpitalnych w kardiomonitory jak również obowiązek postępowania pielęgniarki podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta; zalecane jest aby w szpitalach gdzie pielęgniarki wykonują w oddziałach EKG, kadra kierownicza odpowiedzialna za organizowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarek położnych, opracowała szczegółowy program szkoleń wewnątrzszpitalnych. Ukończenie szkolenia wewnątrzszpitalnego nie daje pielęgniarcie uprawnień wynikających z rozporządzenia o samodzielnymi czynnościach.

Niezależnie od warunków wykonywania świadczenia należy dążyć do stopniowego przeszkolenia pielęgniarek w ramach kursów specjalistycznych, jest to zadanie szeroko rozumianej kadry kierowniczej zarządzającej obszarem pracy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem
Grażyna Kruk- Kupiec
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarstwa

Stanowisko nr 29 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 16 września 2009 r.

*dotyczące rozporządzeń Ministra Zdrowia
» sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej*

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest w sprawie procedury konsultacji społecznych projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki zdrowotnej.

Zgodnie z uchwałą nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. - Regulamin Pracy Rady Ministrów (M.P. Nr 13, poz. 221 ze zm.), Minister Zdrowia powinien przekazać Naczelnej Radzie Pielęgniarek Położnych projekty wskazanych rozporządzeń w terminie umożliwiającym wydanie opinii, w terminie nieprzekraczającym 30 dni, a w szczególności uzasadnionych przypadkach, krótszym niż 7 dni. Ustalając ten termin, organ wnioskujący o przedstawienie opinii powinien brać pod uwagę nie tylko pilność sprawy, ale także rodzaj i przedmiot opiniowanego dokumentu.

Ponadto, w celu właściwego przygotowania projektu aktu prawnego, w przypadku zgłoszenia licznych uwag o charakterze merytorycznym, zgodnie z § 14 ust. 2 wyżej wymienionej uchwały, Minister Zdrowia obowiązany był przeprowadzić konferencję uzgodnieniową. Czterodniowy termin, wyznaczony na zaopiniowanie 13 obszernych projektów, które wprowadzają podstawowe regulacje prawne w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, czyni z konsultacji społecznych fikcję. Jednak, pomimo tak krótkiego terminu i przekazania przez NRPIP propozycji rozwiązań mających na celu wyeliminowanie błędnych regulacji przeniesionych z zarządzeń Prezesa NFZ w tym zakresie, stanowisko NRPIP zostało w całości pominięte.

Tworzenie prawa z pogwałceniem zasady prawidłowej legislacji, za jaką należy uznać właściwe przeprowadzenie konsultacji społecznych i brak konferencji uzgodnieniowej, ujemnie rzutuje na jakość projektowanego prawa w obszarze ochrony zdrowia.

Wnosimy o pilną nowelizację rozporządzeń MZ

do tzw. ustawy koszykowej w poszczególnych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej i uwzględnienia proponowanych uwag.

Prezes
Elżbieta Buczkowska

MINISTERSTWO PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

Agnieszka Chłoń-Domińczak
Podsekretarz Stanu

Pani
Elżbieta Buczkowska Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pisma Pani Prezes z dnia 5 czerwca 2009 r. znak: NIPiP/NRPiP/DM/0055/173/09 i NIPiP/NRPiP/DM/0055/176/09, zawierające postulat zmiany ustawodawstwa w kierunku umożliwienia pielęgniarkom przechodzenia na emeryturę po ukończeniu wieku 55 lat i przepracowaniu 35 lat oraz o zaliczenia określonych prac wykonywanych przez pielęgniarki do wykazu prac o szczególnym charakterze uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

W dniu 1 stycznia 2009 r. weszła w życie ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 237, poz. 1656). W ten sposób został zrealizowany ostatni etap, rozpoczętej prze dziesięcioma laty, reformy polskiego systemu emerytalno-rentowego. Jednym z generalnych założeń tej reformy, przyjętych jeszcze w 1998 r. i sformułowanych w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353 z późn. zm.), było wprowadzenie jednolitego wieku emerytalnego (65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet). Przyjęta wówczas i zapisana jako norma ustawowa zasada, że powszechny wiek emerytalny w Polsce wynosi odpowiednio 65 i 60 lat jest w pełni uzasadniona. Przemawiają za tym względy zarówno demograficzne jak i gospodarcze.

Od siedmiu lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa. Trwającemu od kilku-

nastu lat spadkowi dzietności towarzyszy wydłużanie się czasu trwania życia Polaków. Malejący przyrost naturalny i wzrastająca długość życia powodują starzenie naszej ludności. Spada liczba osób w wieku produkcyjnym. Ich odsetek w populacji obniżył się z 64 proc. w 2008 r. do 50,4 proc. w 2050 r. co przeloży się na znaczący wzrost współczynnika obciążenia demograficznego (z 56 osób w 2011r. do 9 w 2050 r.). Zmiany te, o ile nie będzie towarzyszył im znaczący wzrost zatrudnienia (w szczególności osób starszych) bardzo szybko mogą doprowadzić do spadku liczby osób korzystających z różnego typu świadczeń z systemu pomocy i zabezpieczenia społecznego. W efekcie będzie rosła presja na system podatkowy i finanse publiczne co doprowadzić może do wzrostu kosztów pracy, fiskalizmu i spadku potencjału gospodarczego.

Te niekorzystne zmiany demograficzne wpływają bezpośrednio na sytuację, w systemie ubezpieczenia społecznego. Pogarsza się relacja liczby osób opłacających składki na ubezpieczenie społeczne do liczby pobierających emerytury i renty, co wpływa na pogłębianie się deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Należy także pamiętać że jedną z głównych zasad zreformowanego w 1999 r. systemu ubezpieczeń społecznych jest zasada równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, płacących jednakową składkę na ubezpieczenie emerytalne.

Respektowanie tej zasady oznacza ujednoczenie warunków przyznawania i obliczania świadczeń. W powszechnym systemie emerytalnym oznacza to, iż świadczenia emerytalne wszystkich ubezpieczonych, którzy płacili taką samą składkę będą jednakowe. Mając powyższe na względzie, należy stwierdzić że zgłoszony w piśmie postulat zmiany ustawodawstwa w kierunku umożliwienia pielęgniarkom przechodzenia na emeryturę po ukończeniu wieku 55 lat i przepracowaniu co najmniej 35 lat, jako sprzeczny z celami reformy ubezpieczeń społecznych i nieuwzględniający pogarszającej się sytuacji demograficznej, nie może zostać zrealizowany. Odnosząc się z kolei do postulatu zaliczenia określonych prac wykonywanych przez pielęgniarki do wykazu prac o szczególnym charakterze, pragnę podkreślić, że przy tworzeniu przez ekspertów z zakresu medycyny pracy i ochrony pracy wykazu prac o charakterze, stanowiącego załącznik nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, obowiązywała zasada, iż wykaz ten ma obejmować wszystkie rodzaje prac, które spełniają ustawowe kryteria pracy o szczególnym charakterze. Ta zasada w całej pełni obowiązywała również przy

analizowaniu prac wykonywanych przez pielęgniarki. W takim razie za prace wykonywane przez pielęgniarki, które zostały przyjęte w art 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych kryteria pracy o szczególnym charakterze, można uznać jedynie te prace, które mogą być zaliczone do rodzajów prac wymienionych w pkt. 22-24 zał. nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, a więc:

Prac personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r o pomocy społecznej (Dz. U. Z 2008 r Nr 115, poz. 728, z póź. Zm.)

Prac personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Z 1994 r Nr 111, poz. 535, z póź. Zm.),

Prac personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warynkach ostrego dyżuru.

Z szacunkiem
Sekretarz Stanu
Jerostaw Duda

Drodzy Czytelnicy!

Zapraszamy serdecznie do lektury najnowszego numeru czasopisma „*Położna. Nauka i praktyka*”. Tym razem okładka kwartalnika mówi sama za siebie. Dużo piszemy o raku piersi i raku szyjki macicy. Nieoceniona może tu być rola położnej w podnoszeniu świadomości pacjentek nt. samobadania piersi. Polecamy prace o zmianach skórnych w ciąży. Każda położna powinna wiedzieć, jakie zabiegi pielęgnacyjne są dozwolone w czasie ciąży, a jakich unikać. Nowością są strony z anegdotami „Z pamiętnika położnej”. Wspólnie z producentem Albothylu zapraszamy do udziału w konkursie na najzabawniejszą, najciekawszą, najoryginalniejszą historię z Waszej codziennej praktyki położniczej. Czekamy na anegdoty pod adresem mailowym: polozna@pzwł.pl.

Gorąco także zachęcamy do współpracy przy tworzeniu działu aktualności/kalendarium. Chcemy,

aby stał się on forum wymiany informacji branżowych. A na koniec życzenia. Maj, niektórzy mówią, że to najpiękniejszy miesiąc w roku, miesiąc święta położnych.

Drogie Panie w imieniu całej redakcji czasopisma „*Położna. Nauka i praktyka*” składamy Wam najserdeczniejsze życzenia. Oby samodzielność wykonywania zawodu nie była tylko martwym zapisem prawnym, kształćcie się i walczcie o swoje prawa! Z pozdrowieniami

Redakcja

22 września 2009r w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Biłgoraju, obchodzono Jubileusz 80 lecia powstania Szpitala w Biłgoraju.

Historia szpitalnictwa na ziemi biłgorajskiej rozpoczęła się już w XVIII w, kiedy to przy kościele parafialnym oraz przy świątyni Braci Mniejszych Konwentualnych na pobliskiej Czostkowej Górze, powstawały pierwsze małe ośrodki medyczne, funkcjonujące aż do połowy XIX wieku. W ośrodkach tych (przytułkach) nie leczono chorych ani nie sprawowano nad nimi jakiegokolwiek opieki zdrowotnej a tylko udzielano schronienia osobom starszym i najuboższym.



Na terenie miasta Biłgoraja w pierwszych latach XX wieku, były tworzone szpitale polowe w związku z wybuchami epidemii – duru brzuszego, cholery, tyfusu.

W styczniu 1920 roku oddano do użytku niewielki Państwowy Szpital Epidemiologiczny. Dwa lata później powstał społeczny komitet budowy szpitala

w Biłgoraju. 1 grudnia 1927 roku - Szpital otwarto, personel skompletowano najprawdopodobniej w lutym 1928r. Urządzeniem budynku zajęli się sami biłgorajanie. Każdy przynosił to co mógł, m.in. bieliznę pościelową, garnki, lampy naftowe, naftę. Najważniejsze jednak, że szpital istniał. Ofiarność mieszkańców Powiatu i miasta Biłgoraj jest dobrze znana nam współcześnie.

Dyrektorem szpitala został dr Stanisław Ludwik Miłosz Martynowicz, sekundariusz Szpitala Powszechnego w Przemyślu, pracował z siostrami zakonnymi ze Zgromadzenia S.S Serafitek z Przemyśla. Zgodnie z raportem o stanie zdrowia w powiecie biłgorajskim sporządzonym w następnym roku, obsługę szpitala wyłączając lekarza stanowiło wówczas 9 osób, poza stróżem i pracownikiem fizycznym Szczepanem Różańskim, pracowało 7 sióstr Maria Jakubowska, Zofia Kwiatkowska, Rozalia Lis, Rozalia Pitula, Aniela Stańko, Janina Swoboda i ich przełożona Józefata Pyrges). Siostry zamieszkały wspólnie na szpitalnym poddaszu.

Siostry zakonne w biłgorajskim szpitalu pracowały przez 20 lat

Po odejściu dr Martynowicza, w latach 1931 - 1934 funkcję dyrektorów pełnili: Antoni Hubert, Witold Urbanowicz. W 1934r stanowisko Dyrektora obejmuje dr Stanisław Pojasek, funkcję tą pełni przez 32 lata. Dr Pojaskowi pomagały siostry pielęgniarki, które bardzo dobrze zastępowały lekarzy asystentów których w tamtych czasach brakowało. Niektóre z nich to wymienione wcześniej Józefata Pyrges, Rozalia Lis oraz Maurycja Kacprzyk, Apolinara, Beata, Ezechiela, Teodora, Wodzisława, Ewencja, Gwidona, Daniela. Oprócz sióstr zakonnych pracowały również położna - Stanisława Dreżewska i sanitariuszka Maria Parankiewicz.



Przewodnicząca OZZPiP w Biłgoraju Dorota Flor

Dzień dzisiejszy lecznictwa zamkniętego w naszym powiecie, liczącym blisko 105 000

mieszkańców, to potencjał 457 łóżek szpitalnych zgrupowanych w obu szpitalach naszego zakładu w Biłgoraju i w Tarnogrodzie.

Cały zakład zatrudnia obecnie 615 pracowników, w tym:

- 270 pielęgniarek
- 37 położnych

Z okazji Jubileuszu wyróżniono Pielęgniarki z najdłuższym stażem pracy, pracujące w Oddziałach Szpitalnych w Biłgoraju.



Naczelną Pielęgniarką B. Kaczmarczyk SPZOZ Biłgoraj wśród pracowników, którzy przeszli na emeryturę

PIELĘGNIARKI WYRÓŻNIONE

Karabin Zofia pielęgniarka zatrudniona od 15.08.1951r. do 31.03.1991r..

Od 01.09.1957r. - Oddziałowa Oddziału Zakaźnego.

Pracowała w Szpitalu 40 lat

Janina Sobaszek pielęgniarka Bloku Operacyjnego. Zatrudniona od 1952r do 21 grudnia 1990

Przepracowała 38 lat

Pawłowicz Janina pielęgniarka zatrudniona od 15.09.1955r. do 31.01.1999r.

W okresie od 01.01.1984r. do 30.06.1988r. - przełożona pielęgniarek Punktu Krwiodawstwa. Zaangażowana w działalność Związku Zawodowego „Solidarność”

Pracowała w Szpitalu 44 lata

Róg Genowefa pielęgniarka zatrudniona od 01.10.1956r. do 31.12.1998r.

Od 01.10.1965r. do przejścia na emeryturę - Oddziałowa Oddziału Zakaźnego Dziecięcego.

Pracowała w Szpitalu 42 lata

Jastrzębska Kazimiera pielęgniarka zatrudniona od 01.09.1957r. do 28.02.1995r.

W okresie od 01.06.1966r. do 28.02.1995r. - Oddziałowa Oddziału Wewnętrznego.

Pracowała w Szpitalu 38 lat

Karp Mieczysława pielęgniarka zatrudniona od 01.08.1959r. do 30.09.2000r.

Od 01.06.1966r. do 30.09.2000r. Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgicznego Pracowała w Szpitalu 41 lat

mgr Kopacz Krystyna pielęgniarka zatrudniona od 01.02.1960r. do 30.11.1989r. Od 1972r do września 1989r - pełniła funkcję Naczelnej Pielęgniarki.

Róg Maria pielęgniarka zatrudniona od 01.09.1960r. do 31.12.1998r.

Od 1974r do przejścia na emeryturę - Oddziałowa Oddziału Chorób Płuc. Pracowała w Szpitalu 38 lat

Kurzyn Janina pielęgniarka zatrudniona od 01.04.1961r. do 31.05.1998r.

W latach 1973r. - 1998r. - Oddziałowa Bloku Operacyjnego.

Pracowała w Szpitalu 37 lat

Środa Alicja pielęgniarka zatrudniona od 01.07.1965r. do 31.12.2000r.

Od 01.01.1983r. do przejścia na emeryturę - Przełożona pielęgniarek w Stacji Pogotowia Ratunkowego.

Pracowała w Szpitalu 35 lat

Pierścionek Maria pielęgniarka zatrudniona od 24.11.1971r. do 26.12.2007r.

W okresie od 01.09.1978r. do 26.12.2007r. - piel. Oddziałowa Oddziału Neurologicznego.

Wachowicz Helena -pielęgniarka zatrudniona od 16.03.1975r. do 26.12.2007r.

Oddziałowa Działu Anestezjologii od 01.01.1981r. do 26.12.2007r.

Pani Helena była pierwszą Pielęgniarką w Szpitalu, która ukończyła specjalizację w

Dziedzinie Pielęgniarstwa anestezyjologicznego.

Marciniewicz Zofia pielęgniarka zatrudniona od 01.07.1968r. do 31.12.1999r. Od 01.10.1973r

do 25.08.1997r. - Oddziałowa Oddziału Dziecięcego.

Pracowała w Szpitalu 31 lat



Romańczuk Danuta pielęgniarka zatrudniona od 01.08.1968r. do 31.01.2005r. Oddziałowa Ortopedii od 01.11.1981r. do 31.01.2005r.

Nowacka Irena pielęgniarka zatrudniona od 01.09.1960r. do 31.12.1989r., oraz od 01.01.1996r. do 30.09.2000r. W okresie od 01.08.1961r. do 28.02.1975r. - Oddziałowa Oddziału Gruźliczego, a od 1975r. Do 31.12.1989 r. - Przełożona Pielęgniarek.

Janina Sobaszek pielęgniarka Bloku Operacyjnego. Zatrudniona od 1952r do 21 grudnia 1990
Przepracowała 38 lat

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
Czynne:

Poniedziałek - Piątek: w godzinach 8.00 - 16.00

Okręgowy Eżecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

dyżury w drugą i czwartą środę miesiąca

mgr Alicja Makuch pod nr. Tel. 084-664-44-22-40

mgr Halina Raczkiewicz pod nr tel. 084-664 -44-11 wew. 497

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w Zamościu:

dyżur w biurze OIPIP w Zamościu - każdy I Wtorek miesiąca

w godzinach 14.00 - 16.00 - Elżbieta Hałas tel. 084-639-31-97

“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.