

**BIULETYN INFORMACYJNY OIPIP w Gorzowie Wlkp.**

**WYDAWCA:**

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. (do użytku wewnętrznego)  
ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp., tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83

**Konto: PKO BP S.A. II o/Gorzów Wlkp.  
nr 34 1020 1967 0000 8602 0044 9249**

**REDAKCJA:** *mgr Aldona Stańko*

**OPRACOWANIE TECHNICZNE:** *inż. Bartosz Kaczmarek*

**ZDJĘCIA:** *Marlena Byczek*

ISSN 1429-9275

**INFORMACJE BIURA OIPIP w Gorzowie Wlkp.**

**BIURO:**

ul. Obrońców Pokoju 60/1-2, 66-400 Gorzów Wlkp.,  
tel.: (0-95) 729 67 84, fax (0-95)729 67 83  
Izba czynna **poniedziałek, wtorek, środa, piątek od godziny 7.00— 15.00**  
**czwartek 7.00 – 17.00**

**PRZEWODNICZĄCA OIPIP**

***mgr Aldona Stańko***

przyjmuje interesantów

po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu terminu spotkania.

**WICEPRZEWODNICZĄCE OIPIP**

***Maria Teresa Ziółkowska,***

***Halina Kąkolewska,***

**RADCA PRAWNY**

***Halina Łagocka*** przyjmuje interesantów w każdy piątek w godz.: 11.30-14.30

**Dyżur Skarbnika**

***Elżbieta Majdańska***

w każdy czwartek od godziny 15.00-17.00

kontakt e-mail [ela722@wp.pl](mailto:ela722@wp.pl)

**OKRĘGOWY RZECZNIK  
ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ**

***Herodowicz Anna***

**(95) 7202 303**

**PRZEWODNICZĄCA OKRĘGOWEGO SĄDU  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

***mgr Teresa Stankiewicz***

**ZASTĘPCY OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI  
ZAWODOWEJ**

***Majchrzak Beata (95) 7259 338***

***Korczyńska Jolanta (95) 7331 604***

***Chraplak Małgorzata (95) 7331 300***

***Kosecka Danuta (95) 7331 631***

***Bożena Kwiatek (95) 7364 555***

dyżury Rzecznika w każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca

**W BIULETYNIE:**

**Str.3**

**Wręczenie Certyfikatu Akredytacyjnego  
w dniu 28-06-2013r w Międzyrzeczu**

**Str.5**

**Dokumentacja medyczna**

**Str 7**

**Dokumentacja medyczna w pracy  
środowiskowej**

**Str. 9**

**Nowe Przepisy dotyczące profilaktyki  
zranień personelu medycznego**

**Str. 12**

**Opinie Konsultantów**

**Str 19. Korespondencja Naczelnej Rady  
z Ministerstwem Zdrowia**

**Str. 31**

**Sprawy Różne**

**Str 34**

**Oferta Ośrodek kształcenia OIPIP  
w Gorzowie Wlkp.**



## ***Szanowne Koleżanki i Koledzy,***

Oddajemy do waszych rąk wrześniowy Biuletyn, w którym znajdziecie wiele interesujących i ważnych informacji dla zawodów pielęgniarstwa i położnej. Na wstępie, po raz kolejny przypominamy przepisy dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prezentujemy nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 roku w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienia ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W dalszej części biuletynu znajdziecie Państwo opinie i stanowiska ekspertów dotyczące zasad wykonywania zawodu między innymi: wykonywania szczepień ochronnych, podawania przez pielęgniarki autoszczepionki, kompetencji położnej instrumentariuszki na bloku operacyjnym. Pragniemy też przedstawić Państwu korespondencję jaką nadesłała nam Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych min. informację na temat odpowiedzi Ministra Zdrowia w sprawie Apelu Okręgowych Rad dotyczącego przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych, a także ważnych spraw dotyczących realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej. Zachęcamy również do zapoznania się z ofertą szkoleń i konferencji zaplanowanych przez naszą Izbę na najbliższe miesiące.

Pod koniec wakacji 26 sierpnia 2013 roku w siedzibie naszej Izby odbyła się konferencja prasowa, zorganizowana w związku z inicjatywą pielęgniarek zrzeszonych w Lubuskim Stowarzyszeniu Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, które w trosce o bezpieczeństwo zdrowotne najmłodszych Lubuszan podejmują działania, których celem jest zapewnienie w placówkach przedszkolnych profilaktycznej opieki zdrowotnej świadczonej przez pielęgniarki medycyny szkolnej. Działania te, wspierane są przez m.in. przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. oraz senator RP Helenę. 15 listopada zaplanowana jest Konferencja podczas, której przedstawiciele wielu instytucji zaborą głos w tej sprawie. Wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w konferencji.

28 czerwca 2013 roku w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu odbyło się uroczyste wręczenie Certyfikatu Akredytacyjnego potwierdzającego spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Bardzo dziękuję Pani Ludwice Kaczmarczyk, wieloletniej, byłej Naczelnej Pielęgniarki szpitala w Międzyrzeczu za przesłanie nam relacji z prac, które od 2007 roku zostały podjęte w celu uzyskania Certyfikatu Akredytacyjnego.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. serdecznie gratuluje całemu personelowi, który w trosce o jakość opieki i satysfakcję pacjentów, włożył wiele pracy w przygotowanie placówki do tego wydarzenia.

*Życzę miłej lektury*

*Aldona Stańko*

*Przewodnicząca OIPIP w Gorzowie Wlkp.*

**Szpital w Międzyrzeczu uroczyste wręczenie Certyfikatu Akredytacyjnego w dniu 28-06-2013r.**



Akredytacja z łac. credo - wierzę, w sensie filologicznym oznacza zawierzenie np. szpitalowi, że jak najlepiej wypełnia swoje funkcje wobec pacjentów. Celem wdrożenia procesu akredytacji w szpitalach jest poprawa jakości świadczeń medycznych na podstawie wcześniej ustalonych przez Centrum Monitorowania Jakości ( CMJ ) standardów. Od 2007 r. SPZOZ w Międzyrzeczu prowadził intensywne działania zmierzające do poprawy jakości świadczonych usług medycznych. W tym celu powołano Zespół ds. Jakości, który rozpoczął opracowywanie wewnątrzszpitalnych systemów poprawy jakości, w tym procedur i standardów dotyczących opieki medycznej nad pacjentem. W okresie przygotowań Szpitala do pierwszej wizyty akredytacyjnej zajmowaliśmy się głównie problematyką poprawy jakości dokumentacji medycznej, usprawnieniem postępowania diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego i dietetycznego, polepszeniem gospodarki lekami, zmniejszeniem ilości zakażeń wewnątrzszpitalnych. Przeprowadziliśmy szkolenia dla kadry kierowniczej oraz dla pracowników, opracowaliśmy i wdrożyliśmy do praktyki szpitalnej procedury i standardy akredytacyjne. Po

uzyskaniu po raz pierwszy w 2009 r. akredytacji następne trzy lata to ciągłe doskonalenie stworzonego systemu zarządzania przez jakość i modyfikacja wdrożonych standardów i procedur postępowania. Pielęgniarki i położne z SPZOZ w Międzyrzeczu to pasjonatki w trosce o dobro pacjenta i Zakładu. Mimo trudnych chwil dla Służby Zdrowia w czasach gdzie roszczenia pacjentów są wygórowane i często nieuzasadnione, warunki socjalno bytowe personelu na minimalnym poziomie, ciągle przyświeca im Misja Zakładu „Salus Aegrotii Suprema Lex” /Zdrowie chorego prawem najwyższym/. Jestem szczęśliwa, że dane mi było pracować z tak wspaniałymi ludźmi przez wiele lat.

Ludwika Kaczmarczyk

## Dokumentacja medyczna

**D**okumentacja medyczna to zbiór materiałów zawierających dane i informacje medyczne dotyczące stanu zdrowia pacjentów oraz udzielanych im świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu w szpitalu lub wizyt lekarskich w przychodniach. Muszą ją prowadzić wszystkie podmioty lecznicze.

Dokumentacja medyczna dzieli się na:

- indywidualną – dotyczy ona konkretnego pacjenta korzystającego z usług medycznych wykonywanych przez dany szpital czy przychodnię oraz
- zbiorczą – odnosi się do ogółu chorych korzystających ze świadczeń zdrowotnych w placówce medycznej lub określonych grup pacjentów. Należą do niej księgi, rejestry, formularze itp.

Dokumentacja medyczna indywidualna również dzieli się na dwie grupy:

- wewnętrzną – przeznaczoną na potrzeby zakładu. Są to w szczególności historia zdrowia i choroby, w której dokonuje się wpisów o wydaniu pacjentowi niezbędnych dokumentów, np. w trakcie jego wypisywania ze szpitala, lub załącza jej kopie,
- zewnętrzną – skierowaną do pacjenta. Znajdują się w niej: skierowanie do szpitala, na badania diagnostyczne i konsultacje, zaświadczenia, orzeczenia, opinie lekarskie oraz karta informacyjna dotycząca przebiegu leczenia szpitalnego.

Dokumentacja musi być prowadzona w sposób czytelny. Wpisy do niej są sporządzane w porządku chronologicznym. Pod każdym z nich musi być podpis osoby sporządzającej jakiegokolwiek adnotacje w dokumentacji dotyczącej pacjenta. Nie mogą one być usunięte, a jeżeli został popełniony błąd, należy go skreślić i opatrzyć datą skreślenia i podpisem osoby dokonującej korekty wpisu. W dokumentacji muszą być zarówno dane pacjenta, jak i lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz kierującego na nie. Szpitale i przychodnie mogą prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej, ale po spełnieniu pewnych warunków. Przede wszystkim zakład równolegle musi prowadzić także dokumentację papierową, a także zapewnić bezpieczeństwo dostępu do informacji o pacjencie. Nie mogą mieć do nich dostępu osoby nieupoważnione, muszą być też zabezpieczone przed ewentualnym zniszczeniem.

Szpitale, przychodnie, poradnie i inne placówki opieki zdrowotnej a także apteki tworzą i przechowują znaczące zasoby dokumentów wrażliwych. Najważniejsze są w tym wypadku:

- kartoteki pacjentów,
- zapisy medyczne,
- wyniki badań,

- zdjęcia rtg,
- rozliczenia, zamówienia, faktury, umowy prawne oraz dokumentacja związana z zatrudnionymi pracownikami (te archiwizuje się na takich zasadach, jak w innych zakładach pracy).

Rodzaje i zakres dokumentacji medycznej reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).

Przygotowując archiwum do przechowania dokumentów, warto zwrócić uwagę, czy jest ono przystosowane do poufnego niszczenia dokumentacji (w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła). Oczywiście po okresie, po którym może to nastąpić.

### Przechowywanie dokumentacji medycznej

Podmiot leczniczy musi przechowywać dokumentację medyczną przez 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano w niej ostatniego wpisu.

Ale są wyjątki, które dotyczą:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon);
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie);
- skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres pięciu lat (licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia);
- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia drugiego roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

Terminy te wynikają wprost z ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159).

### Dokumentacja medyczna pacjenta jest własnością podmiotu leczniczego.

Dokumentacja musi zawierać co najmniej:

- oznaczenia pozwalające na ustalenie tożsamości pacjenta:

- nazwisko i imię (imiona),
- datę urodzenia,
- oznaczenie płci,
- adres miejsca zamieszkania,
- numer PESEL (w przypadku noworodka – numer PESEL

matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość);

- w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody – nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania;
- oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych ze wskazaniem komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych;
- opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych;
- datę sporządzenia.

### Udostępnianie dokumentacji medycznej

Zasady udostępniania opisane są w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 159).

Świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Podmiot leczniczy ma obowiązek udostępnić dokumentację medyczną:

- pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
- osobie upoważnionej przez pacjenta;
- upoważnionym organom.

Po śmierci pacjenta, prawo wglądu w dokumentację medyczną ma osoba upoważniona przez pacjenta za życia.

Dokumentacja medyczna może być udostępniana także:

- innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych, jeżeli jest ona niezbędna do zapewnienia ciągłości świadczeń zdrowotnych;
- organom władzy publicznej, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, organom samorządu zawodów medycznych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, w zakresie niezbędnym do wykonywania przez te podmioty ich zadań, w szczególności kontroli i nadzoru;
- ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, sądom, w tym sądom dyscyplinarnym, prokuraturom, lekarzom sądowym i rzecznikom odpowiedzialności zawodowej, w związku z prowadzonym postępowaniem;
- uprawnionym na mocy odrębnych ustaw organom i instytucjom – jeżeli badanie, którego dotyczy dokumentacja, zostało przeprowadzone na ich wniosek;
- organom rentowym oraz zespołom do spraw orzekania o niepełnosprawności – w związku z prowadzonym przez nie postępowaniem;
- podmiotom prowadzącym rejestry usług medycznych – w zakresie niezbędnym do prowadzenia rejestrów;
- zakładom ubezpieczeń – za zgodą pacjenta;
- lekarzowi, pielęgniarce lub położnej, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie

przepisów o akredytacji w ochronie zdrowia – w zakresie niezbędnym do jej przeprowadzenia;

- szkole wyższej lub jednostce badawczo-rozwojowej do wykorzystania dla celów naukowych – bez ujawniania nazwiska i innych danych umożliwiających identyfikację osoby, której dokumentacja dotyczy.

**Dokumentacja medyczna jest udostępniana na podstawie decyzji kierownika zakładu lub osoby przez niego upoważnionej.**

### Formy udostępniania

Dokumentacja medyczna może zostać udostępniona:

- do wglądu w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów lub kopii;
- poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli uprawniony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

W działaniach tych należy postępować sprawnie, zwłaszcza gdy dokumentacji domaga się pacjent, w przypadku którego zwłoka może opóźnić proces leczenia.

### Zasady odpłatności

Za udostępnienie dokumentacji medycznej w formie wyciągów, odpisów lub kopii podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych może pobierać opłatę. Podstawą wyciszczenia kwoty odpłatności jest publikowana przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wysokość przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale.

### Maksymalna wysokość opłat za:

- **jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej** – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
- **jedną stronę kopii dokumentacji medycznej** – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;
- **sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli zakład prowadzi dokumentację medyczną w formie elektronicznej** – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale;

**Maksymalne opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej (marzec, kwiecień, maj, czerwiec 2013 r.) wynoszą: jedna strona wyciągu lub odpisu – 7,22 zł, jedna strona kopii – 0,74 zł, wyciąg, odpis lub kopia na nośniku elektronicznym – 7,22 zł.**

**Sporządził: Marcin Kosmański Asystent ds. prawnych**

źródło://www.izbapiel.org.pl/

## Dokumentacja medyczna w pracy środowiskowej

### Dokumentacja medyczna w pracy środowiskowej

Mimo istotnej roli, jaką odgrywają położne i pielęgniarki środowiskowe w systemie opieki zdrowotnej, niewiele miejsc poświęcono zagadnieniu opieki środowiskowej w przepisach dotyczących dokumentowania świadczeń zdrowotnych. Trzeba jednak wiedzieć, jakie wymogi należy w tym względzie spełnić.

Świadczenia opieki środowiskowej, które są udzielane przez pielęgniarkę lub położną służą zapewnieniu opieki pacjentowi w miejscu jego pobytu. Ich realizacja wymaga nie tylko umiejętności obserwacji wpływu najbliższego otoczenia na stan zdrowia pacjenta, ale i starannego odnotowania uzyskanych danych.

#### AKTY PRAWNE

Podstawowymi aktami prawnymi dotyczącymi dokumentacji medycznej są ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz.U. 2012 póź. 159 ze zm.), a także wydane na jej podstawie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. 2010 Nr 252 póź. 1697 ze zm.). W wymienionych aktach prawnych znaleźć można wskazania, jakie informacje mają zostać zawarte, jednak brak jest graficznego wzoru dokumentacji medycznej w opiece środowiskowej. Z punktu widzenia wymogów stawianych przez płatnika, na podstawie Zarządzenia nr 69/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obowiązywał m.in. wzór Indywidualnej Karty Opieki Pielęgniarskiej w POZ oraz wzór Indywidualnego Planu Opieki w pielęgniarskiej opiece środowiskowej. W późniejszych zarządzeniach zrezygnowano jednak z tego typu regulacji na rzecz odesłań do zasad prowadzenia dokumentacji medycznej określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Brak określonego wzoru graficznego z jednej strony daje szansę na stworzenie własnych formularzy dokumentacji medycznej dostosowanych do potrzeb konkretnej placówki, z drugiej strony może przysparzać trudności przy wypisywaniu dokumentacji medycznej i prowadzić do nieuwzględnienia wszystkich wymaganych prawem danych. Przygotowując dokumentację medyczną, warto przyjrzeć się zmianom obowiązującym od 1 stycznia 2013 r. Analiza obowiązujących przepisów powinna skłonić do refleksji nad jakością dokumentacji medycznej, jej kompletnością i zgodnością z oczekiwaniami płatnika. Poniżej omówiono obowiązujące od 1 stycznia 2011 r. zasady prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w pracy środowiskowej, uwzględniając również najnowszą nowelizację.

**HISTORIA ZDROWIA I CHOROBY** Na zasady prowadzenia dokumentacji medycznej wpływa rodzaj prowadzonej działalności. Zadania z zakresu opieki środowiskowej można wykonywać w ramach praktyki zawodowej lub podmiotu udzielającego świadczeń ambulatoryjnych i od tego zależeć będzie, jak powinno wyglądać dokumentowanie świadczeń.

Dokumentacja medyczna opieki środowiskowej w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym stanowi część historii zdrowia i choroby. Rozporządzenie dopuszcza możliwość zakładania odrębnej historii zdrowia i choroby dla poszczególnych komórek organizacyjnych, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem świadczeń. Korzystając z tego zapisu, można założyć osobną historię zdrowia i choroby pacjenta dla opieki środowiskowej realizowanej przez pielęgniarki lub położne, jednak zasadą jest prowadzenie jednej historii zdrowia i choroby pacjenta dla całego podmiotu. Historia zdrowia i choroby składa się z trzech zasadniczych części. Obejmują one:

- informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów (nie wskazano, że tę część musi wypełniać koniecznie lekarz -może to zrobić również pielęgniarka lub położna),

- informacje na temat porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych (wypełnia lekarz; jeżeli dokumentacja jest tworzona na potrzeby komórki lub jednostki organizacyjnej, w której świadczeń udzielają wyłącznie pielęgniarki i położne, tę część można pominąć we wzorze dokumentacji medycznej),

- dane związane z opieką środowiskową, w tym z wizytami patronażowymi. DANE IDENTYFIKACYJNE Zanim jednak przejdziemy do opisu udzielanych świadczeń i części poświęconej stanowi zdrowia pacjenta, należy uzupełnić część dotyczącą identyfikacji świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy. Rozpoczynamy od wskazania danych podmiotu udzielającego świadczeń, czyli nazwy (w przypadku podmiotu leczniczego również nazwy i adresu przedsiębiorstwa podmiotu) oraz kodów resortowych - części I, dla podmiotów posiadających wyodrębnione jednostki organizacyjne również części V, a w przypadku wyodrębnienia komórek organizacyjnych - części VII kodów resortowych. To, czy podmiot posiada komórki czy jednostki organizacyjne zależy od jego struktury organizacyjnej, przy czym podmiot leczniczy może posiadać jednocześnie jednostki i komórki organizacyjne.

Od 1 stycznia 2013 r. przepis dotyczący oznaczenia podmiotu leczniczego w dokumentacji medycznej zyskał nowe brzmienie wynikające z dostosowania rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania względem ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 Nr 112 póź. 654 ze zm.). W związku ze zmianami zweryfikowania wymaga zakres danych stosowanych do oznaczenia podmiotu na wzorach dokumentacji medycznej lub pieczętkach.

W części dotyczącej identyfikacji pacjenta należy zawrzeć takie informacje, jak:

- nazwisko i imię (imiona),
- datę urodzenia,
- numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku

noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,

- oznaczenie płci (ta informacja jest często pomijana w dokumentacji medycznej, chociaż jej zamieszczenie jest obowiązkowe),

- adres miejsca zamieszkania (niekoniecznie musi być to adres zameldowania, jak w dowodzie osobistym),

- gdy pacjentem jest osoba małoletnia, całkowicie ubezwłasnowolniona lub niezdolna do świadomego wyrażenia zgody - nazwisko i imię (imiona) przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania.

Pacjent może posiadać szczególne uprawnienia do świadczeń zdrowotnych, np. jako zasłużony honorowy dawca krwi, inwalida wojskowy lub wojenny albo weteran poszkodowany. Fakt posiadania szczególnych uprawnień do świadczeń zdrowotnych również musi zostać odnotowany w dokumentacji medycznej.

### INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

Kolejna część historii zdrowia i choroby, która może być wypisywana przez pielęgniarkę lub położną zawiera informacje dotyczące ogólnego stanu zdrowia, chorób, problemów zdrowotnych lub urazów, czyli w szczególności dane na temat przebytych chorób, chorób przewlekłych, pobytów w szpitalu, zabiegów lub operacji, szczepień i stosowanych surowic, uczuleń oraz obciążeń dziedzicznych. Dane mają stanowić podstawę oceny ogólnej pacjenta pozwalającej na zdiagnozowanie głównych problemów i zagrożeń oraz opracowanie planu opieki pielęgniarskiej lub położniczej, zabronione jest gromadzenie danych związanych z pacjentem, które nie wpływają bezpośrednio na przebieg opieki środowiskowej, np. stan cywilny, wysokość emerytury, poglądy religijne.

### ZAPIS UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ

Bieżący zapis świadczeń udzielanych pacjentowi powinien zostać zawarty w części historii zdrowia i choroby poświęconej opiece środowiskowej. Część ta obejmuje opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz rodzaj i zakres czynności pielęgniarki lub położnej dotyczących pacjenta i jego środowiska - w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarza. W praktyce oznacza to, że należy określić przyczyny i cel opieki, a następnie przy okazji każdej wizyty wyszczególnić zgodne z planem świadczenia udzielone pacjentowi oraz ich wpływ na stan jego zdrowia. Kolejne wpisy muszą być oznaczone danymi pielęgniarki lub położnej oraz jej podpisem. Każda pielęgniarka i położna powinna posiadać pieczętkę określającą:

- **imię i nazwisko,**

- **tytuł zawodowy,**

- **wszystkie uzyskane specjalizacje,**

- **numer prawa wykonywania zawodu.**

Pieczętka posłuży do autoryzowania każdego wpisu w dokumentacji medycznej. Innym rozwiązaniem jest wydruk

dokumentacji medycznej personalizowanej, tj. zawierającej pod każdym miejscem na wpis dane pielęgniarki (jak na pieczętce) oraz miejsce na podpis. Nie jest poprawnym oznaczenie pierwszej strony dokumentacji medycznej danymi pielęgniarki prowadzącej pacjenta i umieszczanie samego podpisu pod kolejnymi wpisami.

### W WYPADKU TZW. KONTRAKTÓW

Wprowadzone zmiany w rozporządzeniu dotyczącym dokumentacji medycznej rozstrzygnęły jednoznacznie pojawiające się wątpliwości związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej przez pielęgniarki i położne na tzw. kontraktach. Jeżeli pielęgniarka lub położna prowadzi praktykę zawodową wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, obowiązują ją zasady właściwe dla podmiotu leczniczego. Jedynie pielęgniarkę lub położną prowadzącą praktykę zawodową poza podmiotem leczniczym (czyli niezależnie od innego podmiotu, bez tzw. kontraktu ze szpitalem czy przychodnią) obowiązują zasady prowadzenia dokumentacji medycznej właściwe dla pielęgniarki i położnej udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej.

Dla praktyk zawodowych pielęgniarki lub położnej wskazano jako formy dokumentacji wewnętrznej, obok karty obserwacji przebiegu porodu, której wzór graficzny określono, kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej, kartę indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, kartę wywiadu środowiskowo—rodzinnego oraz kartę wizyty patronażowej. W prowadzeniu dokumentacji medycznej praktyki zawodowej niezmiennie pozostają zasady odnoszące się do identyfikacji świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy oraz sposób prowadzenia części dotyczącej informacji o ogólnym stanie zdrowia, chorobach, problemach zdrowotnych i urazach pacjenta. Ponadto dokumentacja pracy środowiskowej ma zawierać ocenę środowiskową opartą na przeprowadzonym wywiadzie oraz dane dotyczące porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych obejmujące datę świadczenia, rozpoznanie wg ICD-10, informacje o zleconych badaniach lub konsultacjach i opis udzielonych świadczeń zdrowotnych z zaznaczeniem świadczeń zleconych przez lekarza. Wskazanie świadczeń wykonanych na zlecenie lekarza musi nastąpić z podaniem imienia, nazwiska, specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu lekarza.

### DLA WŁASNEGO BEZPIECZEŃSTWA

Realizując wymogi stawiane przez przepisy, nie należy zapominać o funkcjonalności. Dokumentacja ma służyć przede wszystkim pielęgniarce lub położnej w jej codziennej pracy - obrazować wykonywane czynności, zmiany w stanie zdrowia pacjenta oraz oddziaływanie czynników środowiskowych na wdrożone postępowanie lecznicze. Czytelne i rzetelnie prowadzone zapisy w dokumentacji medycznej mogą być również cennym źródłem dowodowym w przypadku roszczeń pacjenta lub jego bliskich zarzucających nieprawidłowości w opiece. W trosce o własne bezpieczeństwo prawne każda pielęgniarka i położna powinna zadbać o to, by pracować na przyjaznej jej dokumentacji, której wypełnianie nie będzie niepotrzebnie czasochłonne i będzie odzwierciedlało wszystkie działania wykonywane na rzecz pacjenta.

### **Pamiętaj koniecznie**

Niezależnie od miejsca realizowania świadczeń, prowadząc dokumentację medyczną, należy zadbać o:

- połączenie stron dokumentacji medycznej - nie mogą być to luźne kartki wrzucone w kopertę czy teczkę,
- numerowanie stron,
- opisanie każdej strony dokumentacji medycznej przynajmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta,
- przyjęcie od pacjenta i dołączenie do dokumentacji medycznej oświadczeń o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej pacjenta,

- stosowanie dla oznaczenia rozpoznania choroby, problemu zdrowotnego lub urazu nazwy i numeru statystycznego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w wersji pięciodziesięciodziesiątnej wraz ze słownym opisem (kropka jest liczona jako znak, np. Z76.2 -Nadzór zdrowotny i opieka nad innymi zdrowymi noworodkami i dzieckiem).

*MGR PRAWA IWONA MAGDALENA  
ALEKSANDROWICZ*

*doktorantka Szkoły Wyższej Prawa i Dyplomacji w Gdyni,  
specjalista ds. administracyjno-prawnych  
w NZOZ „Przychodnia” Sp. z o.o. w Kościerzynie*

Źródło: Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 1-2/2013

## **Nowe Przepisy dotyczące profilaktyki zranień personelu medycznego**

**27** czerwca 2013 wchodzi w życie rozporządzenie Ministra zdrowia w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U.696).

Rozporządzenie ma na celu wdrożenie dyrektywy Rady UE 2010/32 DE z dnia 10 maja 2010 r. w sprawie wykonania umowy ramowej dotyczącej zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze szpitali i opieki zdrowotnej zawartej między HOSPEEM a EPSU (Dz. Urz. UE L 134 z 1.06.2010, str. 66). Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami przy udzielaniu zdrowotnych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Transpozycja wspomnianej dyrektywy ma w znaczący sposób podnieść świadomość zagrożeń związanych z zranieniami w ochronie zdrowia, co w konsekwencji doprowadzi do wzrostu liczby zranień rejestrowanych jako wypadki przy pracy.

Celem wprowadzenia nowych przepisów jest zapewnienie lepszego monitorowania problemu zranień w ochronie zdrowia, co w konsekwencji będzie miało pozytywny wpływ na działania służące ograniczeniu ryzyka zranień i długofalowych konsekwencji zdrowotnych mogących być ich skutkiem. Przede wszystkim chodzi o zmniejszenie ryzyka

zakażenia się przez personel medyczny chorobami takimi jak: HCV, HBV czy HIV. Regulacja nie obejmuje swym zakresem podmiotowym osób nie będących pracownikami w rozumieniu Kodeksu pracy. Oznacza to, że nie obejmuje ona osób wykonujących zawód medyczny w ramach prywatnej praktyki zawodowej.

Rozporządzenie nakłada na pracodawców obowiązek wdrożenia wszelkich dostępnych środków eliminujących lub ograniczających stopień narażeń na zranienie ostrymi narzędziami przez personel medyczny. Ponadto, pracodawca zobowiązany będzie do oceny ryzyka narażenia na zranienie z uwzględnieniem rodzaju, stopnia oraz czasu trwania takich narażeń. Ocena tego ryzyka ma być aktualizowana w odniesieniu do zmian mających znaczenie dla zdrowia pracowników oraz aktualnej wiedzy medycznej i postępów w zakresie BHP.

Pracodawca będzie również zobowiązany do oceny dostępności narzędzi zawierających mechanizmy chroniące przed zranieniem. Przedmiotowej oceny będzie zobowiązany dokonywać nie rzadziej niż raz na 2 lata. Obowiązkiem pracodawcy będzie stworzenie procedur postępowania z ostrymi narzędziami oraz aktualizowanie tych procedur w związku z dokonującym się postępem technologicznym oraz v zakresie BHP.

Opracowanie: Robert Kuczyński, RPE WKP

Źródło: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl), stan z dnia 20 czerwca 2013r.

**Zapraszamy do odwiedzania naszej strony internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)**

Znajdziecie w niej Państwo szereg przydatnych informacji:

- aktualności,
- dział PWZ,
- konferencje, szkolenia,
- ośrodek informacyjno edukacyjny,
- wnioski do pobrania,
- ośrodek kształcenia



**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2013 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (Dz. U. z dnia 19 czerwca 2013 r.)**

Na podstawie art. 237<sup>15</sup> § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.<sup>3)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1. 1.** Rozporządzenie określa warunki bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

2. Ostrymi narzędziami w rozumieniu rozporządzenia są wyroby medyczne służące do cięcia, kłucia oraz mogące spowodować zranienie lub przeniesienie zakażenia.

3. Ilekroć przepisy rozporządzenia odnoszą się do pracowników, rozumie się przez to także osoby fizyczne wykonujące pracę na innej podstawie niż stosunek pracy, doktorantów, studentów i uczniów niebędących pracownikami oraz wolontariuszy, a także osoby prowadzące pod nadzorem pracodawcy lub w miejscu wyznaczonym przez pracodawcę działalność gospodarczą na własny rachunek.

**§ 2.** W celu ochrony pracowników przed zranieniami ostrymi narzędziami pracodawca stosuje, na warunkach określonych w rozporządzeniu, wszelkie dostępne środki eliminujące lub ograniczające stopień narażenia na zranienia ostrymi narzędziami.

**§ 3. 1.** Przed wyborem środków, o których mowa w § 2, pracodawca dokonuje oceny ryzyka zawodowego zranienia ostrym narzędziem oraz przeniesienia zakażenia w wyniku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny na danym stanowisku pracy, zwanych dalej "narażeniem", uwzględniając w szczególności:

1) klasyfikację i wykaz szkodliwych czynników biologicznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 222<sup>1</sup> § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy oraz zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowane chorobami, które mogą wystąpić w następstwie zakażenia, a także możliwego działania toksycznego lub alergizującego szkodliwych czynników biologicznych;

2) stan zdrowia pracownika, w tym w szczególności choroby przewlekłe, na które choruje;

3) określenie narażenia, w tym rodzaj, stopień oraz czas jego trwania;

4) czynności, w trakcie których może dojść do narażenia;

5) rodzaje wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych ostrych narzędzi, warunki pracy, sposób organizacji pracy, poziom kwalifikacji personelu, czynniki psychospołeczne i inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;

6) decyzje, wystąpienia i zalecenia pokontrolne organów kontroli i nadzoru nad warunkami pracy, wydane na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonych w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

2. Ocenę ryzyka, o której mowa w ust. 1, przeprowadza się:

1) okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata,

2) w każdym przypadku wystąpienia na stanowisku pracy zmian mających lub mogących mieć znaczenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w miejscu pracy

- uwzględniając aktualną wiedzę medyczną i techniczną oraz wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe.

**§ 4. 1.** W celu eliminacji lub ograniczenia narażenia pracodawca, we współpracy z przedstawicielami pracowników, podejmuje kolejno następujące działania:

1) opracowuje i wdraża procedury bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym będącymi odpadami medycznymi, w szczególności obejmujące zakaz ponownego zakładania osłonek na ostre narzędzia;

2) jeżeli charakter wykonywanych świadczeń zdrowotnych na to pozwala, eliminuje przypadki zbędnego stosowania ostrych narzędzi przez wdrożenie zmian w praktyce oraz, na podstawie wyników oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, zapewnia ostre narzędzia zawierające rozwiązania chroniące przed zranieniem;

3) opracowuje i wdraża procedury używania odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia środków ochrony indywidualnej;

4) analizuje raport, o którym mowa w § 11.

2. Procedury, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, sporządza się w formie papierowej i elektronicznej i zapewnia ich dostępność w każdej jednostce organizacyjnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której są udzielane świadczenia zdrowotne.

3. Pracodawca okresowo, nie rzadziej niż raz na dwa lata, poddaje procedury ocenie i w razie potrzeby je aktualizuje, uwzględniając postęp techniczny oraz dostępność ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wiedzę w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy, w tym wyniki prac naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe, oraz zapewnia pracownikom, w toku szkoleń, o których mowa w § 7, informacje o wprowadzonych zmianach.

**§ 5. 1.** Pracodawca, uwzględniając wyniki oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, podejmuje działania eliminujące lub ograniczające ryzyko wystąpienia zranień ostrymi narzędziami oraz zakażeń, obejmujące:

1) organizację miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób pozwalający na uniknięcie lub zminimalizowanie narażenia;

2) zapewnienie warunków bezpiecznego zbierania, przechowywania oraz usuwania odpadów medycznych, z zastosowaniem łatwo dostępnych, bezpiecznych i oznakowanych pojemników, w miarę możliwości

umieszczonych w pobliżu miejsc używania lub przechowywania ostrych narzędzi;

3) wdrożenie odpowiednich środków profilaktycznych uwzględniających organizację i warunki pracy, czynniki psychospołeczne oraz inne czynniki związane ze środowiskiem pracy;

4) zapewnienie środków ochrony indywidualnej, odpowiednich do rodzaju i stopnia narażenia.

2. Jeżeli w wyniku oceny ryzyka, o której mowa w § 3 ust. 1, pracodawca zidentyfikuje możliwości wystąpienia narażenia pracownika na szkodliwy czynnik biologiczny, przeciw któremu jest dostępne szczepienie ochronne, pracownika informuje się o korzyściach szczepienia, możliwych niepożądanych odczynach poszczepiennych oraz możliwych skutkach niepoddania się takiemu szczepieniu. Szczepienie jest przeprowadzane na zasadach określonych w art. 17 i art. 18 oraz art. 20 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570, z późn. zm.<sup>4)</sup>).

#### § 6. Pracodawca:

1) zapewnia pracownikom stały dostęp do instrukcji oraz innych sporządzonych w formie papierowej i elektronicznej informacji o zasadach używania ostrych narzędzi i środków ochrony indywidualnej, określonych w procedurach, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 i 3, a także obowiązujących przepisach z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przy wykonywaniu prac związanych z narażeniem na zranienie ostrymi narzędziami używanymi przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;

2) promuje dobre praktyki zapobiegania narażeniu, w szczególności opracowuje w konsultacji z przedstawicielami pracowników materiały informacyjne dotyczące tych praktyk;

3) prowadzi wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w § 10;

4) informuje pracowników o:

a) ryzyku związanym z narażeniem,

b) zasadach postępowania w przypadku narażenia, zgodnie z procedurą, o której mowa w § 9, w tym o badaniach lekarskich, badaniach laboratoryjnych, poekspozycyjnym szczepieniu ochronnym, uodpornieniu biernym oraz profilaktycznym leczeniu poekspozycyjnym, z których pracownik może skorzystać w przypadku zranienia lub kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym,

c) osobach wykonujących zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy oraz sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami.

§ 7. 1. Pracodawca prowadzi systematyczne szkolenia mające na celu zapobieganie narażeniu i jego skutkom.

2. Szkolenia, o których mowa w ust. 1, obejmują w szczególności zagadnienia dotyczące:

1) prawidłowego postępowania z ostrymi narzędziami, w tym narzędziami zawierającymi rozwiązania chroniące przed zranieniem;

2) potencjalnego zagrożenia dla życia i zdrowia spowodowanego zranieniem ostrym narzędziem oraz kontaktem z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym;

3) środków, które należy podjąć w celu zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami, obejmujące standardowe środki ostrożności, bezpieczne systemy pracy, prawidłowe stosowanie i procedury usuwania ostrych narzędzi i odpadów oraz znaczenie uodpornienia przy użyciu szczepionek;

4) wyposażenia i stosowania środków ochrony indywidualnej odpowiednich dla rodzaju i stopnia narażenia;

5) procedury postępowania poekspozycyjnego, o której mowa w § 9;

6) procedur zgłaszania oraz prowadzenia wykazu zranień ostrymi narzędziami i sprawozdawczości w tym zakresie;

7) okoliczności i przyczyn zranień ostrymi narzędziami, w tym wyników analiz w tym zakresie zawartych w raporcie, o którym mowa w § 11.

3. Szkolenia przeprowadza się w trybie określonym w przepisach w sprawie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.

§ 8. 1. Pracownik niezwłocznie zgłasza każdy przypadek zranienia ostrym narzędziem pracodawcy lub osobie wykonującej zadania służby bezpieczeństwa i higieny pracy, a w razie kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym - również lekarzowi wskazanemu w procedurze, o której mowa w § 9, w celu przeprowadzenia postępowania poekspozycyjnego.

2. W przypadku zranienia pracownika ostrym narzędziem pracodawca:

1) bada przyczyny i okoliczności zranienia oraz odnotowuje je w wykazie, o którym mowa w § 10;

2) jeżeli to konieczne, dokonuje zmian w procedurze bezpiecznego postępowania z ostrymi narzędziami, o której mowa w § 4 ust. 1 pkt 1, lub informuje pracowników o nowym ryzyku związanym z używaniem ostrego narzędzia;

3) informuje lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracownikami - w przypadku ekspozycji na krew lub inny potencjalnie zakaźny materiał biologiczny.

§ 9. 1. Pracodawca opracowuje i wdraża procedurę postępowania poekspozycyjnego, umożliwiającą niezwłoczne udzielenie poszkodowanemu pomocy medycznej oraz zapobieżenie skutkom narażenia, a także objęcie go profilaktyczną opieką zdrowotną po narażeniu zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

2. Procedura, o której mowa w ust. 1, uwzględnia w szczególności konieczność oszacowania ryzyka zakażenia oraz podjęcia niezwłocznych działań profilaktycznych, w tym w szczególności przeprowadzenia badania lekarskiego, wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych, przeprowadzenia w razie potrzeby poekspozycyjnego szczepienia ochronnego i uodpornienia biernego, lub profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego, a także wykonanie badań lekarskich oraz niezbędnych badań dodatkowych w regularnych odstępach czasu po narażeniu.

§ 10. 1. Wykaz zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych zawiera następujące informacje:

1) kolejny numer zdarzenia w roku;

2) datę zdarzenia;

3) jednostkę organizacyjną podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w której doszło do zranienia;

- 4) rodzaj i model narzędzia, które spowodowało zranienie;
  - 5) rodzaj procedury medycznej oraz czynność, w trakcie której doszło do zranienia;
  - 6) inne informacje uzyskane w trakcie postępowania przy ustalaniu okoliczności i przyczyn zranienia ostrym narzędziem.
2. W wykazie, o którym mowa w ust. 1, nie zamieszcza się danych osobowych.

**§ 11. 1.** Pracodawca, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy, sporządza raport o bezpieczeństwie i higienie pracy w podmiocie leczniczym w zakresie zranień ostrymi narzędziami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Raport, o którym mowa w ust. 1, zawiera w szczególności następujące informacje:

- 1) tabelaryczne zestawienie liczby zranień ostrymi narzędziami, do których doszło w podmiocie leczniczym w okresie sprawozdawczym oraz w równym mu długością okresie poprzedzającym, w podziale na jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego;
- 2) tabelaryczne zestawienie stosowanych w podmiocie leczniczym rodzajów ostrych narzędzi, z wyszczególnieniem, które z nich zawierają rozwiązania chroniące przed zranieniem;
- 3) analizę okoliczności i przyczyn zranień, ze szczególnym uwzględnieniem ich przyczyn systemowych;
- 4) propozycje możliwych działań mających na celu ograniczenie liczby zranień, w tym możliwości wprowadzenia do użytku w podmiocie leczniczym nowych rodzajów ostrych narzędzi zawierających rozwiązania chroniące przed zranieniem, wraz z oszacowaniem kosztów takich działań;
- 5) informacje o działaniach, o których mowa w § 4 ust. 3, jeżeli były realizowane w okresie sprawozdawczym;

6) informacje o wprowadzonych zmianach w zakresie szkoleń, o których mowa w § 7.

3. Pracodawca udostępnia raport pracownikom.

4. Pracodawca w konsultacji z przedstawicielami pracowników dokonuje okresowej weryfikacji procedur zgłaszania zranień ostrymi narzędziami, zakresu i rodzajów analiz zawartych w raporcie, a także rozważa prowadzenie zbiorów informacji statystycznych obejmujących przypadki zranień ostrymi narzędziami oraz kontaktu z krwią lub innym potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym, w tym dla celów:

- 1) rozszerzonej analizy epidemiologicznej okoliczności i przyczyn tych narażeń w podmiocie leczniczym;
- 2) uczestnictwa w pracach naukowo-badawczych mających na celu eliminację lub ograniczenie przyczyn powodujących wypadki przy pracy i choroby zawodowe;
- 3) uczestnictwa w dobrowolnych systemach nadzoru epidemiologicznego nad narażeniami zawodowymi realizowanych na szczeblu regionalnym, krajowym lub międzynarodowym, w szczególności przez instytuty badawcze, uczelnie medyczne lub agencje Unii Europejskiej.

**§ 12.** Pierwszy raport, o którym mowa w § 11 ust. 1, sporządza się nie później niż do dnia 28 lutego 2014 r.

**§ 13.** Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

### **Opinia w sprawie podawania przez pielęgniarkę szczepionek dla dzieci, z którymi do punktu szczepień zgłaszają się rodzice,**

Zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, póź. 1570, późn. zm.) obowiązkowe szczepienia ochronne finansowane są ze środków publicznych, a realizowane przez świadczeniodawcę, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł stosowne umowy. Natomiast w przypadku osób nieposiadających uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, koszty szczepień są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Same szczepionki, służące do przeprowadzania obowiązkowych szczepień ochronnych, zakupuje Minister Zdrowia zgodnie z przepisami o zamówieniach publicznych. Ustawa nie wyklucza podania szczepionki uzyskanej poza tym trybem. Zgodnie bowiem z art. 18 ust. 9 ww. ustawy, osoba może się poddać obowiązkowemu szczepieniu ochronnemu z zastosowaniem szczepionki innej niż nabyta przez Ministra Zdrowia. Jednak w takim wypadku ponosi koszt jej zakupu.

Pielęgniarka może zatem wykonać inną szczepionkę niż dystrybuowaną przez Ministra Zdrowia. Dostarczony produkt leczniczy (np. przyniesiony przez rodziców) musi być dopuszczony do obrotu na terenie Polski oraz odpowiadać merytorycznym wymogom danego szczepienia, wytyczonym w Komunikacie Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2013 (Dz. Urz. Ministra Zdrowia z dnia 30 października 2012 r. póź. 78).

Pielęgniarki powinny również zachować warunki stosowania szczepionki określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego tego preparatu. W zasadzie w takich okolicznościach pielęgniarki nie powinny odpowiadać za ewentualne niekorzystne następstwa użycia takiego produktu. W praktyce należy jednak zachować dodatkowe środki ostrożności. Przepisy określają bowiem odpowiednie standardy przechowywania i dystrybucji szczepionek (np. z art. 18 ust. 8 ww. ustawy wynika, iż szczepionki zakupione przez Ministra Zdrowia są transportowane i przechowywane z zachowaniem łańcucha chłodniczego oraz na zasadach

określonych w przepisach prawa farmaceutycznego). Wymogi te mają zapewnić trwałość i skuteczność danej szczepionki. W przypadku produktu leczniczego dostarczonego przez samego zainteresowanego może wystąpić ryzyko niezachowania tych zasad. Pielęgniarka powinna więc uprzedzić rodziców lub opiekuna prawnego o zaistnieniu zagrożenia i uzyskać od nich informację na temat przechowywania czy dystrybucji danej szczepionki (tzn. odebrać odpowiednie oświadczenie na piśmie o w/w okolicznościach, formularz zgody i odmowy, zgody na szczepienie oraz formularz dotyczący wykorzystania szczepionki dostarczonej przez pacjenta). Jeśli istnieją w tym zakresie uzasadnione wątpliwości (np. pacjent nie wie, nie jest pewien lub rażąco naruszył wymagane warunki), pożądana jest odmowa pielęgniarki użycia dostarczonego produktu. Na mocy bowiem art. 11 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, póź. 1039, z późn. zm.), pielęgniarka wykonuje swój zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowania praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto art. 12 ww. ustawy stanowi, że pielęgniarka może odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z jej sumieniem lub zakresem posiadanych kwalifikacji, podając przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej. W przypadku odmowy pielęgniarka ma obowiązek niezwłocznego uprzedzenia pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o takiej odmowie. W przypadku odstąpienia od realizacji świadczeń zdrowotnych pielęgniarka ma obowiązek uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. W sytuacji, gdy pielęgniarka ma uzasadnione wątpliwości co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić jej wykorzystania i zasugerować produkt, który wątpliwości tych nie stwarza (dotyczy to także przypadków, gdy szczepionka przechowywana w lodówce pacjenta uległa zamrożeniu, np. w wyniku umieszczenia jej w zamrażalniku lub w bezpośrednim kontakcie z oblodzoną ścianą lodówki). Odebranie wspomnianego powyżej oświadczenia jest wskazane, gdyż wykonanie szczepienia wymaga

odpowiedniego udokumentowania. Na mocy bowiem art. 17 ust. 8 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, osoby przeprowadzające szczepienia ochronne zostały zobowiązane do prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, w tym przechowywania karty uodpornienia oraz dokonywania wpisów potwierdzających wykonanie szczepienia. Rozwinięcie tej powinności następuje w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. Nr 182, póź. 1086).

Zgodnie z § 9, ust. 1, informacje na temat szczepień ochronnych wykonanych od dnia urodzenia są dokumentowane: w karcie uodpornienia, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia, w książeczce szczepień, której wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia, stanowiącej odrębną część włączoną do książeczki zdrowia.

W obu tych dokumentach należy odnotować informacje na temat nazwy użytej szczepionki, numeru jej serii oraz daty szczepienia. Dane te zamieszcza się w odpowiednich rubrykach na formularzu, odnośnie do poszczególnych rodzajów szczepień. Kartę uodpornienia przechowuje — jak wspomniano — osoba przeprowadzająca szczepienie ochronne. Natomiast książeczkę szczepień założoną dla dziecka przekazuje się za pokwitowaniem jego przedstawicielowi ustawowemu (osobie sprawującej prawną pieczę nad dzieckiem) lub opiekunowi faktycznemu.

W związku z powyższym, pielęgniarka posiadająca uprawnienia do wykonywania szczepień powinna je wykonać, jednakże w sytuacji uzasadnionych wątpliwości co do jakości szczepionki transportowanej i/lub przechowywanej w niewłaściwych warunkach, powinna odmówić podania takiej szczepionki.

Z poważaniem  
Dyrektor Departamentu  
Pielęgniarek i Położnych  
Beata Cholewka  
Przedruk za zgodą adresatki

## Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarkę autoszczepionki

W związku z niejasnościami w sprawie podawania przez pielęgniarki autoszczepionek przedstawiam stanowisko w przedmiotowej sprawie.

1. Autoszczepionka nie jest szczepionka, pomimo zbliżonej nazwy oraz jej mechanizmu działania. Szczepionki wykorzystuje się przede wszystkim w celu zapobiegania chorobom, a także w celach leczniczych. W przypadku wykonywania przez pielęgniarkę szczepień ochronnych oraz badań tuberkulinowych istnieje obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego w tym zakresie (§ 7 Rozporządzenia MZ

z dnia 19 grudnia 2002 roku w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2002 roku). Uznając, że autoszczepionka nie jest ani szczepieniem ochronnym, ani badaniem tuberkulinowym należy przyjąć, że do jej podania pielęgniarka nie ma obowiązku ukończenia kursu specjalistycznego.

2. Autoszczepionka nie posiada statusu produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terenie Polski zgodnie z Ustawą z 2001 roku Prawo Farmaceutyczne (Dz.U.OI.126.1381), stąd nie jest sprzedawana w aptekach. Autoszczepionka wytwarzana jest indywidualnie dla

pojedynczego pacjenta najczęściej przez laboratorium mikrobiologiczne niebędące wytwórcą produktów leczniczych w rozumieniu w/w ustawy, który nie posiada zezwolenia na produkcję i wprowadzanie do obrotu produktów leczniczych. Wynika z tego, że autoszczepionka nie jest dopuszczona do obrotu, nie podlega seryjnej kontroli jakości, mimo, iż nosi cechy produktu immunologicznego w rozumieniu przywołanej ustawy, która wymaga takiej kontroli. Ponadto autoszczepionka nie ma dołączonej instrukcji postępowania w przypadku wystąpienia działań niepożądanych. Leczenie autoszczepionkami jest dość kontrowersyjne, ze względu na brak jednoznacznych dowodów na efektywność i bezpieczeństwo ich stosowania. W wielu krajach europejskich autoszczepionki nie są podawane.

3. Podanie w Polsce autoszczepionki jest świadczeniem opieki zdrowotnej wykonywanym na zlecenie lekarza, niefinansowanym ze środków publicznych.

4. Biorąc pod uwagę, że autoszczepionka nie jest produktem leczniczym, może być użyta w leczeniu jedynie w ramach eksperymentu medycznego, leczniczego. Prawne ramy realizacji eksperymentu medycznego leczniczego reguluje ustawa Prawo Farmaceutyczne oraz ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry z 1996 roku (Dz. U. II.277.1634) i ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku (Dz. U. II.174.1039). Jeśli szczepionka wytwarzana jest na zlecenie lekarza w ramach eksperymentu leczniczego, wszyscy jego uczestnicy muszą wyrazić zgodę na udział w tym eksperymencie, po zapoznaniu się z celami i skutkami, oraz po wyrażeniu zgody na jego przeprowadzenie przez niezależną komisję bioetyczną. Pielęgniarka lub inna osoba biorąca udział w eksperymencie ma prawo do odmowy uczestniczenia w przypadku

uzasadnionych wątpliwości. W odniesieniu do pielęgniarki regulują to zapisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej tj.

- Art. 11.1. Pielęgniarka i położna wykonuje zawód z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej.

- Art. 12.2. Pielęgniarka i położna mogą odmówić wykonania zlecenia lekarskiego oraz wykonania innego świadczenia zdrowotnego niezgodnego z ich sumieniem lub z zakresem posiadanych kwalifikacji, poddając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie przełożonemu lub osobie zlecającej, chyba, że zachodzą okoliczności, o których mowa w ust.1.

- Art. 14.1. Pielęgniarka i położna mają prawo do uzyskania pełnej informacji o celowości, planowanym przebiegu i dających się przewidzieć skutkach eksperymentu medycznego, w którym mają uczestniczyć.

Podsumowując należy stwierdzić, że pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu na zlecenie lekarza może podać autoszczepionkę.

Uznając jednak, że w wielu krajach Unii Europejskiej wytwarzanie autoszczepionek jest zabronione, nie jest to produkt leczniczy, brak dowodów na efektywność i bezpieczeństwo jej stosowania i może być użyta w leczeniu jedynie w ramach eksperymentu medycznego leczniczego wymagającego zgody komisji bioetycznej i wszystkich jego uczestników pielęgniarka może odmówić jej podania.

Kraków, październik 2012 r.

*dr hab. Maria Kózka*

### **Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie podawania przez pielęgniarki środków kontrastowych oraz wymaganych kwalifikacji pielęgniarek w tym zakresie**

Zgodnie z art.4.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. Nr 174, poz.1039) z dnia 15 lipca 2011 roku pielęgniarka realizuje zlecenia lekarskie w procesie diagnostycznym, leczniczym i rehabilitacyjnym. Podawanie kontrastu choremu w trakcie badań diagnostycznych zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2011 r., Nr 51, poz. 265), z którego wynika, że lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej lub będący w trakcie takiej specjalizacji może zlecić innym lekarzom, radiofarmaceutom, technikom elektrodziagnostyki lub pielęgniarkom wykonywanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radio-farmaceutyczne. Lekarze ci sprawują nadzór nad wykonywaniem

zleconych czynności. Natomiast minimalne wymagania dla jednostki ochrony zdrowia udzielającej świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nowotworowych zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku (Dz.U. z 2011 r. Nr 48, poz. 253).

Z § 8 i 9 przywołanego rozporządzenia wynika, że jeżeli procedury tego wymagają, w jednostkach ochrony zdrowia, w pracowniach rentgenowskich zatrudnia się pielęgniarki posiadające umiejętności w zakresie procedur zabiegowych, a także obsługi strzykawki automatycznej. W jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury, opiekę anestezjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty

w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny.

W przypadku procedur radiologii zabiegowej nienaczyniowej udział tych osób określony jest opisem właściwej procedury ustalonej w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 33g ust. 15 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. - Prawo atomowe (Dz. U. z 2007 r. Nr 42, poz. 276).

Z przytoczonych aktów prawnych wynika, że pielęgniarka zatrudniona w pracowni tomografii komputerowej wykonuje zlecenia lekarskie w zakresie podawania środków kontrastowych w strzykawce automatycznej pod nadzorem lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje.

Pielęgniarka nie posiada uprawnień do podawania leków, środków kontrastowych bezpośrednio dożylnie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7

listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, póź.1540). W przypadku procedur radiologii zabiegowej pielęgniarka powinna posiadać ukończone kształcenie podyplomowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku.

*Kraków, listopad 2012 r.  
dr hab. Maria Kózka*

### **Opinia w sprawie asystowania pielęgniarki bez ukończonego kursu specjalistycznego przy zabiegach endoskopowych**

Biorąc pod uwagę przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. 2 1998, r. Nr 221, poz. 94 z późn. zm.), należy wskazać, że zgodnie z Kodeksem pracy pracownik powinien być zatrudniony na stanowisku pracy zgodnie z jego kwalifikacjami, celem wykonywania powierzonych mu zadań w sposób bezpieczny. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011, Nr 17, póź. 1039). Zgodnie z art. 4 ust 1 pkt 5 ww. ustawy wykonywanie zawodu pielęgniarki polega, między innymi na realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Biorąc jednak pod uwagę zapis Dyrektywy 36/2005 WE Parlamentu Europejskiego, który określa, że pielęgniarka, po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej uzyskuje kwalifikacje ogólne i jest tzw. pielęgniarką ogólną, powierzanie jej świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia przez nią odpowiedniego szkolenia w tym zakresie.

Odnosząc się bezpośrednio do kwest asystowania pielęgniarki bez ukończonego kursu specjalistycznego,

Departament wskazuje, że zgodnie z Kodeksem Pracy za bezpieczeństwo pracy odpowiedzialny jest pracodawca, stąd

przy zatrudnieniu lub zleceniu wykonywania świadczeń pracownikowi z niepełnymi kwalifikacjami np. brak kursu specjalistycznego wymagane jest przeszkolenie w miejscu pracy i skierowanie pielęgniarki na odpowiednie szkolenie podyplomowe. Ponadto, Departament wskazuje, iż zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, póź. 654 z późn. zm.), odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, który podejmuje także decyzje w sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej określone kwalifikacje. W każdym zakładzie powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy precyzujące cel stanowiska, kwalifikacje, umiejętności, zadania do wykonania, zakres wiedzy, odpowiedzialność oraz uprawnienia pracownika. Również zapewnienie warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującym prawem spoczywa na osobach zarządzających. Zatem o prawidłowości funkcjonowania danego podmiotu leczniczego decyduje kadra zarządzająca tym podmiotem.

*Z poważaniem*

*Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych  
Jolanta Skolimowska*

### **Komunikat w sprawie prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody**

Zgodnie z art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. t Nr 52, póź. 417, z późn. zm.), pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń

zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji o swoim stanie zdrowia. Art. 17 ust. 1 wyżej wymienionej ustawy przewiduje iż, pacjent w tym małoletni, który ukończył 16 lat, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń

zdrowotnych przez lekarza. W myśl art. 17 ust. 4 wyżej wymienionej ustawy, zgoda lub sprzeciw pacjenta mogą być wyrażone ustnie lub poprzez takie zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom albo brak takiej woli.

Przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, ma prawo do wyrażenia zgody na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. W przypadku braku przedstawiciela ustawowego, prawo do wyrażenia zgody na określone badanie, może wykonać opiekun faktyczny. Ponadto zgodnie z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent małoletni, który ukończył 16 lat, osoba ubezwłasnowolniona albo pacjent chory psychicznie lub upośledzony umysłowo, lecz dysponujący dostatecznym rozeznanie, ma prawo do wyrażenia sprzeciwu co do udzielenia świadczenia zdrowotnego, pomimo zgody przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego -w tym wypadku wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego.

Zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w przypadku zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza, wyraża się w formie pisemnej. Dla zachowania formy pisemnej wymagane jest złożenie na dokumencie własnoręcznego podpisu przez osobę, która zgadza się na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza. Dla celów dowodowych, w celu uniknięcia wątpliwości, że zgodę na przeprowadzenie badania lub udzielenie innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza wyraziła osoba uprawniona, pożądanym jest zamieszczanie ponadto daty wyrażenia zgody oraz imienia i nazwiska osoby wyrażającej zgodę.

Zasady przeprowadzania badania lub udzielenia innych świadczeń zdrowotnych przez lekarza pomimo braku zgody albo wobec zgłoszenia sprzeciwu określa ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, póź. 857, z późn. zm.). Art. 33 ust.1 wyżej wymienione ustawy stanowi, iż badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym. Ponadto zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, decyzję o podjęciu czynności medycznych w wyżej wymienionej sytuacji, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

W myśl art. 34 ust. 6 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego, ubezwłasnowolnionego bądź niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody nie zgadza się na wykonanie przez lekarza zabiegu operacyjnego albo zastosowania metody leczenia lub diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta, a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego.

Wszystkie wskazane rozwiązania odnoszące się do prawa pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody mają zastosowanie również przy udzieleniu świadczeń zdrowotnych i badaniach w ramach porady ginekologiczno - położniczej i pediatrycznej.

*Dagmara Korbasińska Dyrektor Departamentu Matki i Dziecka*

## Komunikat w sprawie rejestracji dzieci martwo urodzonych w urzędach stanu cywilnego

Departament Spraw Obywatelskich Ministerstwa Spraw Wewnętrznych informuje o napływających doniesieniach o przekazywaniu do urzędu stanu cywilnego przez podmioty lecznicze pisemnych zgłoszeń urodzenia dzieci martwo urodzonych bez określonej płci, co w efekcie uniemożliwia rejestracje takich zdarzeń. Kierownik urzędu stanu cywilnego, nie mogąc sporządzić aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu na podstawie tak wystawionego zgłoszenia urodzenia dziecka, zwraca przedmiotowe dokumenty do ich wystawcy, na skutek czego podmiot leczniczy domaga się wydania decyzji administracyjnej o odmowie sporządzenia aktu urodzenia.

W związku z zaistniałą sytuacją, Departament Matki i Dziecka Ministerstwa Zdrowia w porozumieniu z Departamentem Spraw Obywatelskich Ministerstwa Spraw

Wewnętrznych uprzejmie przypomina o obowiązujących w tym zakresie regulacjach prawnych:

Zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1986 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2011 r. Nr 212, poz. 1264 ) zwanej dalej „ustawą”, podmioty lecznicze, lekarze i położne zgłoszenia urodzenia dokonują na piśmie, przekazując do urzędu stanu cywilnego pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka, którego wzór określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka (Dz. U. Nr 27, poz. 232).

Zgodnie z art. 38 ustawy:

„Urodzenie dziecka należy zgłosić w ciągu 14 dni od dnia urodzenia. Jeżeli dziecko urodziło się martwe, zgłoszenie takiego zdarzenia powinno nastąpić w ciągu 3 dni. W takim przypadku sporządza się akt urodzenia z adnotacją

w rubryce „Uwagi”, że dziecko urodziło się martwe; aktu zgonu nie sporządza się.”

Zgodnie z art.39 ustawy:

„Do zgłoszenia urodzenia dziecka są zobowiązani:

- 1) ojciec dziecka albo matka, jeżeli jej stan zdrowia na to pozwala, albo inna osoba obecna przy porodzie;
- 2) lekarz albo położna  
Jeżeli urodzenie dziecka nastąpiło w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, do zgłoszenia urodzenia jest obowiązany ten podmiot.”

Zgodnie z art. 40 ustawy:

„Akt urodzenia sporządza się na podstawie pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka wystawionego przez lekarza, położną lub podmiot leczniczy

Do aktu urodzenia wpisuje się:

- 1) nazwisko, imię (imiona) i płeć dziecka;
- 2) miejsce i datę urodzenia dziecka;
- 3) nazwiska, nazwiska rodowe rodziców, imię (imiona), miejsce i datę urodzenia, miejsce zamieszkania każdego z rodziców w chwili urodzenia się dziecka;
- 4) nazwisko, imię i miejsce zamieszkania zgłaszającego;
- 5) dane dotyczące podmiotu leczniczego, jeżeli sporządzenie aktu następuje na podstawie zgłoszenia, o którym mowa w art. 39 ust. 2.

Pisemne zgłoszenie urodzenia dziecka powinno w szczególności zawierać:

- 1) imię i nazwisko, nazwisko rodowe, datę urodzenia, PESEL, określenie stanu cywilnego oraz miejsca stałego zameldowania matki dziecka;
- 2) imię i nazwisko, datę urodzenia, PESEL, określenie stanu cywilnego oraz miejsca stałego zameldowania ojca dziecka;
- 3) dane dotyczące wykształcenia rodziców dziecka;
- 4) dane dotyczące źródła utrzymania rodziców dziecka;

- 5) datę urodzenia dziecka;
- 6) określenie miejscowości urodzenia dziecka;
- 7) określenie płci, ciężaru i długości dziecka;
- 8) charakterystykę porodu”.

Z ustawy wynika, że tylko kompletnie wypełniony dokument pisemnego zgłoszenia urodzenia dziecka stanowi dokument bazowy, warunkujący możliwość rejestracji urodzenia zarówno żywego jak i martwego. Wpisywana w przedmiotowym dokumencie płeć dziecka jest kluczową informacją medyczną zamieszczaną również w akcie urodzenia i determinującą również możliwość jego sporządzenia, w tym określenie formy imienia oraz nazwiska.

Bezpodstawne jest żądanie przez podmiot leczniczy wydania decyzji administracyjnej o odmowie sporządzenia aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu w przypadku, gdy rodzice nie są zainteresowani rejestracją tego zdarzenia (nie dokonali ustnego zgłoszenia). W sytuacji, gdyby kierownik urzędu stanu cywilnego wszczął z urzędu postępowanie w sprawie sporządzenia aktu urodzenia, musiałby zawiadomić rodziców dziecka jako strony przedmiotowego postępowania i adresatów decyzji odmawiającej sporządzenia aktu, co z uwagi na szczególny charakter tej sprawy nie znajduje żadnego uzasadnienia. Stroną takiego postępowania nie byłby podmiot leczniczy, którego rola polega na wystawieniu i przekazaniu do urzędu stanu cywilnego stosownego, odpowiednio wypełnionego dokumentu. Decyzja o odmowie sporządzenia aktu urodzenia z adnotacją o martwym urodzeniu nie byłaby mu doręczona oraz nie mógłby od niej wnieść środków zaskarżenia.

## Czy za czas szkolenia należy oddać pielęgniarkom czas wolny?

**P**roblem wliczania do czasu pracy czasu szkolenia nie jest uregulowany w przepisach. Zgodnie z najnowszymi poglądami wyrażanymi w doktrynie prawa pracy, w sytuacji gdy szkolenie jest obowiązkowe, czas takiego szkolenia powinien być wliczany do czasu pracy. W zależności od tego, w jaki dzień odbywało się szkolenie, pracodawca powinien oddać pracownikom cały dzień wolny lub udzielić czasu wolnego od pracy. Może też wypłacić normalne wynagrodzenie wraz z odpowiednim dodatkiem: 50 lub 100%. Do czasu pracy nie wlicza się natomiast czasu nieobowiązkowego szkolenia odbywanego poza normalnym czasem pracy. Udział w szkoleniu, na które pracownik został skierowany przez pracodawcę i które odbywa się w czasie pracy, jest uważany za pozostawanie w dyspozycji pracodawcy-

### Uzasadnienie

Zgodnie z art. 128 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 późn. zm.) czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Cechą charakterystyczną pozostawania w dyspozycji

pracodawcy jest ograniczenie swobody osobistej pracownika w zakresie niezbędnym dla wywiązania się z obowiązków wynikających ze stosunku pracy (W. Masewicz, Czas pracy jako pojęcie prawne, PiP 1997, Nr 3, s. 87-88).

Pracodawca może rekompensować pracownikowi pracę w godzinach nadliczbowych dodatkowym wynagrodzeniem albo czasem wolnym od pracy. W pewnych przypadkach pracodawca powinien w pierwszej kolejności udzielić pracownikowi dnia wolnego od pracy w zamian za pracę w godzinach nadliczbowych. Ma to miejsce np. w sytuacji, gdy praca w godzinach nadliczbowych odbywała się w dniu wolnym od pracy wynikającym z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Za pracę w godzinach nadliczbowych pracownikowi przysługuje przede wszystkim normalne wynagrodzenie, czyli takie które pracownik otrzymuje stale i systematycznie. Oprócz normalnego wynagrodzenia, pracownikowi przysługuje dodatek w wysokości 50% lub 100% wynagrodzenia, w zależności od dnia lub pory dnia, w którym miała miejsce praca w godzinach nadliczbowych (art. 1511 § 1 Kodeksu pracy).

Praca w godzinach nadliczbowych może być rekompensowana w miejsce dodatkowego wynagrodzenia czasem wolnym od pracy. Udzielenie czasu wolnego od



pracy w zamian za pracę w godzinach nadliczbowych może mieć miejsce albo na wniosek pracownika albo bez tego wniosku, z inicjatywy pracodawcy.

Od 29 listopada 2002 r. pracodawcy mogą rekompensować pracownikom pracę w godzinach nadliczbowych bez ich wniosku. W takim przypadku czasu wolnego udziela się w wymiarze o połowę wyższym niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych. Termin czasu wolnego udzielonego z inicjatywy pracodawcy powinien przypadać nie później niż do końca danego okresu rozliczeniowego (art. 1512 § 2 Kodeksu pracy).

Pracownikowi, który ze względu na konieczność pracy w godzinach nadliczbowych wykonywał pracę w dniu wolnym od pracy wynikającym z rozkładu czasu pracy w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, przysługuje w zamian inny dzień wolny od pracy (art. 1513 Kodeksu pracy). Dzień wolny powinien zostać udzielony w tym samym okresie rozliczeniowym, w którym miała miejsce praca w dniu wolnym z tytułu przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. Dzień wolny przysługuje pracownikowi bez względu na liczbę faktycznie przepracowanych godzin nadliczbowych. Jeśli

więc pracownik przepracował w taki dzień np. 4 godziny, to powinien otrzymać w zamian cały dzień wolny od pracy. Ponadto nie może to się odbyć ze stratą w wynagrodzeniu pracownika.

Nieudzielenie dnia wolnego w zamian za pracę w dniu wolnym wynikającym z pięciodniowego tygodnia pracy może być spowodowane niemożnością uzgodnienia z pracownikiem terminu takiego dnia, pracą w dniu wolnym przypadającym pod koniec okresu rozliczeniowego lub rozwiązaniem umowy o pracę przed upływem okresu rozliczeniowego.

Nieudzielenie dnia wolnego z tytułu pracy w dniu wolnym od pracy wynikającym z pięciodniowego tygodnia pracy powoduje powstanie godzin nadliczbowych, nawet jeśli nie został przekroczony wymiar czasu pracy obowiązujący w danym okresie rozliczeniowym.

W takiej sytuacji (nieudzielenie dnia wolnego od pracy) pracownik powinien otrzymać wynagrodzenie powiększone o dodatek w wysokości 100% wynagrodzenia (art. 1511 § 2 Kodeksu pracy).

*Przedruk z Wolters Kluwe Magdalena Barbara Rybak*

## Kompetencje położnej instrumentariuszki na bloku operacyjnym ogólnym

Czy położna posiadająca ukończony kurs „Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych” ma uprawnienia do pracy na bloku operacyjnym ogólnym i może wykonywać obowiązki instrumentariuszki podczas zabiegów operacyjnych innych niż ginekologiczno-położnicze?

Położna posiadająca ukończony kurs „Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych” nie ma uprawnień do pracy na bloku operacyjnym ogólnym i nie może wykonywać obowiązków instrumentariuszki podczas zabiegów operacyjnych innych niż ginekologiczno-położnicze.

### Uzasadnienie

Artykuł 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, póź. 1039 z późn. zm.), stanowi, że zawody pielęgniarki i położnej są samodzielnymi zawodami medycznymi. Ustawodawca wyraźnie rozróżnia oba te zawody, określając w art. 4 i 5 na czym polega wykonywanie zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz precyzuje warunki jakie musi spełniać osoba ubiegająca się o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu położnej. Podstawowym warunkiem uzyskania stwierdzenia prawa wykonywania zawodu położnej jest ukończenie odpowiedniej szkoły położnych i posiadanie tytułu położnej. Stwierdzić należy, iż różnica obu profesji jest zasadnicza, ponieważ ustawodawca ogranicza wykonywanie zawodu przez położną do określonego kręgu pacjentów, wskazując na udzielanie świadczeń przez nią w zasadzie tylko w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. Artykuł 5 ust. 1 u.z.p.p. stanowi, że wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;

3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;

4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;

5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,

b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej wart. 5 ust. 2 uznaje również wykonywanie innych czynności przez położną niezwiązanych bezpośrednio i wprost z wykonywaniem zawodu, jednakże nie ma to istotnego znaczenia dla udzielenia odpowiedzi na zadane pytanie. Artykuł 61 u.z.p.p. nakłada na pielęgniarkę i położną obowiązek stałego doskonalenia zawodowego w różnych

rodzajach kształcenia podyplomowego. Ustawodawca rozróżnia w art. 66 ust. 1 u.z.p.p. następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane „specjalizacją”, kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny, kurs dokształcający. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, późn. 1922 z późn. zm.), które zachowało moc w oparciu o art. 102 ust. 1 u.z.p.p., w § 2 ust. Stanowi, że kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych mogą być także prowadzone w dziedzinach pielęgniarstwa neonatologicznego, operacyjnego, epidemiologicznego oraz w dziedzinie organizacji i zarządzania.

Celem kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek i położnych jest przygotowanie pielęgniarki, położnej do realizacji zadań

zawodowych w stopniu umożliwiającym samodzielną pracę na bloku operacyjnym z zachowaniem zasad postępowania aseptycznego.

Tak więc istnieje podstawa prawna umożliwiająca położnej ukończenie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, jednakże w świetle art. 5 ust. 1 u.z.p.p. wykonywanie przez położną obowiązku instrumentariuszki ogranicza się jedynie do zabiegów ginekologiczno-położniczych. Ukończenie bowiem kursu kwalifikacyjnego nie jest tożsame z ukończeniem szkoły pielęgniarstwa, a w konsekwencji nie uprawnia do wykonywania zawodu pielęgniarki przez położną nawet w szeroko rozumianym zakresie pielęgniarstwa operacyjnego.

*Przedruk z Wolters Kluwer Mec Iwona Choromańska*

## Pismo z Ministerstwa Finansów

Pani  
**dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk**  
 Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W związku z wnioskiem o zwolnienie z obciążenia podatkiem dochodowym od osób fizycznych pielęgniarek i położnych korzystających z bezpłatnych szkoleń podyplomowych, uprzejmie wyjaśniam co następuje.

W piśmie z dnia 5 kwietnia 2013r. Nr NRPIP-DS.014.90.2013.KS poinformowaliście Państwo, że Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych wypełniając obowiązek wynikający z ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, późn. 1038) prowadzą bezpłatne szkolenia dla członków samorządu. Szkolenia są realizowane z budżetu izby utworzonego z obowiązkowych składek członkowskich, a uczestnicy szkoleń otrzymują od organizatorów informację o wysokości uzyskanych przychodów (tzw. PIT-8C).

Pismem z dnia 24 kwietnia 2013 r. Ministerstwo Finansów zwróciło się o opinię w tej sprawie do Ministerstwa Zdrowia. W odpowiedzi z dnia 20 czerwca 2013 r. Nr MZ-PP-073-9113-3/RJ/13 resort zdrowia poinformował, że kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zostało uregulowane w rozdziale 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.). Zgodnie z art. 61 ww. ustawy, pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Za spełnienie tego obowiązku, uważa się również kształcenie podyplomowe odbywane w ramach studiów podyplomowych w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Pielęgniarka i położna może uczestniczyć w kształceniu podyplomowym na swój wniosek, na podstawie skierowania pracodawcy do organizatora kształcenia, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia lub bez takiego skierowania, na podstawie umowy zawartej z organizatorem kształcenia.

Poza samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych, podmiotami uprawnionymi do kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych są również organizatorzy kształcenia, o których mowa w art. 75 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej. Zgodnie z tym przepisem, organizatorami kształcenia mogą być:

- 1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze;
- 2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, będącego rejestrem działalności regulowanej.

Aktualnie w kraju jest 237 organizatorów kształcenia, uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego (dane Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych).

Źródłem finansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych mogą być środki finansowe pochodzące: z budżetu państwa, ze składek pozostających w dyspozycji okręgowych izb pielęgniarek i położnych, od pracodawcy (w formie częściowego dofinansowania lub całkowitego sfinansowania szkolenia), ze środków własnych pielęgniarek i położnych oraz ze środków UE.

Zgodnie z art. 70 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, specjalizacja jest dofinansowywana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków i ustalonych limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek lub położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków. Specjalizacja jest dofinansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

W roku bieżącym, w ramach środków budżetu państwa przewiduje się dofinansowanie 1850 miejsc szkoleniowych na specjalizację dla pielęgniarek i położnych. Kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego za cały okres trwania specjalizacji wynosi 4 337 PLN.

Jednocześnie koszt jednostkowy kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych zależy od rodzaju kształcenia podyplomowego (tzn. specjalizacji, kursu

kwalifikacyjnego, kursu specjalistycznego oraz kursu dokształcającego) i czasu trwania tego kształcenia.

Z danych będących w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia (udostępnionych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych) wynika, że koszty kształcenia podyplomowego zebrane ze wszystkich okręgowych izb pielęgniarek i położnych kształtują się następująco:

- 1) specjalizacja 4 200-5 740 PLN (Warszawska OIPiP - średni koszt - 4 866 zł),
- 2) kurs kwalifikacyjny I 300-1 900 PLN (Warszawska OIPiP - średni koszt- I 920 zł),
- 3) kurs specjalistyczny 350 - 860 PLN (Warszawska OIPiP - średni koszt - 533 zł),
- 4) kurs dokształcający 160 - 290 PLN (Warszawska OIPiP - średni koszt - 427 zł).

Przechodząc na grunt prawa podatkowego należy zauważyć, iż zgodnie z art. 84 Konstytucji RP, każdy jest obowiązany do ponoszenia ciężarów i świadczeń publicznych, w tym podatków, określonych w ustawie. W konsekwencji, wszelkiego rodzaju preferencje podatkowe stanowią odstępstwo od zasady powszechności opodatkowania, którą w ustawie o podatku dochodowym od osób fizycznych (dalej „ustawa”) konkretyzuje art. 9 ust. 1. Przepis ten stanowi, że opodatkowaniu podatkiem dochodowym podlegają wszelkiego rodzaju dochody, z wyjątkiem dochodów wymienionych w art. 21, 52, 52a i 52c ustawy oraz dochodów, od których na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej zaniechano poboru podatku.

Dochody, które nie mieszczą się w zakresie ww. art. 21, 52, 52a i 52c, lub od których nie został zaniechany pobór podatku w drodze rozporządzenia Ministra Finansów, podlegają opodatkowaniu. Dotyczy to między innymi nieodpłatnych świadczeń z tytułu bezpłatnych szkoleń prowadzonych przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, których wartość ustala się zgodnie z art. 11 ust. 2a ustawy.

Tego rodzaju świadczenie należy wykazać w zeznaniu podatkowym i opodatkować według skali podatkowej.

Zwolnienie z obciążeń podatkiem dochodowym dochodów pielęgniarek i położnych uzyskanych z tytułu korzystania z bezpłatnych szkoleń podyplomowych, skutkowałoby zróżnicowaniem podatników na gruncie podatku dochodowym od osób fizycznych poprzez faworyzowanie wyłącznie jednej grupy zawodowej. Ponadto wywołałoby

negatywne skutki finansowe dla dochodów budżetu państwa oraz dochodów jednostek samorządu terytorialnego partycypujących we wpływach z tego podatku, co nie służyłoby stabilizacji polskich finansów publicznych w momencie, kiedy gospodarka znajduje się w fazie spowolnienia.

Jednocześnie pozwolę sobie zauważyć, iż w wyroku z dnia 19 lipca 2007 r. sygn. akt KI 1/06 Trybunał Konstytucyjny stwierdził, „że z Konstytucji nie wynika obowiązek przyjmowania przez ustawodawcę, w dziedzinie ciężarów i świadczeń publicznych, wyłącznie rozwiązań korzystnych dla podatników. Nie wynika też z niej obowiązek, by ustawodawca - rozstrzygając wątpliwości wynikające ze stosowania niejasnych przepisów - musiał działać zawsze na korzyść podatników. Ustawodawca waży bowiem potrzeby państwa i społeczeństwa oraz obowiązki, nakładane na organy państwa Konstytucją i ustawami i stosownie do skali owych potrzeb, zgodnie z wolą polityczną, zadbać musi o środki na ich sfinansowanie”.

„Równowaga budżetowa i stan finansów publicznych są wartościami podlegającymi ochronie konstytucyjnej. Wynika to z całokształtu regulacji konstytucyjnych zawartych w rozdziale X Konstytucji, zwłaszcza zaś z art. 216 oraz art. 220 Konstytucji, ale także z art. I Konstytucji, który stanowi, że Rzeczpospolita jest dobrem wspólnym wszystkich obywateli.” (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 27 lutego 2002 r. sygn. akt K 47/01). Z kolei w wyroku z dnia 12 grudnia 2012 r. sygn. akt K 1/12, Trybunał Konstytucyjny zwraca uwagę, „że większość pozycji budżetowych (a przez to również potencjalnych oszczędności) rozpatrywana z osobna, w proporcji do całości budżetu państwa wydaje się być nieistotna, niemniej suma wielu nawet niewielkich jednostkowo oszczędności może mieć istotne znaczenie dla kondycji całego budżetu państwa”. Powyższa zasada dotyczy zarówno strony wydatkowej jak i dochodowej finansów publicznych.

Z upoważnienia Ministra Finansów  
Podsekretarz Stanu

Maciej Grabowski

## Pismo do Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Pani  
Agnieszka Pachciarz  
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

**S**zanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma, sygnowanego przez Pana Leszka Szalaka, Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, zawierającego odpowiedzi na pisma Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnioskuję po raz kolejny o pilne spotkanie z Panią Prezes.

Zdziwienie nasze budzi fakt, że od początku 2013r, korespondencja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dotycząca wyznaczenia terminu spotkania przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami NRPiP pozostaje nadal bez odpowiedzi, a wszelkie działania samorządu pielęgniarek i położnych, zmierzające do ustalenia wspólnych rozmów są ignorowane. Niezrozumiałym jest, że w ten sposób dyskryminowane jest nasze środowisko zawodowe, tak liczna grupa specjalistów / świadczeniodawców udzielających świadczeń na rynku usług zdrowotnych, czy szansę spotkania z Panią Prezes mają tylko lekarze rodzinni?

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje pilnych rozwiązań i naprawienia wadliwych zapisów, które rodzą kontrowersje, są niespójne z obowiązującymi ustawami w ochronie zdrowia, likwidują samodzielność zawodową i degradują rolę pielęgniarstwa rodzinnego (pielęgniarki rodzinnej) do roli podwykonawcy. Nie mogę się zgodzić ze stwierdzeniem, iż realizacja naszych postulatów (zmian legislacyjnych, w tym również proponowanych zmian w Zarządzeniach Prezesa NFZ) wykracza poza kompetencje Funduszu, jak również z odpowiedzią: „... nie znajduje uzasadnienia organizowanie celowego spotkania w ich sprawie”. Szanowna Pani Prezes, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów, o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008r. Nr 81, poz. 484), to przecież Prezes Funduszu podejmuje decyzje w sprawach określonych w ustawie, koordynuje współpracę Funduszu z samorządami zawodów medycznych, określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięga opinii także Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Dlaczego więc, Fundusz nie jest adresatem naszych postulatów?

Natomiast, w odniesieniu do problemów, dotyczących deklaracji wyboru i przedstawienia w tej kwestii argumentacji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, udzielenie takiej odpowiedzi cyt: „ ... w związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, ...w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany” jest kolejnym dowodem na odrzucenie zgłaszanych przez NRPIP propozycji. Jakże zatem merytoryczne przesłanki dla Funduszu są istotne, jak nie informacje uzyskane z 45 Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, iż Pani Prezes potraktuje powyższą kwestię jako znaczącą dla prawidłowej organizacji funkcjonowania pracy pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej i wyznaczy spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w jak najkrótszym terminie. Tematyka, która powinna być przedmiotem rozmów została zawarta w korespondencji przesyłanej do Narodowego Funduszu Zdrowia od lutego do maja 2013r.

*Prezes NRPIP*

*Dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk*

## Odpowiedź z Narodowego Funduszu Zdrowia

Pani  
Grażyna Rogala – Pawelczyk  
Prezes  
Naczelnej rady Pielęgniarek i Położnych

**W** odpowiedzi na pismo znak: MPiP-NRPIP-DM.0021.52.13 z dnia 14 maja 2013r, oraz wcześniejszą korespondencję dotyczącą tematyki poruszanej w przedmiotowym piśmie, uprzejmie informuję: W odniesieniu do kwestii przedstawienia szczegółowej informacji dotyczącej planowanych przez Fundusz od 1 czerwca 2013 r. zmian w kontraktowaniu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, jak sygnalizowano wstępnie w trakcie spotkania z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (NRPIP) w dniu 27 listopada 2012r., w przypadku świadczeń pielęgniarki poz, planowane zmiany miały dotyczyć wyodrębnienia na podstawie obowiązującego zakresu zadań pielęgniarki poz, grupy świadczeń szczególnie kosztochłonnych i objęcie ich odrębnym, poza stawką kapitacyjną, finansowaniem na podstawie cen jednostkowych. Wprowadzenie wzmiankowanych rozwiązań od 1 czerwca 2013 r. (termin ten podtrzymał Pan Prezes Zbigniew Teter w swoim piśmie znak: CF/DSOZ/2013/076/0234/W/04948/HKL) miało być powiązane ze zmianami w zakresie kwalifikacji świadczeniobiorców z list poz do kapitacyjnego finansowania świadczeń, wynikającymi z art 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r, świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn zm.) zwanej dalej „ustawą”. Jednakże z uwagi na przedłużenie aktualnie obowiązujących zasad finansowania świadczeń

podstawowej opieki zdrowotnej do końca 2013r, (zarządzenie Nr 24/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2013 r.) zakładany wcześniej termin, musiał ulec przesunięciu. Fundusz nie posiada bowiem dodatkowych środków finansowych, które mógłby przeznaczyć w bieżącym roku na ich realizację zamierzonych zmian.

Dziękuję jednocześnie za przesłane przez NRPIP pismami z dnia 11,25 i 26 kwietnia bieżącego roku, propozycje katalogu świadczeń pielęgniarstkich, które mogłyby podlegać finansowaniu na podstawie cen jednostkowych. Wskazane rozwiązania przyjęte zostały do wiadomości i po dokonaniu analizy przesłanego materiału, w miarę posiadanych możliwości finansowych, zostaną wzięte pod uwagę przy określaniu warunków finansowania świadczeń na 2014 rok.

W odniesieniu do proponowanych przez NRPIP zmian w obowiązujących przepisach prawa przekazanych pismem znak: NIPiP-NRPIP-DMtQ021.93;i2 z dnia 29 października 2012r:

Wyjaśniam, że w kwestiach zmian w obowiązującym prawodawstwie, Fundusz nie jest stroną uprawnioną do prowadzenia uzgodnień oraz podejmowania działań legislacyjnych. Dlatego też postulaty zawarte w w/w piśmie, nie były przedmiotem omówienia na spotkaniu w dniu 27 listopada 2012 r. (zgodnie z treścią pkt 1 protokołu spotkania, przedstawiciele Funduszu przedstawili w jego trakcie jedynie stanowisko w sprawie postulatów, których realizacja nie wykracza poza kompetencje Funduszu), ani też obecnie, nie znajduje uzasadnienia organizowanie celowego spotkania w ich sprawie.

W odniesieniu do kwestii zapewnienia, przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (poz) materiałów opatrunkowych pacjentom w całym okresie leczenia, w kontekście przepisów § 5 ust. 5 Ogólnych warunków umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81 poz. 484) zwanych dalej „OWU”

Przepisy aktów prawnych obowiązujące świadczeniodawców przy realizacji świadczeń będących przedmiotem umów zawartych z Funduszem, należy czytać i stosować łącznie. Zatem w przypadku świadczeń pielęgniarki poz obowiązek zaopatrywania się przez świadczeniodawcę we własnym zakresie w produkty lecznicze, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczeń na podstawie umowy (§ 5 ust. 5 OWU), odnosić się może wyłącznie do takiego zakresu w ramach zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń, jaki został objęty gwarancją finansowania świadczeń ze środków publicznych na podstawie odnośnych przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1139, z późn zm.). Wszelkie interpretacje wykraczające poza zakres wynikający z w/w rozporządzenia są nieuprawnione.

Wyjaśniam dodatkowo, że w lecznictwie ambulatoryjnym, w przypadkach postępowania w stanach przewlekłych, o ile przepisy szczególne lub warunki umowy nie stanowią inaczej, leki, produkty lecznicze i materiały opatrunkowe, zarówno te o charakterze podstawowym, jak też opatrunki specjalistyczne, dostępne są dla świadczeniobiorców w obrocie aptecznym, na ogólnie obowiązujących zasadach. Żaden podmiot leczniczy nie ma obowiązku zaopatrywania pacjentów w ten asortyment na własny koszt, ani też wykonywania świadczeń, których zakres wykracza poza warunki zawartej umowy.

Nadmieniam również, że o stanowisko do Funduszu w przedmiotowej sprawie zwróciło się także Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce. Wystąpienie dotyczyło treści odpowiedzi udzielonej przez Wielkopolski OW NFZ na zapytanie jednego z podmiotów realizujących umowę o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz. Poza wyżej wymienionym, nie wpłynęły do Centrali Funduszu inne zgłoszenia. Kserokopię zajętego stanowiska przekazuję w załączeniu

W odniesieniu do postulatu o podjęcie przez Fundusz działań w zakresie wprowadzenia odrębnego druku deklaracji wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz: Jak już wielokrotnie wyjaśniano w latach poprzednich, wprowadzenie w 2007 r. do stosowania, nowego wzoru deklaracji, zbierającego na jednym druku w/w oświadczenia woli ubezpieczonych, miało na celu w szczególności uproszczenie procedur administracyjnych obciążających ubezpieczonych w związku z koniecznością, wypełniania powtarzających się w bardzo wielu przypadkach, danych na trzech odrębnych egzemplarzach deklaracji (dane o umowach wskazują, że w POZ na jednego świadczeniodawcę przypadają średnio 2,33 zakresy świadczeń będące przedmiotem realizowanych umów). W celu ograniczenia występowania kontrowersyjnych metod stosowanych przez świadczeniodawców POZ dla pozyskania pacjentów, wobec zgłoszeń środowiska pielęgniarek i położnych, Fundusz zamieścił bezpośrednio pod tytułem dokumentu uwagę informująca, że: - „ Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może

dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.”

Stanowisko Funduszu w sprawę wskazywanych przez Panią Prezes praktyk stosowanych przez podmioty lecznicze wzajemnie wobec siebie, jest więc jawne i czytelne. W związku z brakiem istotnych merytorycznych przesłanek do zmiany wzoru dokumentu oraz niską oceną skuteczności powrotu do stosowania odrębnych druków dla wyboru lekarza poz, pielęgniarki poz i położnej poz, w przeciwdziałaniu występującym zjawiskom, w opinii Funduszu brak jest podstaw do wprowadzenia postulowanej zmiany,

W odniesieniu do zapytania o „istnienie możliwości udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przez pielęgniarkę zatrudnioną w domu pomocy społecznej, w miejscu pobytu pacjenta innym niż miejsce zatrudnienia”:

Podkreślenia wymaga, że zatrudnienie pielęgniarki w domu pomocy społecznej, nie ma żadnego związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie umów zawieranych przez Fundusz ze świadczeniodawcami. Zatem zatrudnienie to, nie daje pielęgniarence uprawnień do udzielania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej zarówno na rzecz podopiecznych danego domu pomocy społecznej, jak też zamieszkałych poza nim.

Wyjaśniam jednocześnie, że Fundusz nie gromadzi informacji o miejscach zatrudnienia pielęgniarek zgłaszanych przez świadczeniodawców do realizacji umów i nie jest stroną w procesie decyzyjnym dotyczącym kwestii zatrudnienia personelu u świadczeniodawców. Wymaga natomiast, aby świadczeniodawcy w stosunku do osób zgłaszanych do realizacji umów, w celu zapewnienia świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń określonej ich warunkami, przestrzegali przepisu § 6 ust. 4 OWIJ. Pomimo, że przepis ten nie wskazuje na jednostki pomocy społecznej, czy też inne jednostki nie będące świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art 5 pkt 41 ustawy, stosować go należy odpowiednio.

Zwracam jednocześnie uwagę, że zgodnie z przepisami § 36 ust. 6 OWU, w przypadku stwierdzenia przez Fundusz w toku prowadzonej kontroli realizacji umowy, przerwy w udzielaniu świadczeń lub ograniczenia ich dostępności uniemożliwiających Funduszowi wywiązanie się z terminowego i pełnego wykonania zobowiązań wobec świadczeniobiorców, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może rozwiązać umowę w części albo w całości bez okresu wypowiedzenia.

W nawiązaniu do prośby o przekazanie informacji o świadczeniach wykonanych w 2012 r. przez pielęgniarki poz, położne poz, pielęgniarki szkolne oraz pielęgniarki długoterminowej opieki domowej, w załączeniu przesyłam odnośne zestawienia obrazujące wykonanie świadczeń objętych obowiązkiem sprawozdawczym z realizacji umów  
*Z poważaniem Leszek Szalak*

Dane z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarki poz (stan na 28.02.2013 r.)									
35 011 954									
Sredniomiesięczna populacja na listach pielęgniarek poz w 2012 r.	19 893			w tym: uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru: 19 449			Rok 2012		
	I półrocze 2012 r.			II półrocze 2012 r.			Rok 2012		
	Liczba świadczeń w okresie	Liczba osób (PESEL), którym udzielono świadczeń	Liczba świadczeń w okresie	Liczba świadczeń w okresie	Liczba świadczeń w okresie	Liczba osób (PESEL), którym udzielono świadczeń	Liczba świadczeń w okresie	Liczba osób (PESEL), którym udzielono świadczeń	Liczba świadczeń w okresie
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Sprawozdane świadczenia:</b>									
wizyty patronazowe	133 668		97 122		230 790		11,60		
pozostałe wizyty domowe	4 271 092		4 055 092		8 326 184		418,55		
wizyty realizowanych w gabinecie pielęgniarki poz	7 440 964		7 124 264		14 565 228		732,18		
liczba świadczeń profilaktycznych	4 336 028		4 197 160		8 533 188		428,95		
liczba świadczeń diagnostycznych	6 946 882		6 576 667		13 523 549		679,81		
liczba świadczeń pielęgnacyjnych	1 773 386		1 643 606		3 416 992		171,77		
liczba świadczeń leczniczych	4 044 833		3 726 092		7 770 925		390,64		
liczba świadczeń rehabilitacyjnych	622 244		576 602		1 198 846		60,26		
iniekcje i zabiegi realizowane na podstawie zlecenia lekarza	6 992 387		6 791 582		13 783 969		692,91		
ubezpieczenia zdrowotnego	84 114	83 298	92 345	91 648	176 459	174 946	8,87		
porady profilaktyczne w programie profilaktyki gruźlicy									
świadczenia pielęgniarki poz zrealizowane u osób spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałych na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osób spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałych na terenie innego województwa	10 865	3 308	13 854	6 983	24 719	9 934	1,24		
świadczenia pielęgniarki poz zrealizowane u osób spoza listy świadczeniobiorców uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji	1 135	523	1 182	626	2 317	1 013	0,12		
świadczenia pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osób uprawnionych jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obywateli RP posiadających ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	8	8	11	11	19	19	0,001		

\*) stan na III.2012, nie uwzględnia powtórzeń międzyoddziałowych

Dane z realizacji umów o udzielenie świadczeń położnej poz (stan na 28.02.2013 r.)									
16 598 875									
Sredniomiesięczna populacja na listach położnych poz w 2012 r.	5 918								
	I półrocze 2012 r.		II półrocze 2012 r.		Rok 2012		w tym: uprawnione do przyjmowania deklaracji wyboru: 5 626		liczba świadczeń przypadających na 1 położną zgłoszoną do realizacji umów / rok
	2	3	4	5	6	7	8		
Liczba świadczeń w okresie	Liczba osób (PESEL), którym udzielono świadczeń	Liczba świadczeń w okresie	Liczba osób (PESEL), którym udzielono świadczeń	Liczba świadczeń w okresie	Liczba osób (PESEL), którym udzielono świadczeń				
<b>Sprawozdane świadczenia:</b>									
1									
wizyty patronażowe	684 761	208 532	695 527	218 414	1 380 288	406 585	233,24		
wizyty w edukacji przedporodowej u kobiet w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży	103 737	29 511	101 225	28 483	204 962	53 461	34,63		
wizyty w edukacji przedporodowej u kobiet w okresie od 32 tygodnia ciąży	175 798	39 189	190 045	40 003	365 843	73 770	61,82		
wizyty w opiece poporodowej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych	4 438	1 678	4 677	1 655	9 115	3 235	1,54		
pozostałe wizyty domowe	520 196		503 968		1 024 164		173,06		
pozostałe wizyty realizowane w gabinecie położnej poz	404 835		380 416		785 251		132,69		
świadczenia położnej poz realizowane u osób spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałych na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osób spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa	423	321	498	375	921	672	0,16		
świadczenie położnej poz realizowane u osób spoza listy świadczeniobiorców uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji	97	34	94	39	191	71	0,03		
świadczenia położnej poz realizowane u świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy lub osób uprawnionych jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obywateli RP posiadających ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP	7	7	8	6	15	13	0,003		

\*) stan na III.2012, nie uwzględnia powtórzeń międzyodziałowych

Dane z realizacji umów o udzielanie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej (stan na 28.02.2013 r.)											
Sredniomiesięczna populacja na listach pielęgniarstwa szkolnych w 2012 r.	5 110 365										
	7 990		7 649		7 649		7 649		liczba świadczeń przypadających na 1 pielęgniarzkę/higienistkę szkolną zgłoszoną do realizacji umów / rok		
	w tym: spełniające wymagania kwalifikacyjne:		w tym: spełniające wymagania kwalifikacyjne:		w tym: spełniające wymagania kwalifikacyjne:		w tym: spełniające wymagania kwalifikacyjne:				
I półrocze 2012 r.		II półrocze 2012 r.		I półrocze 2012 r.		II półrocze 2012 r.		Rok 2012			
Liczba świadczeń w okresie		Liczba osób (PESEL), którym udzieleno świadczeń		Liczba świadczeń w okresie		Liczba osób (PESEL), którym udzieleno świadczeń		Liczba świadczeń w okresie		Liczba osób (PESEL), którym udzieleno świadczeń	
<b>Sprawozdane świadczenia:</b>											
<b>1</b>											
testy przesiewowe wykonane w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia											
badania przesiewowe wykonane u uczniów w pozostałych rocznikach											
wykonane i udokumentowane inne świadczenia profilaktyczne											
świadczenia pomocy doraźnej udzielone uczniom											
świadczenia lecznicze i zabiegi wykonane na podstawie zleceń lekarskich u uczniów z chorobami przewlekłymi											
liczba uczniów klas I-VI objętych grupową profilaktyką fluorową											
	2	3	4	5	6	7	8				
	2 453 808		2 921 038		5 374 783		672,69				
	1 311 519		676 836		1 988 355		248,86				
	3 676 047		2 927 480		6 603 527		826,47				
	2 506 006		1 673 652		4 179 658		523,11				
	301 949		202 454		504 403		63,13				
		1 992 724		2 136 820		2 276 744		nd			

\*) stan na III.2012, nie uwzględnia powtórzeń międzyoddziałowych



WYKAZ CZYNNOŚCI PIELEŃNIARSKICH DLA PIELEŃNIARKI OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ DOMOWEJ ZA 2012 r. (stan na 29.03.2013 r.)									
oddział wojewódzki NFZ	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	Wykonanie kwalifikacji pacjenta na podstawie skierowania do objęcia pielęgniarstwa długoterminową - ustalenie problemów pielęgnacyjnych i indywidualnego planu opieki	Poradnictwa w zakresie samoopieki w życiu z chorobą i niesprawnością w stosunku do chorego i jego rodziny oraz pielęgnacji i samobsługi	Założenie sondy żołądkowej lub dwunastniczej	Zmiana opatrunku w sposób sterylny	Założenie lub wymiana cewnika u kobiet	Plukanie pęcherza moczowego	Podawanie leków w postaci iniekcji i środków miejscowych (w tym: podawanie insuliny)	Podawanie płynów infuzyjnych i leków w postaci iniekcji dożylnych	Zastosowanie drenażu ułożeniowego
ip									
Dolnośląski	24 320	536 810	914	293 677	11 553	1 692	58 285	11 168	334 544
Kujawsko-Pomorski	8 737	160 455	506	117 784	13 330	11 912	22 590	7 989	146 043
Lubelski	21 863	369 216	2 833	234 577	16 184	12 409	51 108	17 070	277 776
Lubuski	10 796	187 800	264	49 783	7 334	3 345	25 153	5 755	156 972
Łódzki	25 288	307 790	1 161	223 187	19 572	28 880	46 581	15 282	231 453
Małopolski	53 049	1 213 538	4 195	919 396	48 571	65 548	163 384	14 062	727 953
Mazowiecki	54 434	989 540	1 900	557 945	53 845	30 624	137 677	32 956	785 050
Opolski	33 956	505 388	2 734	175 535	15 111	3 062	93 514	11 562	436 215
Podkarpacki	51 564	732 670	1 130	447 348	47 554	13 133	103 925	22 871	604 075
Podlaski	9 765	146 992	1 520	88 144	20 633	1 723	16 474	4 843	106 723
Pomorski	3 838	53 771	284	33 526	6 288	1 725	5 429	1 470	47 301
Śląski	132 071	2 184 406	2 062	961 796	129 606	29 577	368 757	41 602	1 398 905
Świętokrzyski	24 904	395 029	1 317	223 429	94 469	12 694	79 371	16 240	346 409
Warmińsko-Mazurski	8 066	103 238	1 980	119 039	13 945	2 460	19 909	4 149	123 898
Wielkopolski	44 804	627 027	1 016	193 641	25 475	7 309	84 320	15 165	363 115
Zachodniopomorski	17 189	303 603	2 485	95 639	20 265	5 123	32 489	8 781	257 663
<b>Razem</b>	<b>524 644</b>	<b>8 817 273</b>	<b>26 301</b>	<b>4 714 446</b>	<b>543 735</b>	<b>231 216</b>	<b>1 308 966</b>	<b>230 965</b>	<b>6 344 095</b>

**Wyjaśnienia Ministerstwa Zdrowia odnośnie stanowisk przyjętych podczas VII posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Ministerstwo Zdrowia Warszawa 12.07.2013r  
*Pani*  
*Grażyna Rogala – Pawelczyk*  
*Prezes*  
*Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych*

**W** nawiązaniu do pisma (znak NIPiP-NRPIP-DS.-014.98.2013.KS, z dnia 10.04.2013r.) zawierającego w załączeniu stanowiska przyjęte podczas VII posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

1.  
 Odnosząc się do stanowiska nr 8 w sprawie przekazania środków finansowych przez Ministra Zdrowia na przygotowanie przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych programów kształcenia podyplomowego, uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 99 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz, 1039, z późn. Zm.), termin wyznaczony CKPPIP na przygotowanie ww, programów kształcenia upłyne po 24 miesiącach od dnia ogłoszenia ustawy (23 sierpnia 2011r.) tj. w sierpniu 2013 roku.

Zasadniczy wpływ na aktualny stan prac w omawianym zakresie miał fakt, iż ustawą o budżecie na 2012 rok utrzymane zostały na poziomie ustawy budżetowej z 2011 roku i nie było możliwości realizacji nowego zadania w ramach posiadanych przez Ministra Zdrowia środków finansowych. Minister Zdrowia występował do ministra Finansów, na podstawie art. 31 ustawy z dnia 22 grudnia 2011 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z realizacją ustawy budżetowej (Dz. U. Nr 291, poz 1707), o wyrażenie zgody na zwiększenie limitu wynagrodzeń bezosobowych dla części 46- Zdrowie z przeznaczeniem m. in. na realizację omawianego zadania. Zgoda taka 2012 roku nie została wyrażona, również w 2013 roku nie uzyskano takiego zapewnienia.

Z tych też powodów, prace dotyczące opracowywania programów kształcenia, o których mowa w art 78 ww. ustawy nie zostały podjęte.

Niemniej jednak należy nadmienić, że w dalszym ciągu podejmowane są starania mające na celu objęcie tego zadania w limicie środków finansowych przeznaczonych na wynagrodzenia bezosobowe. Dlatego też wydatki na opracowanie nowych programów będą pokryte z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia, w ramach zwiększonego limitu wynagrodzeń bezosobowych w części 46 - Zdrowie. Jednocześnie należy wskazać, iż w chwili obecnej poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej jest przedmiotem prac Sejmu (w dniu 21 czerwca 2013 roku został przyjęty na posiedzeniu Sejmowej Podkomisji Zdrowia, a następnie skierowany pod obrady Sejmowej Komisji Zdrowia, które odbyły się w dniu 10 lipca br.). Przedmiotowy projekt

proponuje wprowadzenie regulacji umożliwiającej przesunięcie terminu opracowania programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych i dostosowanie go do aktualnego stanu prac w tym zakresie. Przesunięcie terminu do sierpnia 2015 roku pozwoli na wprowadzenie nowych podstaw programowych w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych,

2.  
 Odnosząc się do Stanowiska nr 9 w sprawie nowelizacji zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, informuję, iż w chwili obecnej zgodnie z ustaleniami z samorządem pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi, Minister Zdrowia rozpoczął cykl roboczych spotkań dotyczących nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia, Pierwsze spotkanie odbyło się w dniu 9 lipca br., natomiast kolejny termin spotkania wyznaczony został na 23 lipca br.

3.  
 W zakresie „Stanowiska nr 10 w sprawie stanowiska małopolskiej okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 12 lutego 2013r. w sprawie kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej”, informuję, iż zasady oraz tryb postępowania w sprawie zawarcia przez Narodowy Fundusz Zdrowia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uregulowane zostały w dziale VI ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz, 1027, 2 późn. zm.) oraz wydanych na jej podstawie aktach wykonawczych i zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest na gruncie obowiązujących przepisów sformalizowaną procedurą, która w swoim założeniu ma na celu wyłonienie świadczeniodawców dających gwarancję należytego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Bez znaczenia dla wskazanego postępowania pozostaje struktura właścicielska podmiotu ubiegającego się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (publiczny/niepubliczny), czy też jego wielkość, Zgodnie z art. 134 ust. 1 ww. ustawy, Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

Preferowanie świadczeniodawców z uwagi na ich publiczny/niepubliczny charakter, wielkość podmiotu, bądź uprzednie związanie kontraktem z Funduszem byłoby niewątpliwie niezasadnym różnicowaniem

świadczeniodawców i naruszałoby podstawowe zasady przyjętego przez ustawodawcę kontraktowego systemu organizowania dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. Należy zauważyć, iż podejmowane przed 2009r. działania NFZ polegające na preferowaniu w postępowaniu konkursowych świadczeniodawców realizujących już umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zostały zakwestionowane przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów i uznane za praktykę ograniczającą konkurencję (decyzja Prezesa UOKiK z dnia 10 lipca 2009 r. nr RWA - 9/2009).

Jednostką rozliczeniową w finansowaniu świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej jest osobodzień. Kontraktowanie w/w świadczeń odbywa się w trybie konkursu ofert lub rokowań. Cena jednostki rozliczeniowej jest przedmiotem oferty składanej przez świadczeniodawcę i podlega procedurze negocjacji w procesie kontraktowania zgodnie z przepisami art. 142 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. mu).

Jednocześnie należy nadmienić, iż obserwuje się konkurencję wśród świadczeniodawców przystępujących do konkursu ofert. Z informacji przekazanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wynika że świadczeniodawcy realizujący świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej w Polsce, składają oferty w konkursach ofert, proponując stawki niższe, niż środki finansowe zaplanowane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ na ten rodzaj świadczeń,

4.

Odnosząc się do „Stanowiska nr 11 w sprawie zmiany zapisu zarządzenia Nr 83/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 listopada 2011r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach, opieki długoterminowej”, informuję, iż warunki realizacji świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U., Nr 140, poz. 1147 z późn. zm.). Szczegółowy zakres świadczeń udzielanych w ramach świadczenia gwarantowanego realizowanego przez pielęgniarstwo opiekę długoterminową domową został określony w § 9 przedmiotowego rozporządzenia. Natomiast świadczeniodawca realizujący świadczenia w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej zapewnia dostępność do świadczeń dla świadczeniobiorców objętych opieką, zgodnie z załącznikiem Nr 4 część III ust. 4 pkt 1 i 2 powyższego rozporządzenia od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 20.00 oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy - w medycznie uzasadnionych przypadkach oraz wizyty nie mniej niż 4 razy w tygodniu. Ponadto, pielęgniarka w ramach 1 etatu przeliczeniowego nie może jednocześnie opiekować się więcej niż 6 świadczeniobiorcami przebywającymi pod różnymi adresami zamieszkania lub nie więcej niż 12 świadczeniobiorcami przebywającymi pod tym samym adresem zamieszkania.

Biorąc pod uwagę przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny. Ponadto osoby te w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej, u tego samego świadczeniodawcy jak również u innego świadczeniodawcy. W niniejszej sprawie ten przepis ma decydujące znaczenie, ponieważ zatrudnienie w jakimkolwiek miejscu nie może wpływać na udzielanie świadczeń w czasie określonym w harmonogramie.

Oznacza to, że jedna pielęgniarka opieki długoterminowej domowej, która jest świadczeniodawcą w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) zabezpiecza świadczenia dla określonej w rozporządzeniu w prawie świadczeń gwarantowanych, grupy świadczeniobiorców, w godzinach od 8.00 do 20.00 i w tych godzinach nie może realizować świadczeń w innej jednostce organizacyjnej lub u innego świadczeniodawcy.

Natomiast w przypadku świadczeniodawcy, który zatrudnia więcej niż jedną pielęgniarkę (również na etaty częściowe) sporządza on grafik na realizację świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w taki sposób, aby zabezpieczyć świadczenia w godzinach od 8.00 do 20.00, zgodnie z wymogami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, i aby w godzinach wykazanych w grafiku pielęgniarka nie realizowała świadczeń z innego zakresu, na podstawie innej umowy.

Zatem, pielęgniarka opieki długoterminowej domowej poza godzinami pracy wyznaczonymi w harmonogramie pracy lub grafiki może być zatrudniona w innym miejscu pod warunkiem, iż zostały spełnione wymogi dotyczące realizacji świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej.

5.

Odnosząc się do „Stanowiska nr 12 w sprawie cofnięcia rekomendacji dla konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych”, informuję iż Pani Elżbieta Szwałkiewicz złożyła rezygnację z pełnienia funkcji konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia rozpocznie procedurę powołania konsultanta krajowego do pełnienia funkcji Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych.

*Podsekretarz Stanu  
Aleksander Sopiński*

## Informacja EFN w sprawie modernizacji Dyrektywy 36/2005/UE

Szanowni Państwo,

W dniu 12 czerwca 2013 r. podpisano porozumienie trójstronne, w sprawie zmienionej dyrektywy o wzajemnym uznawaniu kwalifikacji zawodowych (dyrektywa 2005/36/WE). Po formalnym zatwierdzeniu tekstu, w dniu 27 czerwca 2013 r. przez COREPER, 9 lipca odbyło się głosowanie Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów Parlamentu Europejskiego, podczas którego z przeważającą większością głosów - 37 głosów za i 2 wstrzymujących się, zatwierdzono wyniki dyskusji unijnych prowadzonych w Komisji Europejskiej, Parlamencie Europejskim i Radzie Unii Europejskiej.

Jednym z ważnych rezultatów dla pielęgniarek, który osiągnięto w czasie tego trudnego procesu jest włączenie 8 kluczowych efektów nauczania do art. 31, które koncentrują się na: planowaniu, organizowaniu, wdrażaniu, ocenie i zapewnieniu jakości opieki pielęgniarskiej.

Następnym krokiem będzie dalsze rozwijanie kompetencji w załączniku V do dyrektywy w drodze aktów delegowanych. Dyrektywa wprowadza także europejską legitymację zawodową mającą na celu uproszczenie i przyspieszenie procesu wzajemnego uznawania kwalifikacji dla pielęgniarek, które chcą, aby przemieszczać się w obrębie UE. W czasach kryzysu i cięć etatów, jest to kluczowe rozwiązanie dla pielęgniarek. Po wejściu w życie dyrektywy, uruchomione zostaną kilka mechanizmów, takich jak system IMI, który zapewnia, że pielęgniarki europejskie, które chcą się przenieść w inne miejsce pracy może zażądać posiadania europejskiej legitymacji zawodowej, która dowiedzie, że ich kwalifikacje są w pełni rozpoznane/uznane.

Wreszcie dyrektywa podkreśla konieczność rewizji Profesjonalnego Kształcenia Ustawicznego (Continuous Professional Development - CPD) dla pielęgniarek i innych pracowników ochrony zdrowia. Uznano to jako priorytet dla Komisji Europejskiej, który ma zasadnicze znaczenie, co zostało wzmocnione w dyrektywie, w celu zapewnienia, że wszyscy pracownicy ochrony zdrowia są w stanie regularnie aktualizować swoją wiedzę, umiejętności i kompetencje.

Biorąc to wszystko pod uwagę, można powiedzieć, że wiele jest jeszcze do zrobienia w tym ważnym procesie modernizacji, wiedząc, że gdy dyrektywa zostanie oficjalnie opublikowana (do końca roku), następane kroki będą miały na celu wprowadzenie w niezbędnych narzędzi do zapewnienia odpowiedniego i pełnego wdrożenia dyrektywy na szczeblu krajowym.

Ostateczne głosowanie w sprawie zmodernizowanego tekstu odbędzie się w dniu 7 października 2013 podczas sesji plenarnej Parlamentu Europejskiego w Strasburgu.

Podsumowując, EFN dziękuje twórcom polityki w UE za ich wsparcie dla pielęgniarek w procesie modernizacji i życzy im wszystkim powodzenia na przyszłość, w swoich przyszłych przedsięwzięciach zawodowych oraz w czasie najbliższych wyborów. Pielęgniarki rozpoznają w swoim głosowaniu na członków Parlamentu zwolenników pielęgniarek i pielęgniarstwa.

EFN, 9 Lipca 2013 r.

*z poważaniem*

*dr Dorota Kilańska, mgr pielęgniarstwa*

## List otwarty Prezes NRPiP dr n. med. Grażyny Rogali-Pawelczyk do Prezesa Fundacji WOŚP Jerzego Owsiaka

Pan  
Jerzy Owsiak  
Prezes Fundacji Wielka Orkiestra  
Świątecznej Pomocy

Szanowny Panie,

z wielkim smutkiem przyjąłm Pana wypowiedź w dniu 11 lipca br. podczas konferencji prasowej dotyczącą pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku, przytoczoną w tekście pt. Nie chcą sprzętu Owsiaka? „Pielęgniarki brzydzą się myć pacjentów”. Zarzut, że „Szpital na Dębinkach odmówił przyjęcia części sprzętu dla geriatry. Chodzi o fotele do mycia. Twierdząc, że nie myje, bo nie lubi. Takich rzeczy się nie robi” (cyt. za artykułem) jest zbyt poważny, żeby przedstawiać go bez weryfikacji. Powody odmowy przyjęcia od WOŚP oferowanego sprzętu publicznie wytłumaczył zastępca dyrektora szpitala dr Tadeusz Jędrzejczyk. Pragnę przy

okazji podkreślić, że Szpital, którego dotyczy Pana wypowiedź otrzymał w maju br. tytuł „Wzorcowej Placówki Służby Zdrowia” przyznawany przez Fundację Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”.

Nie wchodząc w polemikę między Panem a Dyrekcją UCK w Gdańsku, chcę zwrócić uwagę na to, że wypowiedź, być może niefortunnie, pod wpływem emocji, wygłoszona, zaczęła już żyć własnym życiem uderzając we wszystkie pracujące pielęgniarki i pielęgniarzy. Użycie w tytule tekstu cudzośłowu sugeruje, że istotnie wypowiedział Pan krzywdzące nas zdanie „Pielęgniarki brzydzą się myć pacjentów”. Ma Pan zapewne świadomość, że ta opinia uderza nie tylko w pielęgniarki zatrudnione na oddziale wewnętrznym i geriatry UCK w Gdańsku, ale w każdą osobę wykonującą ten zawód. Wykonującą go z poświęceniem, z najwyższą starannością i troską nie tylko o zdrowie, ale też komfort pacjentów, którymi się opiekuje.

Jako Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowczo protestuję przeciwko takim krzywdzącym uogólnieniom. W naszym kraju z roku na rok maleje liczba chętnych do wykonywania tego zawodu, a jednocześnie rośnie liczba osób potrzebujących fachowej opieki pielęgniarskiej. Nie przybędzie ich, jeśli opinia publiczna będzie karmiona nieprzemyślanymi bon motami, które przyciągając zainteresowanie Czytelników jednocześnie podrywają zaufanie do jakości opieki świadczonej przez pielęgniarki i pielęgniarzy. Szkoda jest tym większa, że

wypowiedź padła z ust Osoby tak szanowanej i obdarzonej dużą społeczną sympatią. Przyjęłam ją z tym większą przykrością, że pielęgniarki i pielęgniarze aktywnie i masowo wspierają działania WOŚP od początku jej istnienia.

Oczekuję, że świadomy wagi wypowiedzianego oskarżenia, publicznie przeprosi Pan za szkodę, jaką ono przyniosło.

Z poważaniem

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

## Odpowiedź Ministerstwa Zdrowia

Warszawa, 19 lipca 2013 r.

Pani/Pan  
Przewodnicząca/Przewodniczący  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

W piśmie z dnia 5 i 12 lipca 2013 roku Pan Podsekretarz Stanu Aleksander Sopiński zwraca uwagę, iż rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545), wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Pan Minister podkreśla, iż regulacje w zakresie stosowania minimalnych norm obowiązują każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą realizujący świadczenia gwarantowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze środków publicznych. W związku z tym, zgodnie z art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.) minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzeń, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13, wykazy świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem:

1) poziomu lub sposobu finansowania danego świadczenia gwarantowanego, o którym mowa w art. 18, art. 33 i art. 41, mając na uwadze treść rekomendacji oraz uwzględniając kryteria określone w art. 31a ust. 1;

2) warunków realizacji danego świadczenia gwarantowanego, w tym dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013r., poz. 217) minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych dotyczą podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Pan Minister wyjaśnia, iż w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia planuje przeprowadzenie zmian w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie rozszerzenia obowiązku stosowania

minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na wszystkie podmioty lecznicze.

Ponadto, w piśmie czytamy, iż zgodnie z ustaleniami z samorządem pielęgniarek i położnych oraz związkami zawodowymi, Minister Zdrowia rozpoczął cykl roboczych spotkań dotyczących nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia.

Pragnę podkreślić, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podtrzymuje konieczność wprowadzenia zmian w obecnym kształcie rozporządzenia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 31 grudnia 2012r., poz. 1545) i przywrócenia następujących zapisów wykreślonych na etapie procedowania przedmiotowego rozporządzenia:

- obsada pielęgniarek i położnych w oddziale lub innych komórkach organizacyjnych o tym samym profilu nie może być mniejsza niż 2 pielęgniarki lub położne na zmianie;
- do minimalnych norm zatrudnienia nie wlicza się zatrudnionej kadry kierowniczej pielęgniarskiej i położniczej;
- przy ustalaniu minimalnej normy zatrudnienia w przedsiębiorstwie, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne szpitalne lub inne niż szpitalne, w oddziałach o poszczególnych profilach, przyjmuje się średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki, zgodnie z brzmieniem § 2 projektu rozporządzenia;
- w bloku operacyjnym na jeden czynny stół operacyjny (jeden pacjent), co najmniej jedną pielęgniarkę, albo położną operacyjną i jedną pielęgniarkę albo położną asystującą pielęgniarsce albo położnej operacyjnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wielokrotnie zwracała uwagę na nieprawidłowości związane z ustalaniem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jednoosobowych dyżurach stosowanych w niektórych szpitalach lub ograniczeniem obsady pielęgniarek, położnych na zmianie nieadekwatnej do przydzielonych zadań zawodowych. Rozporządzenie w tym brzmieniu przyczyni się do pogorszenia warunków pracy pielęgniarek i położnych.

Z poważaniem

Prezes NRPIP

(-) dr n. med. Grażyna Rogala – Pawelczyk

## Sprawy Różne

### Jubileuszowy zjazd Pielęgniarki spotkały się po pół wieku



Fot. H. Mazur Uczestnicy spotkania a dziedzińcu przed motelem Pintał.

Problemy z rozpoznaniem się były ogromne, ale cóż - było to po 50 latach.

Spotkanie jubileuszowe po 50 latach odbyło się w Gorzowie ze względu na lepszą komunikację i naszą kochaną koleżankę, która mieszka w DPS-ie z powodów zdrowotnych.

Nie byłoby w tym nic dziwnego, gdyby nie to, że to my byłyśmy tym pierwszym rocznikiem, kiedy tworzone szkołę. Wszystko działa się bardzo szybko, bo decyzja o powołaniu do życia takiej szkoły zapadła niemal pod koniec wakacji. Później stresujące egzaminy jeszcze w sierpniu i 1 września 1962 r. naukę rozpoczynają 123 uczennice w trzech klasach, tzw. internackiej, miejscowej i dojeżdżającej.

Budynek szkoły to były Sąd Powiatowy, nieodpowiadający warunkom, jakie powinny spełniać klasy. Jedyne pomieszczenie, które nadawało się na klasę, to była sala rozpraw. Pomimo rozpoczętej nauki w szkole nadal trwały remonty: powiększono pomieszczenia, wyburzając ściany. 40 koleżanek z klasy internackiej zamieszkało w szkole w ciasnych pomieszczeniach, z powodu braku bazy noclegowej, a były to koleżanki w większości z południa dawnego woj. zielonogórskiego.

Ze stołówki korzystały w ZSZ przy ul. Marszałkowskiej. W piwnicy szkoły usytuowana była pralnia i inne pomieszczenia gospodarcze. Taki stan rzeczy trwał do grudnia 1962 r. to i tak niedługo.

Podwórko dzieliło nas od więzienia. Z klasą I b większych problemów nie było, gdyż były to mieszkanki Drezdenka lub okolicznych miejscowości. W międzyczasie dyrekcja czyniła starania o pozyskanie budynku na internat od Rejonu Lasów Państwowych przy ul. Szkolnej. I tak od stycznia poddasze tego budynku zostało zagospodarowane na pokoje sypialne, a piwnice na kuchnię, stołówkę i pomieszczenia

gospodarcze. W szkole się rozluźniło, więc mogły powstać gabinety dydaktyczne, a w piwnicy szatnia.

Wydawać by się mogło, że to koniec kłopotów, nic mylnego. Nastąpiła bardzo sroga mroźna i śnieżna zima, która spowodowała paraliż na kolei i drogach, uniemożliwiając tym samym dojazd do szkoły, a dotyczyło to klasy I c, tzw. dojeżdżającej. Z powodu niskiej frekwencji odwoływane były lekcje w szkole. Może i my z tego powodu w jakimś stopniu cieszyliśmy się, ale taka sytuacja nie trwała długo. Bo oto nasz Pan Dyrektor, troskliwy i opiekuńczy niczym ojciec, wynajął czteropokojowe mieszkanie na I piętrze w budynku przy ul. Armii Czerwonej 18 i zamieszkało nas tam blisko 30 dziewczyn.

Na stołówkę musiałyśmy chodzić do internatu, a na tzw. silencium do budynku szkoły. Zresztą i koleżanki z internatu też tam przychodziły. Oczywiście, wszystko to odbywało się pod okiem wychowawców. Miało to swoje dobre strony, bo nauka w grupie była łatwiejsza.

I tak do końca roku szkolnego dotrwałyśmy z nowym bagażem doświadczeń i właśnie teraz spotkałyśmy się, aby wspominać to po 50 latach. Wspomnienia miłe, zabawne i te gorzkie, bo i tak bywało. Na nasze spotkanie przybył również zaproszony gość specjalny dr Andrzej Talarczyk, Prezes Towarzystwa i Sekcji Badań Regionalnych w Drezdenku, syn naszego dyrektora Liceum Medycznego śp. Stanisława Talarczyka. Przedstawił nam temat ufundowania tablicy pamiątkowej in memoriam dra St. Talarczyka w 90-tą rocznicę jego urodzin.

Spontanicznie zebraną kwotę w wysokości 310 zł przekazaliśmy jako naszą cegiełkę na konto Nadnoteckiego Towarzystwa Kultury w Drezdenku na ten szczytny cel. To bardzo miły gest ze strony naszych koleżanek. A było nas 26 z najodleglejszych zakątków nie tylko Polski, bo ze Szwecji, Gliwic, Poznania, Wrocławia. Żar, Świebodzina, Kostrzyna n/O, Barlinka, Strzelec Kraj, Drezdenka i Gorzowa.

Najmniej, bo tylko 2 osoby były z klasy internackiej, ale to jest zrozumiałe z tej klasy po trzecim roku najwięcej koleżanek zostało przeniesionych do równoległych szkół w Gorzowie i Zielonej Górze, więc kontakty nie były podtrzymywane. Z klasy I b przyjechało 7 koleżanek, a największą grupę, bo 17 stanowiły koleżanki z klasy I c.

Były też piękne wzruszające życzenia i wspomnienia od koleżanek, które z różnych powodów nie mogły uczestniczyć w naszym jubileuszowym spotkaniu. Z nadzieją, że może w przyszłym roku uda im się z nami spotkać, a nam, organizatorkom, dotrzymać obietnicy i organizować takie spotkania, które przebiegają w bardzo miłej i serdecznej atmosferze. Dziękujemy za uczestnictwo i do zobaczenia

*Teresa Kościelna*



Spotkałyśmy się w roku 1962 w Dreźnie z chęcią uczestniczenia w dojeździe do zawodu pielęgniarki. Były to pierwsze doświadczenia i pierwsze Licea Medyczne w Polsce, które gwarantowały pielęgniarkom maturę. Rozpoczęło nas wspólną przygodę do dorosłości 123 osoby a chętnych było około 900. Byłyśmy jeszcze dziećmi bo w wieku 14 lat, chociaż część koleżanek było starszych. Nauka, internat, 1x na kwartał wjazdówka.

Po trzech latach nauki przeniesiono nas do Zielonej Góry, Gorzowa a część szczęśliwców kontynuowała naukę w „Naszej Allma Mater” z przyczyn życiowych niektóre zmieniły kierunki nauczania. Tu nasuwa mi się pewna refleksja: my przeżywamy niewiarygodny rozwój techniki, bo kiedy zaczynaliśmy naukę, to były ławki, kałamarze, obsadki z piórkami – i tym się pisało. Podłogi w szkole były oliwione, to było zupełnie coś innego – nie było telewizorów, radio gdzieś tam było, o telefonach tylko się słyszało; o Internecie i komputerze to nikt nawet nie marzył. Także, to były zupełnie inne czasy. Spotkanie nasze miało więc inny wymiar w porównaniu z czasem, kiedy sziłmy pierwszy raz do szkoły.

Skompletowałam część sprzętów z tamtych lat do muzeum pielęgniarstwa. Obecnie pracujące pielęgniarki nie rozpoznały naszych sprzętów. To są znaki czasów nie wiem czy lepsze ale na pewno inne. Dziękuję Ci Teresko za cenną inicjatywę „Spotkania po latach” Przygotowanie spotkania, poszukiwania ludzi, nawiązywanie kontaktów zajęło Organizatorom (nieustrudzonym koleżankom: Teresie

Kościelnej, Teresie Maćkowskiej, Wandeczce Szymańskiej) dużo czasu i energii, samo spotkanie było niezwykle miłe i sympatyczne. Może spróbujcie umówić się na drugie spotkanie po roku, co z tego wyjdzie, czas pokaże. Tak czy inaczej, warto jest spotkać wspaniałe dziewczyny lat 60-ych. Czy w tym naszym szarym, zabieganym życiu nie o to właśnie chodzi?

Apeluję!

Odnawiamy kontakty, szukajmy się, spotykajmy się, śmiejmy się wspólnie i płaczmy ze wzruszenia. Nieprawda, że ktoś jest nudny, ma smutne życie, problemy, niczego się nie dorobił więc na takim spotkaniu nie jest potrzebny! Nie wolno myśleć takimi kategoriami, wszyscy jedziemy na tym samym wózku, jednakowo borykamy się z problemami niskich rent czy emerytur. To nie o to chodzi! Spotykajmy się bo co dwie głowy to nie jedna, a w życzliwym gronie można niejednym problem rozwiązać. Nawet, jeśli będzie to tylko klepięcie w plecy i słowa: - Stara, będzie dobrze. A nade wszystko, ze wzruszeniem obserwujemy jak się zmieniamy, podслушуujemy czy ktoś nie potrzebuje pomocy czy odrobiny życzliwości, bądźmy po prostu razem, ostatecznie przypadek kiedyś tam, dawno, dawno temu sprawił, że weszliśmy na tą samą drogę i choć teraz ma ona mnóstwo wydeptanych ścieżek – zrobmy wszystko, by te ścieżki co jakiś czas się przecinały. Nie mogę uczestniczyć w tym roku w spotkaniu bo zbiegły mi się dwie uroczystości na której powinien być.

Obiecuję jak Pan Bóg pozwoli, że zrobię wszystko, żeby zmobilizować więcej koleżanek i spotkać się za rok jeżeli wyrażicie chęć spotkania.

Pozdrawiam !

Łączę wyrazy szacunku Ludwika /Lucyna/ Kaczmarczyk / Lachman/



Serwis dla pacjentów

poczet lekarzy

Serdecznie zapraszamy położne oraz pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, do przyłączenia się do tworzonego przez Medycynę Praktyczną portalu Poczet Lekarzy ([www.poczet.mp.pl](http://www.poczet.mp.pl) [www.placowki.mp.pl](http://www.placowki.mp.pl)), który aktualnie poszerzany jest o bazę pielęgniarek oraz położnych pracujących w miejscu wezwania.

Poczet Lekarzy wraz z bazą placówek medycznych w Polsce pomaga pacjentom odpowiedzieć na pytanie: gdzie się leczyć oraz ułatwia znalezienie odpowiedniego specjalisty w danym regionie. Pragniemy, aby pacjenci na stronie portalu mogli również otrzymać informację o działalności pielęgniarek i położnych pracujących w miejscu wezwania.

W Pocztce Lekarzy tworzone są indywidualne profile lekarzy oraz pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych. Zawierają one informacje w szczególności o wykonywanym zawodzie, miejscu pracy lub prowadzeniu prywatnej praktyki oraz telefonie kontaktowym dla pacjentów. Państwo - jako osoby współtworzące portal - otrzymujecie całkowity dostęp do edycji swoich wizytówek, decydując tym samym o zakresie udostępnianych informacji.

**Udział w projekcie jest całkowicie bezpłatny.** Skontaktuj się z nami i dołącz do Pocztu Lekarzy (12) 293 41 82, (12) 293 42 53, [poczet@mp.pl](mailto:poczet@mp.pl)



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI FUNDUSZ  
ROZWOJU REGIONALNEGO



Gorzów Wlkp. 17 lipca 2013r

**Szanowni Państwo,**

Z prawdziwą satysfakcją informuję o sukcesie w zakresie rozszerzenia zasad kwalifikowania wcześniaków w Polsce do programu profilaktyki przeciw wirusowi RS.

Zgodnie z decyzją Ministerstwa Zdrowia, od 1 lipca wprowadzono nowe zasady, na podstawie których zniesiono dotychczasowe, krzywdzące i nie merytoryczne kryteria kwalifikowania do programu profilaktycznego, oparte na dacie urodzenia niemowląt. Dotychczas wcześniaki urodzone przed 1 maja nie miały szans na skuteczną profilaktykę i ochronę przed zakażeniem wirusem RS i narażone były na groźne tego następstwa.

Nowy program zwiększa szansę przedwcześnie urodzonych niemowląt i wprowadza sprawiedliwe i przejrzyste zasady.

Jestem dumna, że wraz ze środowiskiem medycznym i rodzicami, również ja mogłam mieć udział w dążeniach do tego sukcesu. To nasze wspólne zwycięstwo i ważny krok w kierunku zapewnienia ochrony przedwcześnie narodzonym niemowląt.

**Dziękując za wsparcie wszystkim, którzy się do tego przyczynili przesyłam w załączeniu list, jaki otrzymałam od prof. Ewy Helwich, Konsultanta Krajowego w dziedzinie Neonatologii.**

Łączę wyrazy szacunku

*Z poważaniem  
Helena Hatka*

**Pani Helena Hatka  
Senator RP**

**Szanowna Pani Senator,**

Z ogromną satysfakcją i radością chciałabym poinformować Panią Senator, że od 1 lipca br. Ministerstwo Zdrowia wprowadziło nowe zasady kwalifikowania wcześniaków do programu profilaktyki przeciwko wirusowi oddechowemu RS. Do zmienionego programu kwalifikowane będą wszystkie wcześniaki urodzone przed ukończeniem 28. tygodnia ciąży i wszystkie Niemowlęta z dysplazją oskrzelowo-płucną. W programie zniesione zostały niesprawiedliwe i nie merytoryczne kryteria, które dyskryminowały dzieci ze względu na datę urodzenia. Do tej pory bowiem wcześniaki urodzone przed 1 maja nie miały szansy otrzymać profilaktyki przeciw wirusowi RS mimo, że były tak samo zagrożone zakażeniem i jego groźnymi następstwami, jak dzieci urodzone po tej dacie. Nowy program z pewnością jest bardziej przejrzysty i umożliwi immunizację dzieci, które tego najbardziej potrzebują.

Pragnę serdecznie podziękować Pani Senator za Pani olbrzymie zaangażowanie, zainteresowanie tematem i pomoc w nawiązaniu dialogu z Ministerstwem Zdrowia. Jestem przekonana, że Pani aktywność i działania na rzecz wcześniaków przyczyniły się znacząco do wypracowania rozwiązania, na które od wielu już lat czekało środowisko medyczne oraz rodzice wcześniaków.

*Konsultant Krajowy  
w dziedzinie neonatologii*



## Oferta Ośrodka kształcenia OIPiP w Gorzowie Wlkp.

### Projekt „ Samodzielna i profesjonalna pielęgniarka, położna” realizowany przez

Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki Priorytet VIII „Regionalne kadry gospodarki”, Działanie 8.1 „Rozwój pracowników i przedsiębiorstw w regionie”, Poddziałanie 8.1.1 „Wspieranie rozwoju kwalifikacji zawodowych i doradztwo dla przedsiębiorstw.

od września 2013r. rozpoczynamy realizację dwóch kursów specjalistycznych:

- 1) 12 września o godz. 9,00 kurs Szczepienia ochronne dla pielęgniarek dla 38 pielęgniarek
- 2) 26 września o godz.8,00 kurs Resuscytacją krążeniowo- oddechowa – I edycja dla 25 pielęgniarek i położnych  
Zajęcia teoretyczne odbywać się będą w siedzibie OIPiP.

Dokładna informacja nt. rekrutacji na kursy zamieszczona jest na stronie internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)  
Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki (zamieszczone w zakładce- rekrutacja)

*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



### Projekt „Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego”

OIPiP rozpoczyna realizację kursu specjalistycznego

„Wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego”  
dla pielęgniarek / pielęgniarzy systemu państwowego ratownictwa medycznego

**Bezpłatny kurs dla 40 uczestników w dwóch edycjach po maksymalnie 20 osób.**

- Zajęcia I edycji dla 20 osób rozpoczną się 19 września 2013r. o godz. 8,00– zakończą 8 października 2013r. Egzamin 22 października.
- Zajęcia II edycji dla 20 osób rozpoczną się 17 października 2013r. o godz.8,00– zakończą 20 listopada 2013r. Egzamin 26 listopada.

Kurs realizowany w siedzibie OIPiP

Dokładna informacja nt. rekrutacji na kursy zamieszczona jest na stronie internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)  
Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki (zamieszczone w zakładce- rekrutacja)

*Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego*



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



CENTRUM KSZTAŁCENIA  
PODYPLOMOWEGO  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**  
**informuje o rozpoczynającym się 10 października o godz. 8,00 w siedzibie izby**  
**KURSIE KWALIFIKACYJNYM W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA W OCHRONIE ZDROWIA PRACUJĄCYCH**

Koszt kursu dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składkę 750,00 płacone w 3 ratach: I rata przed rozpoczęciem kursu( do 30.09.2013r). II rata w ostatnim dniu zajęć teoretycznych, III rata przed egzaminem.

Koszt kursu dla innych osób 1500,00 również płacone w 3 ratach: I rata przed rozpoczęciem kursu, II rata w ostatnim dniu zajęć teoretycznych, III rata przed egzaminem.

Kartę zgłoszeniową prosimy wysyłać na adres:

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Obrońców Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.**

Nadal przyjmowane są zgłoszenia wraz z wpłatą 1 raty.

Dokładna informacja nt kursu zamieszczona jest na stronie internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)

Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki (zamieszczone w zakładce- ośrodek kształcenia).

---

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**  
**informuje o rozpoczynającym się naborze na kurs specjalistyczny w zakresie**  
**Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego**

**Godziny dydaktyczne, w tym:**

zajęcia teoretyczne – 35 godzin,

zajęcia praktyczne – 70 godzin

Koszt kursu dla członków OIPiP w Gorzowie Wlkp. regularnie opłacających składkę 250,00 płacone w 2 ratach: I rata przed rozpoczęciem kursu, II rata przed egzaminem

Koszt kursu dla innych osób 500,00 również płacone w 2 ratach.

Planowane rozpoczęcie kursu listopad- grudzień 2013r.

Kartę zgłoszeniową prosimy wysyłać na adres:

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Obrońców Pokoju 60/1-2 66-400 Gorzów Wlkp.**

Karta zgłoszeniowa zamieszczona jest na stronie internetowej [www.oipip.gorzow.pl](http://www.oipip.gorzow.pl)

Przyjmowane będą kompletne wnioski tj. wniosek + załączniki (zamieszczone w zakładce- ośrodek kształcenia).

---

**Szkolenia i konferencje**

**Nabór na szkolenie dla pracowników kadry medycznej**

Informujemy o naborze na bezpłatne szkolenie dla pracowników kadry medycznej pt. „Skuteczna komunikacja z pacjentem w zakresie ograniczania konsekwencji zdrowotnych używania substancji psychoaktywnych” organizowane w ramach Projektu KIK/68 „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych” współfinansowanego ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy.

Tematem szkolenia będą kwestie dotyczące wpływu substancji psychoaktywnych na zdrowie kobiety i płodu, uszkodzenia płodu wywołane alkoholem, zasady prowadzenia minimalnej/krótkiej interwencji oraz edukacja pacjenta w zakresie negatywnych skutków zdrowotnych spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych.

**Więcej informacji na stronie ([www.zdrowiewciazy.pl](http://www.zdrowiewciazy.pl))**

Magdalena Pawlak  
Główny Inspektorat Sanitarny



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Ministerstwo Zdrowia



UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Wyższa Szkoła Medyczna w Sosnowcu**  
**oraz**  
**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim**  
**zaprasza na**

**BEZPŁATNY KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA PIELEGNIAREK**

***„Profilaktyka w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo -płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia”***

Adresaci kursu:

Osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz posiadają co najmniej trzymiesięczny staż pracy w zawodzie, a w szczególności pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Organizacja:

Czas realizacji: 6 godzin dydaktycznych (6 x 45 min)

Moduły: moduł uro-onkologiczny oraz moduł psychologiczny

Wyżywienie: przerwa kawowa oraz kawa w ciągłym dostępie

Lunch w formie szwedzkiego bufetu oraz napoje

Uczestnik otrzymuje:

- materiały szkoleniowe
- długopis i bloczek notesowy
- pamięć USB flash 4GB
- certyfikat uczestnictwa

Pielęgniarka ubiegająca się o rozpoczęcie kursu dokształcającego jest zobowiązana do złożenia u organizatora kształcenia, najpóźniej w dniu rozpoczęcia kursu, następujących dokumentów:

- a) deklaracja uczestnictwa w projekcie;
- b) oświadczenie uczestnika kursu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych;
- c) zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania (formularz PEFS)
- d) na osobnej kartce dane zawierające: imię i nazwisko, datę i miejsce urodzenia, numer zawodu

miejsce szkolenia hotel QUBUS w Gorzowie Wlkp. 12.10.2013r godz. 10.<sup>00</sup>  
zgłoszenia przyjmujemy w siedzibie OIPiP w Gorzowie Wlkp.

---

W dniu 18 października 2013 r. w sali konferencyjnej Akademii Wychowania Fizycznego „Przystań nad Wartą”  
ul. Fabryczna 3, w Gorzowie Wlkp., w godz. 10<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup> odbędą się:

**„Warsztaty dla pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii i pielęgniarek epidemiologicznych szpitali województwa lubuskiego na temat zapobiegania zakażeniom szpitalnym w oddziale intensywnej terapii”.**

Warsztaty organizowane przez Narodowy Instytut Leków w ramach programu zdrowotnego pn. „Narodowy Program Ochrony Antybiotyków na lata 2011-2015” we współpracy z mgr Jolantą Korczyńską Konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego dla województwa lubuskiego.

Temat warsztatów:

**Strategia zapobiegania lekooporności w OIT:  
Rekomendacje do profilaktyki zakażeń szpitalnych w OIT**

Kierownik naukowy: prof. dr hab .med. Waleria Hryniewicz

Prowadzenie warsztatów: dr med. Tomasz Ozorowski

Zaproszenia na warsztaty zostaną rozesłane do placówek lecznictwa zamkniętego w województwie

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. serdecznie zaprasza pielęgniarki i położne na szkolenia i konferencje organizowane przez naszą Izbę:**

Szkolenie/Konferencja	Data i Miejsce	Zgłoszenie
Człowiek w wieku podeszłym	24 września 2013r. WSZB ul. Myśluborska 30, godzina 9. <sup>00</sup>	Zgłoszenia prosimy przesyłać na stronie <a href="http://www.meducare.pl">www.meducare.pl</a> , telefonicznie (71) 727 16 15 lub drogą mailową: <a href="mailto:konferencje@meduca.re.pl">konferencje@meduca.re.pl</a> . Zgłoszenia przyjmujemy do 20 września 2013r.
Standard opieki okołoporodowej	9 październik 2013r. - WSZB ul. Myśluborska 30	Konferencja dla położnych. Zgłoszenia prosimy przesyłać na stronie <a href="http://www.incducare.pl">www.incducare.pl</a> , telefonicznie (71) 727 1615 lub drogą mailową: <a href="mailto:konferencje@medi.icare.pl">konferencje@medi.icare.pl</a> . Zgłoszenia przyjmujemy do 4 października 2013r.
Pielęgniarstwo: prawo - praktyka - etyka	16 październik 2013r. WSZB ul. Myśluborska 30	Zgłoszenia prosimy przesyłać na <a href="mailto:oipip@gorzow.mm.pl">oipip@gorzow.mm.pl</a> lub telefonicznie (95) 729 67 84. Zgłoszenia przyjmujemy do 11 października 2013r.
Bezpłatny <b>kurs dokształcający</b> : „Profilaktyka w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów układu moczowo-płciowego u pracujących mężczyzn w wieku od 45 roku życia”	12 października 2013r, Hotel Qubus w Gorzowie Wlkp., godz. 10:00	Prosimy zapoznać się z trybem zgłaszania na stronie <a href="http://www.oipip.gorzow.pl">www.oipip.gorzow.pl</a> lub telefonicznie (95) 729 67 84. Zgłoszenia przyjmujemy do 30 września 2013r.
Organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą	15 listopad 2013r.	Zgłoszenia prosimy przesyłać na <a href="mailto:oipip@gorzow.mm.pl">oipip@gorzow.mm.pl</a> lub telefonicznie (95) 729 67 84. Zgłoszenia przyjmujemy do 12 listopada 2013r.
Bezpłatny <b>kurs specjalistyczny</b> dla pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej	Zielona Góra 2-ga edycja: 20 – 22 i 27-29 września 2013r. (zgłoszenia do 13.09.2013r.) Zielona Góra 3-cia edycja: 4 - 6 i 11-13 października 2013r . (zgłoszenia do 27.09.2013r.)	Informacja o kursie na stronie internetowej <a href="http://www.oipip.gorzow.pl">www.oipip.gorzow.pl</a> i pod numerem telefonu: 134372781

**„Człowiek w wieku podeszłym” konferencja naukowo-szkoleniowa**

**Tematy konferencji**

Gorzów Wielkopolski, 24.09.2013

9.00 - otwarcie konferencji

1. dr n. med. Marzenna Bartoszewicz - Postępowanie w ranach z infekcją – wytyczne PTLR
2. mgr Lidia Krzyżanowska - Problem ran przewlekłych u osób starszych
3. mgr Iwona Kołat -Rehabilitacja chorego leżącego
4. mgr Joanna Kopińska - Żywność pacjenta geriatrycznego
5. mgr Sylwia Rogowska Leczenie bólu chorych geriatrycznych

13.20 zakończenie konferencji

Zapraszamy

## Nowe akty prawne

<p>Dz.U.13.473 → z dnia 19 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 25 marca 2013 r. <b>w sprawie klasyfikacji danych i systemu kodów w Systemie Informacji Medycznej</b></p>	<p>Dz.U.13.489 → z dnia 23 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 18 kwietnia 2013 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych związanych z nabywaniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych</p>
<p>Dz.U.13.463 → z dnia 16 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 28 marca 2013 r. <b>w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej</b></p>	<p>Dz.U.13.514 → z dnia 29 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 19 kwietnia 2013 r. <b>w sprawie Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia</b></p>
<p>Dz.U.13.478 → z dnia 19 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 10 kwietnia 2013 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie maksymalnej wysokości dopłat pobieranych przez aptekę za ekspedycję produktów leczniczych w porze nocnej oraz określenia grupy produktów leczniczych, za których wydanie w porze nocnej nie pobiera się opłaty</p>	<p>Dz.U.13.516 → z dnia 29 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego<sup>2)</sup></p>
<p>Dz.U.13.491 → z dnia 23 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 10 kwietnia 2013 r. w sprawie kontroli seryjnej wstępnej produktów leczniczych oraz surowców wykorzystywanych do sporządzania leków recepturowych lub aptecznych</p>	<p>Dz.U.13.665 → z dnia 10 czerwca 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 22 maja 2013 r. w sprawie Dobrej Praktyki Laboratoryjnej i wykonywania badań zgodnie z zasadami Dobrej Praktyki Laboratoryjnej</p>
<p>Dz.U.13.502 → z dnia 24 kwietnia 2013 r.</p> <p><b>ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup></b> z dnia 11 kwietnia 2013 r. w sprawie sposobu identyfikacji usługobiorców, pracowników medycznych i usługodawców oraz sposobu i trybu przekazywania przez usługodawców informacji o pracownikach medycznych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></p>	

## Kondolencje

*„Życie to czas, w którym szukamy Boga. Śmierć to czas, w którym Go znajdujemy. Wieczność to czas, w którym Go posiadamy”*

*Św. Franciszek Salezy*

Najgłębsze wyrazy współczucia i kondolencje z powodu śmierci

**TEŚCIOWEJ**

**ELŻBIECIE WERYSZKO I JEJ RODZINIE**

składają



Pielęgniarki i personel pomocniczy Oddziału Okulistycznego w Gorzowie Wlkp.

## Kalendarium

**20-21.06.2013r.** – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko uczestniczyła w III Konferencji dla Pielęgniarek Epidemiologicznych w Województwie Lubuskim pn. „Nadzór Epidemiologiczny w podmiotach leczniczych” organizowanej przez Komisję Problemową ds. Pielęgniarstwa Epidemiologicznego działającą przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp. oraz Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w hotelu „Pałac Wiejce” w miejscowości Wiejce k/Skwierzyny.

**26-27.06.2013r.**– Szkolenie BHP dla pracodawców i osób kierujących pracownikami w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

**18.07.2013r.**– Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

**30.07.2013r.**– Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

**06.08.2013r.** – Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

**14.08.2013r.** – Wiceprzewodnicząca Maria Teresa Ziółkowska uczestniczyła w szkoleniu pn. „Kwalifikowalność wydatków w projektach POKL według wytycznych obowiązujących od 15 lipca 2013r”, które odbyło się w Wojewódzkiej i Miejskiej Bibliotece im. Zbigniewa Herberta w Gorzowie Wlkp.

**23.08.2013r.** – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko uczestniczyła w spotkaniu z Senator RP Heleną Hatką, podczas którego omówiono organizację planowanej wspólnie konferencji nt. roli pielęgniarki medycyny szkolnej w zakresie profilaktyki zdrowia wśród dzieci i młodzieży.

**24.08.2013r.** – Przewodnicząca ORPiP Aldona Stańko wraz z Senator RP Heleną Hatką uczestniczyły w konferencji prasowej dotyczącej planowanej konferencji nt. roli pielęgniarki medycyny szkolnej w zakresie profilaktyki zdrowia wśród dzieci i młodzieży.

**24.08.2013r.** – Posiedzenie Komisji problemowej ds. pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

**28.08.2013r.** – Szkolenie z zakresu działalności gospodarczej oraz Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.

**03.09.2013r.** – Posiedzenie Komisji Lekarskiej powołanej w przedmiocie oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.

**05.09.2013r.** – Posiedzenie Komisji Problemowej ds. Etyki

**12.09.2013r.** – Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.