

| | |
|---|------------|
| 1. ŻYCZENIA i podziękowania ----- | 3 |
| 2. SZKOLENIA poddyplomowe w OIPiP ----- | 5 |
| 3. KALENDARIUM Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ----- | 8 |
| 4. PROPOZYCJE zmian w podstawowej opiece zdrowotnej ----- | 18 |
| 5. PODWYŻKI wynagrodzeń ----- | 28 |
| 6. STANDARDY pediatrycznej opieki paliatywnej ----- | 47 |
| 7. INFORMACJE Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ----- | 67 |
| 8. WARTO wiedzieć ----- | 120 |
| 9. POŻEGNANIA ----- | 136 |



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

Lato za nami, szybko minął czas wakacji, urlopów i czas wracać do rozpoczętych przed wycieczkami obowiązków. Tegoroczna jesień zapowiada się pięknie, wszystkie prognozy wskazują, że jeszcze długo będziemy cieszyć nasze zmysły kolorami, zapachem i charakterystycznym szelestem liści niesionych wiatrem.

Zdecydowanie mniej kolorowo i przyjemnie zapowiada się tegoroczna jesień w ochronie zdrowia. Minister Zdrowia przedstawił założenia reformy służby zdrowia i nakreślił perspektywę czasową ich wdrażania. Przedstawił również projekt ustawy o minimalnych płacach w podmiotach leczniczych, zaproponowane stawki są skandalicznie niskie i „zamrażają” obecne płace na co najmniej 5 lat. Minister uzasadnił swoją propozycję koniecznością dostosowania się do wielkości nakładów publicznych na ochronę zdrowia. Odpowiedzią na te propozycje jest planowana na dzień 24 września br. wielka manifestacja „**Białego Personelu**” w Warszawie, której organizatorem jest Porozumienie Zawodów Medycznych, zrzeszające 9 ogólnokrajowych związków zawodowych (ZZ) skupiających wszystkie zawody medyczne.

Dzisiaj musimy o problemach ochrony zdrowia mówić, ponieważ za kilka lat nie zdołamy zabezpieczyć wszystkich potrzeb zdrowotnych, związanych z zapewnieniem realnych potrzeb opieki medycznej społeczeństwu.

Zapraszamy do lektury biuletynu, na łamach którego przedstawiamy wszystkie aktualne tematy dotyczące naszych zawodów.

Z wyrazami szacunku

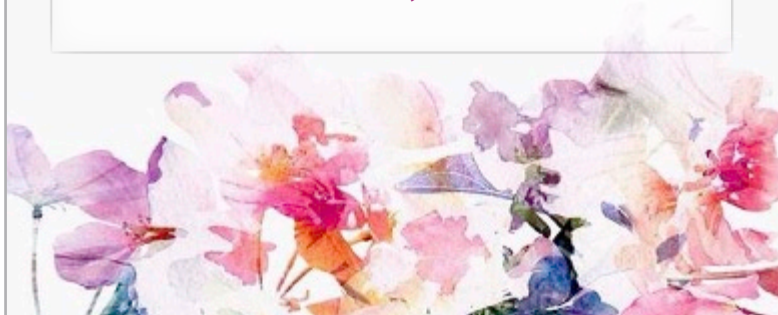
Przewodnicząca ORPiP
Cecylia Dolińska



Pani Alinie Bruzgo

Pielęgniarce Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku, odchodzącej na emeryturę po ponad 40 latach pracy, składamy podziękowanie za wspólnie przepracowane lata, za wzorowe wypełnianie obowiązków służbowych i zaangażowanie zawodowe - życzymy samych pogodnych dni, miłych wspomnień, realizacji wszystkich pasji i zainteresowań.

Pielęgniarki i położne
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
w Białymstoku



Życzenia i gratulacje

Paniom:

Grażynie Maksimczyk

Pielęgniarka Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych,

Irenie Luty

Pielęgniarka Zakładu Opiekuńczo Leczniczego,

Elżbiecie Baranowskiej

Pielęgniarka Izby Przyjęć,

Marii Maksimczyk

Pielęgniarka Poradni Chirurgicznej

**w związku z przejściem na emeryturę
składamy serdeczne podziękowanie za wiele
razem spędzonych lat, za troskę o pacjentów,
za uśmiech, życzliwość, wsparcie i przyjaźń.**

*Emerytura to czas bez żadnych ograniczeń i zakazów, kiedy
nawet szef nie wydaje poleceń. Zaczyna się nowe, lepsze
życie gdy każdego dnia może wydarzyć się mały cud.*

*Życzymy drobnych spraw, które przyniosą radość,
pięknych piosenek usłyszanych w radiu, nieznajomego,
który poda rękę w potrzebie, poczucia, że jesteście
wyjątkowe i niezwykle, bo takie właśnie jesteście.*

Koleżanki z SP ZOZ
w Dąbrowie Białostockiej



Szkozenia podyplomowe w OIPiP w Białymstoku

Pomimo wakacji i urlopów szkozenia podyplomowe w Izbie odbywały się przez cały czas. Kontynuujemy specjalizację w *dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki* oraz specjalizację w *dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego* i dwie edycje *specjalizacji neonatologicznej*.

Od dnia 16 sierpnia rozpoczęliśmy rekrutację po wygranym przetargu ze środków MZ na specjalizację w *dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego*. Trwa w dalszym ciągu przedłużony nabór na kurs kwalifikacyjny w *dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki w ginekologii i położnictwie* oraz na bezpłatny kurs kwalifikacyjny w *dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego*. W miesiącu czerwcu zakończyliśmy dwa kursy specjalistyczne dla pielęgniarek i położnych *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa* oraz *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego*.

Wzorem lat ubiegłych, będziemy starali się, w miarę możliwości pomagać naszym koleżankom podnosić swoje kwalifikacje i dbać o rozwój zawodowy. W tym celu zamierzamy kontynuować wcześniej rozpoczęte kursy i szkolenia, jak też wprowadzać nowe, dostosowane do zmienionych programów kształcenia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w *sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne* (Dz. U. poz. 1562), które obowiązują od 24 sierpnia 2015 roku.

Wszystkie koleżanki i kolegów zachęcamy do odwiedzania naszej strony internetowej, na której można znaleźć aktualne informacje na temat szkoleń.

Szkolenia i kursy w OIPiP

Szkolenia podyplomowe w OIPiP

Kurs specjalistyczny

Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
dla pielęgniarek i położnych

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Monika Baltaziuk | Katarzyna Baranowska |
| Justyna Bielenia | Joanna Bortnik |
| Weronika Brzezińska | Anna Brzostowska |
| Barbara Czajkowska | Marta Chomontowska-Dziuba |
| Justyna Gierwatowska | Anna Grabowska |
| Irena Grygoruk | Joanna Grygoruk |
| Beata Iwaszczuk | Czesława Jakubowska |
| Teresa Jazykow | Agnieszka Kardasz |
| Beata Kondracka | Anna Kordyńska |
| Marta Kostecka | Halina Landsberg |
| Anna Łuniewska | Iwona Agnieszka Ladzińska |
| Marzena Łupińska | Ewa Majzit |
| Marta Milewska | Dorota Izabela Piechocka |
| Maria Pietruczuk | Agnieszka Raszkiewicz-Łukasik |
| Anna Polińska | Małgorzata Teresa Rączko |
| Anna Sadowska | Barbara Teresa Sienkiewicz |
| Anna Smółko | Krzysztof Szumiński |
| Katarzyna Tarasiuk | Elżbieta Wasilko |
| Joanna Weremijewicz | Agnieszka Wojno |
| Agnieszka Zawadzka | Katarzyna Zięba |

Kurs specjalistyczny

Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
dla pielęgniarek i położnych

| | |
|------------------------|---------------------|
| Iwona Maria Aleksiejuk | Alina Awksentiuk |
| Raisa Berezowiec | Anna Chilimoniuk |
| Elżbieta Chursa | Irena Chwaszczewska |

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Anna Czurak | Bożena Dmitruk |
| Tamara Dmitruk | Anna Dobosz |
| Małgorzata Fal | Maria Gabiec |
| Antonina German | Luba Gilewska |
| Ewa Hackiewicz | Ludmiła Haponiuk |
| Ala Kalinowska | Halina Karpiuk |
| Tamara Korniluk | Anna Krasowska |
| Krystyna Kudelska | Maria Kurianowicz |
| Anna Maria Kuźma | Jadwiga Leskowicz |
| Jolanta Łangowska | Anna Matysiuk |
| Raisa Moroz | Helena Onopiuk |
| Irena Osipiuk | Olga Osipiuk |
| Marzanna Panfiluk | Leonida Pawluczuk |
| Ewa Roszczenko | Halina Rzeczycka |
| Eugenia Sajewicz | Tamara Sajewicz |
| Halina Szerszunowicz | Barbara Świętuchowska |
| Irena Tichoniuk | Irena Topor |
| Jolanta Wnuk | Krystyna Zin |
| Jolanta Żegunia | Renata Żukowicka |

Wszystkim w/w koleżankom w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku składam serdeczne gratulacje, życząc satysfakcji z tytułu podniesienia kwalifikacji, sukcesów w pracy zawodowej, oraz pomyślności w życiu osobistym.

*Przewodnicząca ORPiP
Cecylia Dolińska*

Kalendarium OIPiP

Kalendarium

01.06.2016 Wizytacja Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku przeprowadzona przez dr n. med. **Grażynę Rogala-Pawelczyk** Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych przy współudziale specjalisty kancelarii NRZOZ **Małgorzaty Kilarskiej** w obecności dr n. o zdr. **Agaty Panas** Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku i pracownika biura ORZOZ **Aliny Klimczuk**.

01.06.2016 Posiedzenie Komisji Prawa i Legislacji.

01.06.2016 Posiedzenie Komisji ds. Etyki.

02.06.2016 Konferencja naukowa z okazji **Jubileuszu XXV-lecia Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych** zorganizowana przez OIPiP w Suwałkach - uczestniczyły Przewodnicząca ORPiP Cecylia Dolińska i Sekretarz ORPiP Beata Olejnik.

03.06.2016 Posiedzenie Rady Społecznej Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku - uczestniczyła Dorota Rojsza.

03.06.2016 Rozmowa w Polskim Radio Białystok w sprawie strajku pielęgniarek i położnych w INSTYTUCIE - POMNIK CENTRUM ZDROWIA DZIECKA W WARSZAWIE - uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Cecylia Dolińska.

06.06.2016 Posiedzenie Komisji Konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydatów do zatrudnienia na stanowisku Naczelnego Pielęgniarki i Pielęgniarki Oddziałowej oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, bloku operacyjnego, ginekologiczno-położniczego, medycyny paliatywnej, stacji dializ i oddziału noworodkowego w SP ZOZ Sokółce - przewodniczyła Cecylia Dolińska - Przewodnicząca ORPiP.

- 07.06.2016** Kontrola kompleksowa działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku w zakresie finansów i w sprawach gospodarczych za okres od 01.01.2016 do 31.03.2016 roku.
- 07.06.2016** Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego.
- 08.06.2016** Posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.
- 08.06.2016** Posiedzenie Komisji ds. Pielęgniarstwa w Ambulatoryjnej Opiece Zdrowotnej i Kontraktowania Świadczeń.
- 08.06.2016** Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej.
- 08.06.2016** Egzamin końcowy kursu specjalistycznego - *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych* organizowanego przez OIPiP w Białymstoku.
- 08.06.2016** Posiedzenie komisji zaliczającej przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat - zaliczono przeszkolenie 3 pielęgniarkom.
- 08.06.2016** Posiedzenie Komisji Bioetycznej - uczestniczyła Irena Husar.
- 08.06.2016** Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku.

Podjęto uchwały w sprawach:

- zatwierdzenia regulaminu dofinansowania kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku,
- pomocy materialnej dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku,
- upoważnienia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Białymstoku do podejmowania decyzji merytorycznych i finansowych dotyczących wydatków związanych z obchodami XXV-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w roku 2016,
- określenia wzoru i zakupu sztandaru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku,

Kalendarium OIPiP

- stanowisko popierające działania i solidaryzujące się z pielęgniarkami i położnymi pracującymi w INSTYTUCIE - POMNIK CENTRUM ZDROWIA DZIECKA.

08.06.2016 Posiedzenie Prezydium OIPiP w Białymstoku.

Podjęto uchwały w sprawach:

1. Uchwały w sprawie rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPiP w Białymstoku:
 - wykreślenia z rejestru: 5 pielęgniarek, 1 położna,
 - stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej izby: 1 położna, 4 pielęgniarki;
2. Uchwały w sprawach rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 - wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 2 pielęgniarki,
 - zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 8 pielęgniarek,
 - wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 1 pielęgniarka;
3. Uchwały w sprawach związanych z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - zaliczenia przeszkolenia: 3 pielęgniarki,
 - przeszkolenia pielęgniarskiego z związku z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: 1 pielęgniarski;
4. Uchwały w sprawach rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe:
 - wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe - 1 uchwała: Centrum Edukacji EKSPERT Małgorzata Piotrowska ul. Przejazd 2A lok. 1, 15-430 Białystok - *kurs specjalistyczny terapii bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych*;
5. Uchwały w sprawie dofinansowania kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych przez członków OIPiP w Białymstoku - dofinansowanie otrzymało 11 osób;

6. Uchwały w sprawie udzielenia pomocy materialnej członkom samorządu:
 - udzielenia zapomóg w przypadkach losowych - dofinansowanie otrzymało 2 osoby,
 - udzielenia zapomóg w ramach funduszu samopomocowego - dofinansowanie otrzymało 3 osoby;
 7. Uchwały w sprawie wytypowania przedstawicieli ORPiP w Białymstoku do pracy w komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Samodzielnym Publicznym ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku;
 8. Uchwała w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego prowadzonego przez Centrum Edukacji EKSPERT Małgorzata Piotrowska - 1 uchwała;
 9. Uchwały w sprawach bieżącej działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku - 3 uchwały:
 - pokrycia kosztów opracowania projektu graficznego sztandaru i logo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku,
 - zorganizowania warsztatów dla pielęgniarek we współpracy z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego województwa podlaskiego,
 - wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w posiedzeniach Rady Społecznej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK w Białymstoku.
- 09.06.2016** Posiedzenie Komisji Prawa i Legislacji w Warszawie - uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Cecylia Dolińska.
- 10.06.2016** Spotkanie ze studentami Kierunku Pielęgniarstwo i pracodawcami zorganizowane na Wydziale Nauk o Zdrowiu - uczestniczyły Przewodnicząca ORPiP Cecylia Dolińska i Sekretarz Beata Janina Olejnik.
- 10.06.2016** Spotkanie z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego w Warszawie - uczestniczyła Dorota Rojsza - Konsultant Wojewódzki w dz. Pielęgniarstwa Rodzinnego.

Kalendarium OIPiP

- 11.06.2016** Białostocka Konferencja Diabetologiczna w ramach kampanii *Wyprowadzić cukrzycę*, OIPiP w Białymstoku była partnerem - uczestniczyły Sekretarz ORPiP Beata Olejnik i Konsultant Wojewódzki w dz. pielęgniarstwa rodzinnego Dorota Rojsza.
- 15.06.2016** Posiedzenie Rady Społecznej Samodzielnego Szpitala Miejskiego im. PCK - uczestniczyła Halina Wasilewska.
- 17.06.2016** Posiedzenie Komisji Konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydata do zatrudnienia na stanowisku Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału SP MSW w Białymstoku - przewodniczyła Beata Olejnik - Sekretarz ORPiP.
- 22.06.2016** Warsztaty z zakresu stosowania przymusu bezpośredniego dla domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz pielęgniarek pogotowia ratunkowego zorganizowane przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego Nadzieję Sołowiej oraz OIPiP w Białymstoku - 51 uczestników.
- 22.06.2016** Posiedzenie Organu Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych.
- 22-23.06.2016** Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie - uczestniczyły Przewodnicząca ORPiP Cecylia Dolińska i Sekretarz ORPiP Beata Olejnik.
- 23.06.2016** Posiedzenie Rady Społecznej Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku - uczestniczyła Dorota Rojsza.
- 24.06.2016** Posiedzenie Prezydium OIPiP w Białymstoku.

Podjęto uchwały w sprawach:

1. Uchwały w sprawie rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPiP w Białymstoku:
 - stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej izby: 1 położna;
2. Uchwały w sprawach rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

- wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 2 pielęgniarki,
 - zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 3 pielęgniarki;
3. Uchwały w sprawach związanych z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: skierowania na przeszkolenie: 1 położna;
 4. Uchwała w sprawach bieżącej działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku: zatwierdzenia planów pracy na rok 2016 komisji i zespołów problemowych Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku.
- 28.06.2016** Wizytacja dwóch indywidualnych praktyk pielęgniarek wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.
- 29.06.2016** Posiedzenie Komisji Bioetycznej - uczestniczyła Irena Husar.
- 30.06.2016** Posiedzenie pełnomocników Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku.
- 30.06.2016** Wizytacja 1 indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania w Knyszynie.
- 01.07.2016** Posiedzenie Rady Społecznej Ośrodka Diagnostyczno-Badawczego Chorób Przenoszonych Drogą Płciową w siedzibie Ministerstwa Zdrowia w Warszawie - uczestniczyła Małgorzata Michalewicz.
- 01.07.2016** Posiedzenie komisji zaliczającej przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: zaliczono przeszkolenie 1 pielęgniarkowi.
- 12.07.2016** Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego.
- 13.07.2016** Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej.
- 13.07.2016** Posiedzenie komisji zaliczającej przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: zaliczono przeszkolenie 2 pielęgniarkom.

Kalendarium OIPiP

13.07.2016 Posiedzenie Komisji Konkursowej mającej na celu wyłonienie kandydatów do zatrudnienia na stanowisku Pielęgniarki Oddziałowej oddziałów: psychiatrycznego i rehabilitacji neurologicznej w SP ZOZ Hajnówce - przewodniczyła Beata Olejnik - Sekretarz ORPiP.

14.07.2016 Posiedzenie Zespołu ds. Kontroli Organizatorów Kształcenia w Warszawie - uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Cecylia Dolińska.

13.07.2016 Posiedzenie Prezydium OIPiP w Białymstoku.

Podjęto uchwały w sprawach:

1. Uchwały w sprawie udzielenia pomocy materialnej członkom samorządu:
 - udzielenia zapomóg w przypadkach losowych - dofinansowanie otrzymała 1 osoba,
 - udzielenia zapomóg w ramach funduszu samopomocowego - dofinansowanie otrzymała 1 osoba;
2. Uchwała w sprawie dofinansowania kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych przez członków OIPiP w Białymstoku - dofinansowanie otrzymało 20 osób;
3. Uchwały w sprawie rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPiP w Białymstoku:
 - wykreślenia z rejestru: 3 pielęgniarki,
 - wpisania do rejestru: 2 pielęgniarki,
 - stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej izby:
 - 16 pielęgniarek, 3 pielęgniarzy, 1 położna;
4. Uchwały w sprawach rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 - wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 4 pielęgniarki;
5. Uchwały w sprawach związanych z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie: 1 położna,
 - zaliczenia przeszkolenia: 2 pielęgniarki, 1 pielęgniarz;

6. Uchwały w sprawie wytypowania przedstawicieli OIPiP w Białymstoku do udziału w komisjach konkursowych - 2 uchwały:
 - o wytypowania przedstawicieli ORPiP w Białymstoku do pracy w komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Białostockim Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie,
 - o wytypowania przedstawicieli ORPiP w Białymstoku do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej im. dr E. Pileckiej z Pododdziałem Chemioterapii Diennej w Białostockim Centrum Onkologii.

28.07.2016 Posiedzenie Prezydium OIPiP w Białymstoku.

Podjęto uchwały w sprawach:

1. Uchwały w sprawie rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPiP w Białymstoku:
 - wpisanie do rejestru: 1 pielęgniarka,
 - stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej izby: 12 pielęgniarek, 6 położnych;
2. Uchwały w sprawach rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 - wpisanie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 3 pielęgniarki,
 - zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 4 pielęgniarki, 1 pielęgniarski;
3. Uchwały w sprawach związanych z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie: 1 pielęgniarka;

29.07.2016 Posiedzenie Rady Społecznej SPZOZ MSW w Białymstoku - uczestniczyła Beata Olejnik - Sekretarz ORPiP.

09.08.2016 Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego.

09.08.2016 Posiedzenie komisji zaliczającej przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat - zaliczono przeszkolenie 1 pielęgniarki i 1 położnej.

Kalendarium OIPiP

10.08.2016 Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej.

10.08.2016 Posiedzenie komisji zaliczającej przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat - zaliczono przeszkolenie 2 pielęgniarkom.

10.08.2016 Posiedzenie Prezydium OIPiP w Białymstoku.

Podjęto uchwały w sprawach:

1. Uchwały w sprawie rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez OIPiP w Białymstoku:
 - wykreślenia z rejestru: 1 pielęgniarka,
 - stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru okręgowej izby: 3 pielęgniarki, 2 położne;
2. Uchwały w sprawach rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:
 - wpisania do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 5 pielęgniarek,
 - zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: 3 pielęgniarka;
3. Uchwały w sprawach związanych z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - zaliczenia przeszkolenia: 3 pielęgniarki, 1 położna,
 - skierowania na przeszkolenie w związku z niewykonywaniem zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: 1 pielęgniarka;
4. Uchwała w sprawie dofinansowania kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych przez członków OIPiP w Białymstoku - dofinansowanie otrzymało 9 osób;
5. Uchwały w sprawie udzielenia pomocy materialnej członkom samorządu:
 - udzielenia zapomóg w przypadkach losowych - dofinansowanie otrzymały 4 osoby;
6. Uchwały w sprawie prowadzenia kształcenia w OIPiP w Białymstoku - 1 uchwała;
7. Uchwały w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego - 1 uchwała;

8. Uchwały w sprawach bieżącej działalności Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku - 4 uchwały:
- w sprawie pokrycia kosztów związanych z uczestnictwem w szkoleniu członków Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
 - w sprawie objęcia honorowym patronatem IX Konferencji Warsztatowej *Narzędzia i techniki pracy w opiece nad niepełnosprawnym ruchowo*,
 - w sprawie upoważnienia członka samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do zaopiniowania sposobu podziału środków na wynagrodzenia,
 - w sprawie skierowania na Konferencję członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku oraz pokrycia kosztów uczestnictwa.

12.08.2016 Egzamin końcowy kursu specjalistycznego - *Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego dla pielęgniarek i położnych* organizowanego przez OIPiP w Hajnówce.

17.08.2016 Posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku.

30.08.2016 Wizytacja 1 indywidualnej praktyki pielęgniarki w Łapach.

Zmiany w POZ

Zmiany w POZ

Planowane zmiany w podstawowej opiece zdrowotnej zagrażają samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych - ocenia NRPiP.

Resort zdrowia podkreśla, że prace nad projektem założeń do ustawy o POZ trwają, a jego ostateczny kształt nie jest znany.

Na początku 2016 r. Minister Zdrowia **Konstanty Radziwiłł** powołał zespół, którego głównym celem było opracowanie propozycji założeń projektu ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (POZ).

Sprzeciw wobec propozycji przyjętych w toku prac zespołu wyraziła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP).

Zdaniem samorządu „*naruszają one zasadę wolności gospodarczej, wyrażoną w Konstytucji RP jako jedną z elementów społecznej gospodarki rynkowej*”. W szczególności - według NRPiP - dotyczy to propozycji tworzenia zespołów lekarsko-pielęgniarskich, w których to lekarze pełniliby rolę koordynatora POZ, a także tworzenia wspólnych list pacjentów przez lekarza, pielęgniarkę i położną.

Zamach na samodzielność?

„W świetle proponowanych zmian należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań w obszarze podstawowej opieki zdrowotnej, które stanowią zagrożenie dla samodzielności zawodowej pielęgniarek i położnych oraz przyniosą negatywne skutki dla pacjentów” - oceniły pielęgniarki.

Samorząd przypominał, że prawo dokładnie określa kompetencje zawodowe pielęgniarek i położnych, a także zakres świadczeń, jakie mogą udzielać samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. Ponadto w określonym zakresie mają one prawo np. samodzielnie

*„NRPiP sprzeciwia się propozycjom (...), które doprowadzą do likwidacji samodzielnie funkcjonujących podmiotów pielęgniar-
skich i położniczych” - czytamy w stanowisku.*

Samorząd krytycznie ocenił też propozycje łącznego kontrak-
towania świadczeń w zakresie kompetencji lekarza, pielęgniarki
i położnej oraz tworzenia jednej wspólnej deklaracji wyboru
świadczeniodawcy.

*„Oddzielne deklaracje pozwalają wszystkim świadczeniodaw-
com na rynku świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej dzia-
łać na równych zasadach i nie stanowią żadnego obciążenia
dla pacjenta. Wręcz przeciwnie, sprawiają, iż pacjent w sposób
świadomy może wybrać lekarza, pielęgniarkę, położną” - oceniła
NRPiP.*

*„Nie znajduje uzasadnienia merytorycznego, ani celowoś-
ciowego dążenie do tworzenia w ramach podstawowej opieki
zdrowotnej tzw. zespołów lekarsko-pielęgniarskich przy jedno-
czesnym ograniczaniu samodzielności praktyk zawodowych pie-
lęgniarek i położnych” - podkreślił samorząd. Przypomni-
ał, że od 18 lat funkcjonują m.in. podmioty lecznicze założone przez
pielęgniarki i położne, które zawierają umowy z Narodowym
Funduszem Zdrowia.*

Ministerstwo odpowiada

NRPiP podkreśliła, że należy pozostawić możliwość oddzielne-
go kontraktowania świadczeń zdrowotnych w POZ dla pielęgnia-
rek, położnych i lekarzy oraz świadczeń w środowisku nauczania
i wychowania. Zdaniem samorządu zapewnia to pacjentom wy-
soką jakość świadczonych usług, profesjonalną opiekę, a przede
wszystkim dostępność do świadczeń zdrowotnych.

*„Wnosimy o zastosowanie rozwiązań gwarantujących utrzy-
manie samodzielnego funkcjonowania podmiotów gospodarczych
prowadzonych przez pielęgniarki i położne w zakresie pielęgniar-
stwa rodzinnego, położnictwa rodzinnego i pielęgniarstwa w śro-
dowisku nauczania i wychowania, z jednoczesnym zachowaniem
finansowania przez płatnika świadczeń zdrowotnych” - czytamy
w stanowisku.*

Zmiany w POZ

Resort zdrowia poproszony o komentarz do zarzutów pielęgniarek przypomniał, że obecnie zespół opracowuje strategię, zgodnie z którą będzie kontynuował prace nad założeniami do projektu ustawy.

„Na obecnym etapie zaawansowania prac, nie można jednoznacznie stwierdzić, jaki będzie ostateczny kształt projektowanych rozwiązań” - podkreśliła rzeczniczka Ministra Zdrowia Milena Kruszewska.

*PAP Rynek Seniora
- 16 marca 2016*

N RPiP o proponowanych zmianach w POZ

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z wielkim niepokojem przyjmuje brak jakiejkolwiek aktywności Ministra Zdrowia w kontekście przedstawionych w marcu i kwietniu br. zastrzeżeń, które Rada zgłosiła po zapoznaniu się z dokumentem „*Analiza funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce oraz propozycje rozwiązań systemowych*”. Niepokój środowiska pielęgniarek i położnych budzi także informacja, że z ustawy o działalności POZ wyłączone zostaną świadczenia wykonywane przez pielęgniarki szkolne.

W dniu 28.06. br. zebrał się Zespół ds. podstawowej opieki zdrowotnej przy NRPiP. Celem spotkania była analiza Zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wypracowanie strategii - standardu opieki pielęgniarki szkolnej. Jak poinformowała dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych MZ **Beata Cholewka**, podczas III posiedzenia NRPiP, które odbyło się dnia 23.06. br., z ustawy tej wyłączone zostaną pielęgniarki szkolne. Ich kompetencje i zakres działań ma regulować odrębna ustawa.

Tymczasem 30 czerwca 2016 roku upływa termin konsultacji społecznych dotyczących propozycji Ministerstwa Zdrowia. Dokument ten stanowi podstawę do opracowania nowej ustawy o funkcjonowaniu POZ. Przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zespole pracującym nad tym dokumentem złożył odrębne stanowisko, w którym zawarł zastrzeżenia NRPiP.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody na:

1. Zapis umożliwiający tworzenie zintegrowanych zespołów medycyny rodzinnej. NRPiP uważa, że zaproponowane w projekcie rozwiązania pozbawią pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej samodzielności zawodowej,

Zmiany w POZ

- a w konsekwencji samodzielności gospodarczej przedstawicieli tych zawodów wykonujących praktyki zawodowe;
2. Wprowadzenie do systemu podstawowej opieki zdrowotnej wspólnych list pacjentów dla lekarza, pielęgniarki i położnej. Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych takie rozwiązanie musi doprowadzić do uzależnienia pielęgniarek i położnych od lekarzy, a także w konsekwencji do likwidacji samodzielności tych zawodów medycznych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej;
 3. Wspólnego finansowania świadczeń w zakresie lekarza, pielęgniarki i położnej. NRPiP stoi na stanowisku, że osobne finansowanie jest bardziej transparentne.

Jednocześnie NRPiP zwraca uwagę, że w „Analizie” nie zakłada umiejscowienia w systemie pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki i pielęgniarki szkolnej. NRPiP postuluje powrót do przywrócenia do systemu podstawowej opieki zdrowotnej pielęgniarki praktyki.

Prawidłowo zorganizowana podstawowa opieka zdrowotna stanowi fundament całego systemu, dlatego tak ważne jest przyjęcie rozwiązań zapewniających jej sprawne funkcjonowanie.

Określenie roli i miejsca pielęgniarki rodzinnej, pielęgniarki praktyki, pielęgniarki szkolnej oraz położnej środowiskowej ma tu kluczowe znaczenie, dlatego Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych domaga się rzeczywistego dialogu i spełnienia obietnic, jakie w tym zakresie złożył kilka miesięcy wcześniej Minister Zdrowia.

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*

Spotkanie z Prezesem NFZ

W dniu 18 lipca 2016 r. przedstawiciele NRPiP spotkali się z p.o. Prezesa NFZ **Andrzejem Jacyną**.

Spotkanie odbyło się na prośbę samorządu w związku z Zarządzeniem Nr 50 /2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2016 r. *w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie POZ*

W trakcie spotkania Prezes NRPiP **Zofia Małas** przedstawiła problemy dotyczące:

- zmniejszającej się liczby uczniów w szkołach, co będzie skutkowało pogorszeniem dostępności do świadczeń z uwagi na niższe środki na realizację zadań,
- pozyskania środków na podwyższenie wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień zgodnie z zawartym Porozumieniem,
- zmniejszenia z 2 750 na 2 500 liczby zadeklarowanych pacjentów na jedną pielęgniarkę POZ, zmniejszenia wskaźnika z 0,75 na 0,5 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

W trakcie spotkania uzgodniono, że środki finansowe na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek POZ od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r. dla pielęgniarek i położnych będą wypłacone **zgodnie z zawartym porozumieniem z dnia 23 września 2015 r.**

Zmiany w POZ

S potkanie NFZ i NRPiP

Notatka ze spotkania w dniu 18 lipca 2016 roku

W dniu 18 lipca 2016 r., w Centrali NFZ, odbyło się spotkanie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Pana **Andrzeja Jacyny** z przedstawicielkami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Spotkanie zorganizowane zostało na wniosek NRPiP.

W trakcie spotkania, przedstawicielki NRPiP zwróciły się o wyjaśnienia dotyczące następujących regulacji wprowadzonych do warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ):

- 1) wzrostu finansowania świadczeń lekarza POZ dla grup wiekowych świadczeniobiorców: 40-65 r.ż. oraz powyżej 65 r.ż., przy pominięciu w uzgodnieniach i wprowadzonych regulacjach, świadczeń pielęgniarki POZ. W uzasadnieniu wskazano przyszłe obciążenia pielęgniarek związane z możliwością wystawiania pacjentom recept,
- 2) wpływu obniżenia z 2 750 do 2 500 zalecanej liczby pacjentów objętych opieką lekarza, pielęgniarki POZ na warunki finansowania świadczeń.

Ponadto zgłosiły:

- 3) potrzebę wzrostu finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej w związku ze spodziewanym spadkiem liczby uczniów szkół, związanym z przeprowadzanymi zmianami w systemie oświaty,
- 4) problem znacznego obniżenia finansowania świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej w związku z przyjęciem przez Fundusz do wyceny tych świadczeń taryfy 0,5 ostatecznie określonej przez Agencję Taryfikacji w miejsce poprzedniej wyceny na poziomie 0,75. Poinformowały Prezesa Funduszu o złożeniu pisma w tej sprawie,

oraz zwróciły się z prośbą o udzielenie pisemnej odpowiedzi.

Udzielając wyjaśnień w zgłoszonych kwestiach Prezes Funduszu przedstawił, co następuje.

Ad. 1)

Zgodnie z warunkami Porozumień zawartych z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców POZ reprezentujących w szczególności środowisko lekarskie (FZPOZ PZ i PPOZ), środki finansowe uzyskane przez świadczeniodawców z tytułu wzrostu współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza POZ powinny zostać przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich” (pielęgniarki gabinetów zabiegowych i punktów szczepień), poprawę informatyzacji prowadzonych placówek medycznych, pokryć koszty zwiększonych nakładów pracy związanych z zapewnieniem przez lekarzy POZ od 1 września 2016 r. możliwości uzyskania recepty na bezpłatne leki dla grupy świadczeniobiorców powyżej 75 r.ż. a także na rozwój działalności związanej z projektowanymi rozwiązaniami mającymi na celu poprawę kompleksowości i jakości udzielanych świadczeń.

Fundusz otwarty jest na rozmowy z przedstawicielami organizacji reprezentujących środowisko pielęgniarek i położnych, jednakże ewentualne wzrosty finansowania świadczeń w pozostałych zakresach POZ, tak jak w przypadku świadczeń lekarza POZ, muszą znaleźć uzasadnienie kosztowe. Na chwilę obecną trudno rozmawiać o potencjalnym wzroście nakładów pracy w związku z uzyskaną przez pielęgniarki możliwością ordynowania niektórych leków i wystawiania pacjentom recept, gdyż wg danych OW NFZ jedynie 88 pielęgniarek i położnych uzyskało uprawnienia do pobierania druków recept, natomiast wg danych sprawozdawczych aptek, liczba zrealizowanych recept refundowanych wystawionych przez pielęgniarki/położne do maja 2016 r., wynosi 1708 recept.

Fundusz będzie czuwał nad realizacją przez stronę świadcze-

Zmiany w POZ

niodawców zobowiązań określonych w zawartych Porozumieniach. W kwestii dotyczącej wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek zatrudnionych w „praktykach lekarskich” zwróci się do świadczeniodawców o przekazanie informacji z realizacji podjętego zobowiązania. Ponadto, na stronie internetowej Funduszu, w nieodległym terminie, zostanie opublikowany komunikat informujący pielęgniarki i położne „praktyk lekarskich” o przekazaniu świadczeniodawcom środków na wzrost ich wynagrodzeń, odpowiednio do warunków określonych dla POZ w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w *sprawie ogólnych warunków umów*.

Ad. 2)

Obniżenie zalecanej warunkami umów populacji świadczeniobiorców objętych opieką 1 lekarza, pielęgniarki POZ, ma znaczenie intencyjne i pozostanie bez wpływu na zasady tworzenia list świadczeniobiorców i warunki finansowania świadczeń. Celem zmiany, przyszłościowo, jest wzrost liczby personelu udzielającego świadczeń, a przez to poprawa dostępności i jakości świadczeń.

Ad. 3)

O ewentualnym wzroście finansowania świadczeń pielęgniarki szkolnej, proponuje się wrócić po 1 września 2016 r., gdyż wtedy będzie możliwość oceny wpływu regulacji wprowadzanych w systemie oświaty na populację uczniów szkół objętych opieką w ramach umów z Funduszem.

Ad. 4)

Do udzielenia odpowiedzi na temat zmiany taryfy, jednostką właściwą jest Agencja Taryfikacji. Fundusz zobowiązany jest do korzystania z wycen publikowanych przez Agencję, przy czym nie posiada żadnego wpływu na prowadzone przez nią prace. Co do przyjętej metodologii wyceny, budzi ona zastrzeżenia, gdyż opiera się jedynie o dane jednostek, które zdecydują się na podjęcie współpracy z Agencją i ujawnianie swoich kosztów. To wpływa na obniżenie rzetelności wyceny. W opinii Funduszu, wycena powinna być prowadzona

w oparciu o dane kosztowe uzyskiwane przez Agencję od wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy.

Samodzielnie, Fundusz może określić warunki finansowania świadczeń tylko tam, gdzie wycena Agencji Taryfikacji nie została dokonana - przykład: podwyższenie finansowania świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. oraz dla oddziałów pediatrycznych.

Na tym spotkanie zakończono.

*Notatkę sporządziła:
Hanna Klimczak*

Główny specjalista DSOZ, Centrala NFZ

Podwyżki pielęgniarские

Pismo NRPiP

Warszawa, dnia 25.07.2016 r.

Naczelna Izba
Pielęgniarek i Położnych
NIPIP-NRPIP-DM.002.156.2016.TK

Pan/Pani
Członek Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

W dniu 18 lipca 2016 r. w Warszawie odbyło się spotkanie Prezydium NRPiP z Ministrem Zdrowia **Konstantym Radziwiłłem**, podczas którego omówiono między innymi sprawy związane z kolejną transzą podwyżek od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r. dla pielęgniarek i położnych zgodnie z zawartym porozumieniem z dnia 23 września 2015 r.

Poruszono sprawę podwyżek dla podwykonawców, pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień oraz pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Centrach Krwiodawstwa, Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych.

Minister Zdrowia zapewnił, iż środki finansowe są zabezpieczone zgodnie z zawartym Porozumieniem.

W załączeniu przesyłam odpowiedź Departamentu Pielęgniarek i Położnych dotyczącą realizacji podwyżek w Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa, 19-07-2016 r.

Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek i Położnych
PPA.0762.7,2016/BW

Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Warszawa

Szanowna Pani Prezes

Nawiązując do prowadzonej korespondencji w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzenia wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1400 i poz. 1628) oraz z treści Porozumienia zawartego w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu i Ministrem Zdrowia, Departament Pielęgniarek i Położnych przedstawia poniżej informacje na temat realizacji wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Departament informuje, że dnia 13 lipca 2016 r. Minister Finansów uruchomił z rezerwy celowej środki na sfinansowanie w 2016 r. w ramach dotacji celowej dla 21 Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa skutków podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek wykonujących zadania statutowe RCKiK, określone w art. 27 pkt 3-4 oraz 6 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o *publicznej służbie krwi* (Dz. U. z 2014 r., poz. 332 z późn. zm.).

W dniu 14 lipca 2016 r. został zwiększony plan finansowy Narodowego Centrum Krwi na ten cel.

Środki zostaną wypłacone po zawarciu przez Narodowe Centrum Krwi stosownych umów/aneksów z Regionalnymi Centrami Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

Podwyżki pielęgniarские

Ponadto, z informacji przekazanych przez Narodowe Centrum Krwi na dzień 25 marca 2016 r., liczba etatów zatrudnionych w RCKiK pielęgniarek, wykonujących zadania wskazane w art. 27 pkt 3-4 i 6 ustawy o *publicznej służbie krwi* wynosi ogółem 911,33 etatów.

Informacja przekazana przez NCK obejmuje etaty pielęgniarek, które miały zostać zatrudnione w RCKiK okresie od 1 kwietnia 2016 r. i od 1 maja 2016 r.

Z poważaniem

*Dyrektor Departamentu
Pielęgniarek i Położnych
dr n. o zdr. Beata Cholewka*

Opinia NRPiP

Opinia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie podziału środków finansowych na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami jakoby opinie izb pielęgniarskich nie były niezbędne do otrzymania środków finansowych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych, o których mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie *w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1628) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyjaśnia, co następuje.

Kwestie związane ze zwiększeniem od 1 września 2015 r. i w latach kolejnych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych ze środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia regulują rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej „*rozporządzeniem*”, oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie *w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, zwane dalej „*rozporządzeniem zmieniającym*”.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia zmieniającego w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, mają obowiązek przekazać w terminie do dnia 14 sierpnia 2016 r. do dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Na-

Podwyżki pielęgniarские

rodowego Funduszu Zdrowia informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tych świadczeniodawców, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia.

Na podstawie przekazanych informacji dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych informacji, do przedstawienia świadczeniodawcom zmian umów o udzielanie określonych wyżej świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących:

- 1) wysokość dodatkowych środków na świadczeniach opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.;
- 2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Podobnie, zgodnie z § 4 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, do uwzględnienia w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej od dnia 1 września 2016 r. postanowień dotyczących wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnym podstawowej opieki

zdrowotnej średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w wysokości określonej w § 4 ust. 6 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego.

Jednocześnie § 4 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego wyraźnie stanowi, że w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 3-10 rozporządzenia zmieniającego, a § 4 ust. 8 rozporządzenia zmieniającego – że w roku 2016 (analogicznie w latach 2017-2018) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze.

Powyższe bezsprzecznie przesądza, że w obydwu przypadkach zastosowanie znajdują przepisy § 2 ust. 4-7 rozporządzenia zmieniającego.

Zgodnie zatem z powyższym, świadczeniodawcy niezwłocznie po otrzymaniu od dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zmian umów o świadczenie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają obowiązek przekazać propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- 1) związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo
- 2) upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1 w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków porozumienia w sprawie podziału tych środków albo uzyskania pozytywnej opinii przedstawiciela tego samorządu w sprawie sposobu ich podziału, w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji. Niezwłocznie po zawarciu porozumienia albo uzyskaniu pozytywnej opinii, o których mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Fun-

Podwyżki pielęgniarskie

dzuszu Zdrowia podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia albo kopią pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału tych środków (§ 4 ust. 7 w związku z § 2 ust. 4 i 5 rozporządzenia zmieniającego i § 4 ust. 8 w związku z § 2 ust. 4 i 5 rozporządzenia zmieniającego).

Dopiero w przypadku niezawarcia porozumienia albo niezyskania pozytywnej opinii w terminie wspomnianych wyżej 21 dni świadczeniodawcy mogą dokonać niezwłocznie podziału tych środków, ale wyłącznie w równej miesięcznej wysokości w sposób określony w § 4 ust. 5 pkt 1 albo § 4 ust. 6 pkt 1 rozporządzenia zmieniającego, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej, przy czym mają obowiązek niezwłocznego przekazania kopii dokumentu potwierdzającego dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (§ 4 ust. 7 w związku z § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego i § 4 ust. 8 w związku z § 2 ust. 6 rozporządzenia zmieniającego).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że w świetle powołanych wyżej przepisów rozporządzenia zmieniającego przypadki i procedura opiniowania przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych sposobu podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w § 4 rozporządzenia zmieniającego, u konkretnych świadczeniodawców jest identyczna, jak przypadki i procedura, w których samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych opiniował sposób podziału tych środków finansowych u konkretnych świadczeniodawców, należnych na podstawie § 2 rozporządzenia oraz na podstawie § 2 rozporządzenia zmieniającego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa również, że zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 7 rozporządzenia zmieniającego niewykonanie przez świadczeniodawców obowiązków wynikających z § 2 ust. 2-6 rozporządzenia zmieniającego w ramach procedury podziału środków finansowych, o których mowa w § 4 tego rozporządzenia, skutkuje nałożeniem kary

umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zasadne jest informowanie dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o wszelkich znanych przypadkach niewykonania przez świadczeniodawców opisanych wyżej obowiązków w zakresie występowania do przedstawicieli samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych o zaopiniowanie propozycji sposobu podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w § 4 rozporządzenia zmieniającego.

Sporządził:
Andrzej Rylski prawnik NIPiP

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Podwyżki pielęgniarskie

N FZ Komunikat DSOZ

Komunikat w sprawie realizacji wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych i punktów szczepień w podstawowej opiece zdrowotnej

W związku z opublikowanym 27 czerwca br. zarządzeniem Nr 50/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia *w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*, Narodowy Fundusz Zdrowia informuję, co następuje.

Z dniem 1 lipca 2016 r. uległa zwiększeniu z **1,12** na **1,18**, a począwszy od września 2016 r. na **1,2**, wartość współczynnika korygującego bazową stawkę kapitacyjną przypisaną w warunkach rozliczania świadczeń lekarza POZ, do grupy świadczeniobiorców w wieku od 40 do 65 roku życia.

Celem wzrostu jest między innymi zapewnienie środków na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych „*praktyk lekarskich*”, uczestniczących w realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, w szczególności jako personel prowadzonych gabinetów zabiegowych i punktów szczepień.

Dokonana zmiana zgodna jest z treścią Porozumień zawartych z Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia i stanowi realizację postulatów przedstawicieli ww. organizacji świadczeniodawców, a także środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, *o zapewnieniu przez Fundusz cyklicznego wzrostu wartości ww. współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną w finansowaniu świadczeń lekarza POZ*, do poziomu gwarantującego realizację wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych „*praktyk lekarskich*”, odpowiednio do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych

warunków umów, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w innych rodzajach świadczeń.

Informuje jednocześnie, że wykorzystanie wskazanych wyżej środków przez świadczeniodawców zgodnie z celem, na jaki zostały przekazane będzie przedmiotem zainteresowania Funduszu.

źródło - Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Podwyżki pielęgniarskie

Harmonogram rat podwyżek

Harmonogram postępowania w sprawie rozdzielenia kolejnej raty podwyżek dla pielęgniarek i położnych - za okres od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.

Kwestie związane ze zwiększeniem wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w okresie od dnia 1 września 2016 r. reguluje § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwanego dalej „rozporządzeniem”.

Uregulowana w tym przepisie procedura postępowania jest analogiczna do procedury wdrożenia podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych od dnia 1 września 2015 r. Z powołanych przepisów wynika następujący harmonogram postępowania w sprawie zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w 2016 r. (w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.):

1 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia świadczeniodawcy posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna (patrz niżej), mają obowiązek sporządzić według stanu na dzień 1 sierpnia 2016 r. informacje o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tych świadczeniodawców, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położ-

nej wyłącznie w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia.

nie później, niż do 14 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 rozporządzenia, informację, o której mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać do dnia 14 sierpnia 2016 r. dyrektorom właściwym oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Informacje te przekazuje się za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

nie później, niż do dnia 28 sierpnia 2016 r.

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia, na podstawie przekazanych informacji dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani, w terminie 14 dni od dnia otrzymania tych informacji, do przedstawienia świadczeniodawcom zmian umów o udzielanie określonych wyżej świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących:

- wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., pozwalających zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi¹ w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej o 800,00 zł od dnia 1 września 2016 r. (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzeni od dnia 1 września 2015 r.);
- postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w § 4 ust. 5 rozporządzenia zmieniającego, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Powyższe nie dotyczy umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna. W przypadku tych umów, zgodnie z § 4 ust. 6

Podwyżki pielęgniarskie

rozporządzenia dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są obowiązani z mocy prawa do uwzględnienia w wysokości kapitacyjnej stawki rocznej od dnia 1 września 2016 r. postanowień dotyczących wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w sposób gwarantujący pielęgniarkom podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnym podstawowej opieki zdrowotnej średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 800,00 zł (w tym 400,00 zł średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia od dnia 1 stycznia 2016 r.). Następnie dyrektorzy właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia powinni przekazać świadczeniodawcom odpowiednie zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

niezwłocznie

Zgodnie z § 4 ust. 7 rozporządzenia do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 3-10 tego rozporządzenia regulujące kwestię uzupełnienia podwyżki dla pielęgniarek i położnych za okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Analogicznie, zgodnie z § 4 ust. 8 rozporządzenia, także do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, stosuje się odpowiednio przepisy § 2 ust. 4-9 i ust. 10 zdanie pierwsze tego rozporządzenia.

Zatem w świetle powyższego – zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia – świadczeniodawcy niezwłocznie po otrzymaniu od dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej mają obowiązek przekazać propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo
- upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położ-

nych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1.

nie później, niż w ciągu 21 dni

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 4 rozporządzenia świadczeniodawcy przekazują propozycje podziału dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne:

- związkom zawodowym pielęgniarek i położnych zrzeszającym wyłącznie pielęgniarki i położne, działającym u tych świadczeniodawców albo
- upoważnionym przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych przedstawicielom samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, jeżeli u świadczeniodawców nie działają związki zawodowe określone w pkt 1

w celu zawarcia z przedstawicielami tych związków porozumienia w sprawie podziału tych środków albo uzyskania pozytywnej opinii przedstawiciela tego samorządu w sprawie sposobu ich podziału, w terminie 21 dni od dnia przekazania tej propozycji.

niezwłocznie

Zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia niezwłocznie po zawarciu porozumienia albo uzyskaniu pozytywnej opinii, o których mowa powyżej, świadczeniodawcy mają obowiązek przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia podpisane zmienione umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz z kopią porozumienia albo kopią pozytywnie zaopiniowanego sposobu podziału tych środków.

W przypadku zaś niezawarcia porozumienia albo nieuzyskania pozytywnej opinii, o których mowa powyżej - zgodnie z § 4 ust. 7 i 8 w związku z § 2 ust. 5 rozporządzenia - świadczeniodawcy mają obowiązek dokonać niezwłocznie podziału tych środków. W takim przypadku świadczeniodawcy dokonują tego podziału wyłącznie w równej miesięcznej wysokości, w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej. Jednocześnie, świadczeniodawcy mają obowiązek niezwłocznie przekazać dyrektorom właściwych oddziałów wojewódzkich Narodowego

Podwyżki pielęgniarские

Funduszu Zdrowia kopie dokumentów potwierdzających dokonanie tego podziału wraz z podpisanymi zmienionymi umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Niewykonanie przez świadczeniodawców któregośkolwiek ze wskazanych w niniejszej informacji obowiązków skutkuje nałożeniem kary umownej w wysokości do 2% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pamiętać należy również, że w przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia w okresie 1 września 2016 r. - 31 sierpnia 2017 r. jednej z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w kolejnej umowie dotyczącej tego samego rodzaju świadczeń należy uwzględnić zmienione w opisany powyżej sposób postanowienia dotyczące wysokości dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne, w tym także środków uwzględnionych w nowej wysokości kapitacyjnej stawki rocznej.

*Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska*

Sporządził Andrzej Rylski prawnik NIPiP

¹ Przez wynagrodzenie wraz z pochodnymi należy rozumieć miesięczne wynagrodzenie, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pielęgniarki albo położnej dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy (§ 2 ust. 2 rozporządzenia).

Pismo Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej

Warszawa, dnia 19 maja 2016 r.

Ministerstwo Rodziny, Pracy
i Polityki Społecznej
DPS-V.076.5.2016.WW

Pani **Cecylia Dolińska**
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Białymstoku

Szanowna Pani Przewodnicząca

Odpowiadając na pismo z dnia 7 kwietnia 2016 r., znak ORPiP/XIX/48/2016, przekazujące kopię apelu podjętego w czasie obrad XXVIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, skierowane do Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w sprawie podjęcia działań mających na celu poprawę warunków płacowych pielęgniarek i położnych zatrudnionych w domach pomocy społecznej i innych jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, Ministerstwo przedstawia poniższe wyjaśnienia.

Problematykę dotyczącą zasad wynagradzania pielęgniarek i położnych, w tym również możliwości podwyższania ich wynagrodzeń, należałoby rozpatrywać na tle przepisów regulujących status prawny tej grupy pracowników oraz status prawny zatrudniających ich pracodawców (z uwzględnieniem zasad gospodarki finansowej poszczególnych zakładów pracy i sposobu finansowania wynagrodzeń pracowniczych).

Zgodnie z art. 19 ust. 1 *ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej* mogą one wykonywać zawód w ramach: umowy o pracę, stosunku służbowego, umowy cywilnoprawnej, wolontariatu oraz praktyk zawodowych wymienionych w art. 5 ust. 2 pkt 2 *ustawy o działalności leczniczej*. W tej ustawie zawarte są regulacje dotyczące m. in. czasu pracy pracowników wykonujących zawody medyczne, niektórych uprawnień płacowych pracowników

Podwyżki pielęgniarskie

zatrudnionych w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (do dodatku za usługę lat, nagrody jubileuszowej, odprawy emerytalno-rentowej). W zakresie spraw wynikających z w/w ustawy właściwym jest Minister Zdrowia.

Ponadto pielęgniarki i położne mogą być zatrudnione także w samorządowych jednostkach organizacyjnych. Mają wówczas status pracowników samorządowych w rozumieniu ustawy z dnia 18 marca 2009 r. *o pracownikach samorządowych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1786), której przepisy wraz z wydanym na jej podstawie rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 18 marca 2009 r. *w sprawie wynagradzania pracowników samorządowych* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1786, określają podstawowe uprawnienia płacowe.

Pracodawcy samorządowi mają swobodę w zakresie kształtowania wysokości wynagrodzenia pracowników, stosownie do potrzeb i możliwości finansowych oraz zasad prowadzonej zakładowej polityki płac w ramach obowiązujących regulacji prawnych.

Przy określaniu poziomu wynagrodzeń pracowników, w tym pielęgniarek, pracodawca samorządowy musi brać pod uwagę środki finansowe, którymi dysponuje. Instrumentem prawnym umożliwiającym określanie tych zasad w jednostce jest regulamin wynagradzania, wydawany na podstawie art. 39 w/w ustawy *o pracownikach samorządowych*, w którym pracodawca samorządowy określa m. in. szczegółowe warunki wynagradzania, w tym maksymalny poziom wynagrodzenia zasadniczego dla pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (ust. 1). Ponadto w regulaminie pracodawca może określić warunki przyznawania oraz warunki i sposób wypłacania premii i nagród innych niż nagroda jubileuszowa, a także warunki i sposób przyznawania dodatku funkcyjnego, specjalnego oraz innych oraz innych dodatków.

Jak wynika ze sprawozdania jednorazowego, dotyczącego wynagrodzeń w domach pomocy społecznej w poszczególnych województwach, przeprowadzonego przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, w styczniu 2016 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie pracownika zatrudnionego w DPS (w przeliczeniu na jeden pełny etat) wynosiło 2 400 zł, przy wynagrodzeniu maksymalnym w wysokości 2 510 zł i minimalnym - 2 272 zł. Pod uwagę brano wszystkich pracowników tych jednostek, niezależnie od rodzaju wykonywanej pracy.

Poniższa tabelka przedstawia porównanie miesięcznych wynagrodzeń (w zaokrągleniu do pełnego złotego) niektórych grup pracowników zatrudnionych we wszystkich domach pomocy społecznej, wykonujących swoje zadania w ramach zespołów terapeutyczno-opiekuńczych.

| Pracownicy, w tym: | Przeciętne wynagrodzenie | Maksymalne wynagrodzenie | Minimalne wynagrodzenie |
|--|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| zapewniający usługi opiekuńcze, edukacyjne i wspomagające | 2 298 zł | 2 348 zł | 2 209 zł |
| lekarze | 3 259 zł | 4 400 zł | 1 855 zł |
| pielęgniarki | 2 703 zł | 2 921 zł | 2 322 zł |
| pracownicy socjalni | 2 582 zł | 3 092 zł | 2 327 zł |
| rehabilitanci | 2 317 zł | 2 481 zł | 2 120 zł |
| ogółem | 2 400 zł | 2 510 zł | 2 273 zł |

Z danych wstępnych (nie zweryfikowanych) Ministerstwa wynika, że na koniec 2015 roku w Polsce funkcjonowały 783 domy pomocy, w których zatrudnionych było 5 797 pielęgniarek w przeliczeniu na pełny etat, czyli średnio w jednym DPS pielęgniarki wykonywały swoją pracę na ponad 7 pełnych etatach.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że na podstawie przywołanej wyżej ustawy o działalności leczniczej możliwe jest wydzielenie - w ramach struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego - jednostki organizacyjnej w celu świadczenia usług zdrowotnych np. na terenie domu pomocy społecznej, dzięki czemu mieszkańcy mogliby mieć łatwiejszy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej. Niestety w praktyce takie działania nie są podejmowane, mimo że wzrosły środki przeznaczane na świadczenia opieki zdrowotnej dostępne w tych podmiotach.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna (Zarządzenie Nr 32/2015/BP z dnia 29 czerwca 2015r.) stawka kapitałowa dla podopiecznych domów pomocy społecznej zadek-

Podwyżki pielęgniarskie

larowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wynosi 2,5, a do pielęgniarki - 3,5.

W opinii Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej nierówności w wynagradzaniu tej grupy pracowników wynikają z tego, że pielęgniarki w domach pomocy społecznej w przeważającej liczbie są pracownikami samorządowymi. Trudna sytuacja finansowa samorządów często uniemożliwia podniesienie wysokości wynagrodzeń nie tylko pielęgniarek oraz innych pracowników DPS, ale także pozostałych pracowników jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, przy czym w niektórych samorządach działania w tym zakresie były podejmowane.

Z poważaniem

*Podsekretarz Stanu
Elżbieta Bojanowska*

S standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

Standardy prowadzenia pediatrycznej opieki paliatywnej

Ogólnopolskiego Forum

Pediatrycznej Opieki Paliatywnej

Dokument rekomendowany przez

Polskie Towarzystwo Pediatryczne

Opracowali:

Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz,

Filip Buczyński,

Katarzyna Muszyńska-Roslan,

Rafał Ciupiński,

Witalij Andrzejewski,

Adam Hermanowicz,

Anna Dobrzańska,

Teresa Jackowska,

Jarosław Peregud-Pogorzelski

A. Wstęp, definicje

1. Dokument określa standardy organizacji pediatrycznej opieki paliatywnej i stosowane w tej dziedzinie procedury medyczne i niemedyczne.
2. Użyte w dokumencie określenia oznaczają:
 - a) lekarz specjalista - lekarza, który poswviada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
 - b) lekarz w trakcie specjalizacji - lekarza, który rozpoczął specjalizację zgodnie z programem specjalizacji oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

- 3.1. Pediatryczna opieka paliatywna to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe dzieci z rozpoznanymi chorobami ograniczającymi życie. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym, ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Zgodnie z definicją WHO, w populacji pediatrycznej, opieka paliatywna może być wdrażana po rozpoznaniu choroby, na jej wczesnych etapach i kontynuowana, niezależnie od rodzaju wdrożonego leczenia.
- 3.2. Choroby mogące być wskazaniem do objęcia dziecka opieką paliatywną wymieniono w załączniku nr 1.
- 3.3. Pediatryczna opieka paliatywna prowadzona jest zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.
4. 1 Zgodnie z definicją WHO, w populacji pediatrycznej, opieka paliatywna jest realizowana w różnych modelach organizacyjnych. W Polsce opieka paliatywna nad dziećmi jest prowadzona w szczególności w warunkach:
 - a) domowych - w hospicjum domowym dla dzieci;
 - b) stacjonarnych - w hospicjum stacjonarnym dla dzieci.
- 4.2. Opieka paliatywna w warunkach domowych jest podstawowym i preferowanym modelem organizacyjnym w populacji pediatrycznej. Należy podejmować wszelkie możliwe działania, aby dziecko zakwalifikowane do opieki paliatywnej mogło być leczone w domu rodzinnym.
- 4.3. Opieka paliatywna w warunkach stacjonarnych jest wdrażana w sytuacjach, kiedy dziecko z uzasadnionych powodów nie może być leczone w warunkach domowych.
- 4.4. Zaleca się, aby podmiot wykonujący działalność leczniczą prowadzący hospicjum stacjonarne dla dzieci posiadał w swojej strukturze również hospicjum domowe dla dzieci.
5. Pediatryczna opieka paliatywna w warunkach domowych obejmuje:
 - a) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
 - b) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;

- c) leczenie bólu zgodnie z aktualnymi wytycznymi i wiedza medyczną;
 - d) leczenie innych objawów somatycznych;
 - e) opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, w tym wsparcie w żałobie;
 - f) rehabilitację w przypadku stwierdzenia przez lekarza hospicjum istniejących ku temu wskazań medycznych;
 - g) zapobieganie powikłaniom;
 - h) badania zlecone przez lekarza hospicjum domowego;
 - i) ordynację leków;
 - j) bezpłatne wypożyczenie niezbędnego sprzętu medycznego;
 - k) wsparcie socjalne i duchowe.
6. Pediatryczna opieka paliatywna w warunkach stacjonarnych obejmuje:
- a) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
 - b) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
 - c) leczenie farmakologiczne;
 - d) leczenie bólu zgodnie z aktualnymi wytycznymi i wiedza medyczną;
 - e) leczenie żywieniowe;
 - f) leczenie innych objawów somatycznych;
 - g) opiekę psychologiczną nad pacjentem i jego rodziną, w tym wsparcie w żałobie;
 - h) rehabilitację w przypadku stwierdzenia przez lekarza hospicjum istniejących ku temu wskazań medycznych;
 - i) zapobieganie powikłaniom;
 - j) badania zlecone przez lekarza hospicjum stacjonarnego;
 - k) zaopatrzenie w leki i wyroby medyczne konieczne do prowadzenia opieki;

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

- l) opiekę wyřęczającą obejmującą przyjmowanie pacjentów do hospicjum stacjonarnego na okres nie dłuŝszy niŝ 30 dni;
- m) wsparcie socjalne i duchowe.

B. Zasady kwalifikacji dzieci do opieki paliatywnej

1. Chorobami ograniczającymi ŝycie, które mogą kwalifikować dzieci do opieki paliatywnej sã w szczególności choroby wymienione w załączniku nr 1.
2. W wypadku chorób, które nie mają charakteru postępującego, podstawã kwalifikacji jest indywidualna analiza potrzeb dziecka i rodziny przeprowadzona przez lekarza hospicjum.
3. W wypadku wãtpliwości dotyczących kwalifikacji dziecka do opieki paliatywnej naleŝy uzyskać opinię konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii.
4. Warunkami realizacji opieki w hospicjum domowym dla dzieci sã łącznie:
 - a) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
 - b) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u pacjenta jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1;
 - c) kwalifikacja do opieki paliatywnej przez lekarza hospicjum;
 - d) pisemna zgoda opiekuna prawnego chorego dziecka na objęcie opiekã paliatywnã w warunkach domowych; w przypadku dzieci po 16. roku ŝycia takŝe zgoda chorego dziecka - o ile pacjent jest kompetentny;
 - e) dziecko ma zapewnionã całodobowã opiekã w domu lub innym miejscu stałego pobytu sprawowanã przez przynajmniej jednego opiekuna;
 - f) dziecko zamieszkuje w rejonie działania hospicjum domowego (czas dojazdu zespołu hospicjum nie przekracza 2 godzin), a warunki mieszkaniowe umoŝliwiają stały pobyt dziecka w domu lub innym miejscu stałego pobytu.

5.1 Warunkami realizacji opieki w hospicjum stacjonarnym dla dzieci są łącznie:

- a) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- b) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u pacjenta jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1;
- c) kwalifikacja do opieki paliatywnej przez lekarza hospicjum.
- d) pisemna zgoda opiekuna prawnego chorego dziecka na objęcie opieką paliatywną w warunkach stacjonarnych, a w przypadku dzieci po 16. roku życia także zgoda chorego dziecka - o ile pacjent jest kompetentny;
- e) spełnienie minimum 1 kryterium wymienionego w pkt 5.2.

5.2 Opieką paliatywną w warunkach stacjonarnych objęte powinny zostać dzieci, u których stale lub okresowo nie może być prowadzona opieka w modelu domowym, a w szczególności dzieci:

- a) osierocone;
- b) czasowo w przyczyn losowych pozbawione opiekuna prawnego;
- c) decyzją opiekunów, a po 16. roku życia również kompetentnego dziecka, rezygnujące z opieki paliatywnej w warunkach domowych,
- d) z rodzin patologicznych;
- e) z rodzin posiadających warunki mieszkaniowe i socjalne uniemożliwiające opiekę w warunkach domowych;
- f) wymagające pobytu czasowego w hospicjum stacjonarnym w celu ustalenia leczenia i pełnej kontroli objawów, wykonania niezbędnych badań oraz zabiegów możliwych tylko w warunkach stacjonarnych,
- g) wymagające pobytu czasowego wraz z rodziną nie radzącą sobie z opieką w warunkach domowych; pobyt taki połączony jest z edukacją rodziny i ewentualnie

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

terapią rodzinną, z założeniem powrotu dziecka do warunków domowych,

h) wymagające pobytu czasowego w hospicjum stacjonarnym w celu przystosowania mieszkania do pobytu chorego dziecka w domu;

i) wymagające pobytu czasowego w hospicjum stacjonarnym w trybie opieki wyręczającej.

5.3 Dziecko może być przyjęte do hospicjum stacjonarnego na podstawie decyzji Sądu Rodzinnego.

6. Pacjent dorosły może być objęty opieką hospicjum domowego lub stacjonarnego dla dzieci jeżeli:

a) jednostka chorobowa ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem 18. roku życia lub

b) pacjent korzystał z opieki hospicjum domowego lub stacjonarnego dla dzieci przed ukończeniem 18. roku życia lub

c) nie istnieje możliwość opieki prowadzonej przez hospicja dla dorosłych ze względu na rzadki charakter choroby lub miejsce zamieszkania.

7. Lekarz hospicjum dla dzieci może konsultować pacjentów leczonych w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą celem kwalifikacji do opieki paliatywnej.

C. Kryteria wypisywania pacjentów z hospicjum dla dzieci

1. Lekarz hospicjum stwierdza, że nastąpiła poprawa lub stabilizacja stanu zdrowia i chory nie wymaga leczenia objawowego albo leczenie takie może być kontynuowane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Opiekunowie dziecka lub kompetentne dziecko po 16. roku życia sprzeciwiają się leczeniu proponowanemu przez lekarza hospicjum a mającemu w ocenie lekarza istotny wpływ na stan zdrowia pacjenta.

3. Następuje zmiana decyzji opiekunów dziecka lub kompetentnego dziecka po 16. roku odnośnie do podjęcia leczenia eksperymentalnego lub przedłużającego życie - z wyłączeniem pacjentów zakwalifikowanych do przeszczepu narządowego.

4. Pacjent, który osiągnął pełnoletność, leczony przez hospicjum dla dzieci chce przenieść się do hospicjum dla dorosłych.
5. Następuje zmiana miejsca zamieszkania poza rejon hospicjum.
6. Opiekunowie dziecka permanentnie nie stosują się do zleceń lekarza hospicium.

D. Warunki funkcjonowania hospicjum dla dzieci

I. Warunki funkcjonowania hospicjum domowego dla dzieci

1. Wymagania dotyczące personelu w hospicjum domowym dla dzieci
 - 1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w wyżej wymienionych dziedzinach - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 pacjentów.
 - 2) pielęgniarka, która:
 - a) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego albo jest w trakcie tej specjalizacji, lub
 - b) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tej specjalizacji, lub
 - c) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu, lub
 - d) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej, lub

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

e) ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu lub ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu
- co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń; równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 6 świadczeniobiorców;

3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychoonkolog
- równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców;

4) fizjoterapeuta - równoważnik 1/3 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

3. Sprzęt medyczny:

a) jeden pulsoksymetr dla każdej pielęgniarki i jeden dla lekarza dyżurnego;

b) jeden koncentrator tlenu na 4 pacjentów;

c) jeden ssak na 4 pacjentów;

d) jeden materac przeciwodleżynowy na 6 pacjentów;

e) jedna pompa strzykawkowa na 15 pacjentów;

f) jeden inhalator na 4 pacjentów;

g) aparat do mierzenia ciśnienia - dla każdej pielęgniarki i jeden dla lekarza dyżurnego;

h) jedno łóżko szpitalne wielopozycyjne na 15 pacjentów;

i) jedna waga i jedna taśma do mierzenia długości ciała.

4. Inne warunki:

a) pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną i faksem;

b) pomieszczenie magazynowe na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny;

c) 3 samochody osobowe do dyspozycji zespołu hospicjum;

d) telefony komórkowe dla zespołów dyżurnych;

e) telefon komórkowy dla rodzin nie posiadających własnego telefonu;

- f) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza hospicjum;
- g) porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
- h) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę hospicjum;
- i) wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, średnio 2 w tygodniu;
- j) pozostały personel - porady lub wizyty ustalone indywidualnie przez lekarza.

II. Warunki funkcjonowania hospicjum stacjonarnego dla dzieci

1. Wymagania dotyczące personelu w hospicjum stacjonarnym dla dzieci
 - 1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w wyżej wymienionych dziedzinach - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 12 łóżek.
 - 2) pielęgniarka, która:
 - a) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego albo jest w trakcie tej specjalizacji, lub
 - b) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego albo jest w trakcie tej specjalizacji, lub
 - c) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tej specjalizacji lub
 - d) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego albo jest w trakcie tego kursu, lub

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

- e) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu, lub
 - f) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego albo jest w trakcie tego kursu, lub
 - g) ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu lub ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu
- co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń;
- 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychoonkolog - równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek;
 - 4) fizjoterapeuta - równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.
3. Sprzęt medyczny:
- a) łóżka (zwykle i wielopozycyjne);
 - b) materace przeciwoodleżynowe i inny sprzęt przeciwoodleżynowy;
 - c) sprzęt ułatwiający pielęgnację;
 - d) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 3 łóżka,
 - e) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 5 łóżek,
 - f) inhalatory w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 5 łóżek,
 - g) glukometr,
 - h) pulsoksymetr,
 - i) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
 - j) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 10 łóżek,
 - k) pompy żywieniowe w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 10 łóżek,

4. Inne warunki:

- a) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza;
- b) całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu;
- c) zapewnienie możliwości całodobowego pobytu opiekunów dziecka w hospicjum.

E. Procedury medyczne i inne z zakresu domowej pediatrycznej opieki paliatywnej

1. Procedury diagnostyczne obejmują co najmniej:

- 1) badanie przedmiotowe;
- 2) badanie podmiotowe;
- 3) określenie postępowania zaakceptowanego przez chorego i jego bliskich uwzględniające miejsce sprawowania opieki, sposób postępowania i leczenia;
- 4) pomiary nieinwazyjne inne (ciśnienia tętniczego krwi, pomiar ciepłoty ciała wysycenie hemoglobiny tlenem, masa i długość ciała);
- 5) pobranie krwi żyłnej lub włóściczkowej do badań;
- 6) pomiar glikemii za pomocą glukometru;
- 7) pobranie wymazu/wydzieliny;
- 8) pobranie moczu do badania;
- 9) bilansu płynów;
- 10) ocenę ryzyka powstawania odleżyn.

2. Procedury terapeutyczne obejmują co najmniej:

- 1) przygotowywanie i podawanie leków doustnie i podjęzykowo;
- 2) przygotowywanie i podawanie leków drogą doodbytniczą;
- 3) przygotowywanie i podawanie leków drogą wziewną;
- 4) przygotowywanie i podawanie leków drogą przezskórną;
- 5) przygotowywanie i podawanie leków (wstrzyknięcie lub infuzja) drogą podskórną, dożylną, domięśniową lub zewnątrzoponową;
- 6) obsługę centralnych dostępow naczyniowych;

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

- 7) znieczulenie miejscowe skóry przy zastosowaniu kremu;
 - 8) obsługę pomp strzykawkowych;
 - 9) obsługę pomp żywieniowych;
 - 10) tlenoterapię;
 - 11) toaletę i wymianę rurki tracheostomijnej;
 - 12) zakładanie sondy dożołądkowej;
 - 13) pielęgnację i leczenie zmian przy gastrostomii;
 - 14) żywienie dożołądkowe przez sondę lub gastrostomię;
 - 15) żywienie dojelitowe;
 - 16) wykonywanie enemy;
 - 17) wykonanie ręcznego wydobycia stolca;
 - 18) cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego;
 - 19) leczenie odleżyn;
 - 20) fizykoterapię oddechową;
 - 21) objawowe leczenie bólu;
 - 22) objawowe leczenie innych dolegliwości;
 - 23) stosowanie kontrolowanej sedacji;
 - 24) prowadzenie pielęgnacji i leczenia zmian w obrębie jamy ustnej oraz bolesnego połykania;
 - 25) płukanie pochwy;
 - 26) płukanie nefrostomii;
 - 27) drenaż ułożeniowy;
 - 28) wsparcie psychologiczne;
 - 29) opiekę pielęgniarską wyręczającą;
 - 30) psychoterapię bezpośrednią (odreagowująca, kognitywna, podtrzymująca, behawioralna: relaksacja, wizualizacja) psychoterapię pośrednią: rodziny w czasie trwania choroby pacjenta, rodziny w okresie przeżywania żałoby.
4. Procedury pielęgnacyjno-higieniczne obejmują co najmniej:
- 1) toaletę drzewa oskrzelowego;
 - 2) kąpiel, masaż;
 - 3) zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne (w tym wymiana bielizny osobistej i pościeli),

- 4) wymianę środków higienicznych jednorazowego użytku (pieluchy, tampony, cewniki zewnętrzne);
 - 5) zmianę pozycji ciała;
 - 6) założenie suchej rurki do oddechu;
 - 7) zapobieganie odleżynom ;
 - 8) wykonywanie toalety pośmiertnej i pomoc w ubieraniu ciała zmarłego.
5. Procedury rehabilitacyjne obejmują co najmniej:
- 1) prowadzenie rehabilitacji ruchowej i oddechowej;
 - 2) ćwiczenia bierne;
 - 3) masaże lecznicze;
6. Pozostałe procedury obejmują co najmniej:
- 1) rozpoznawanie potrzeb socjalnych pacjentów i ich rodzin;
 - 2) rozpoznawanie potrzeb psychologicznych;
 - 3) rozpoznawanie problemów duchowych/egzystencjalnych;
 - 4) opiekę nad chorym i rodziną w okresie agonii (włącznie ze stwierdzeniem zgonu, wypisaniem świadectwa zgonu i udzieleniem wsparcia osobom bliskim po stracie);
 - 5) wsparcie duchowe, posługa kapłańska;
 - 6) wsparcie socjalne-udzielanie zindywidualizowanej dostosowanej do aktualnych potrzeb pomocy socjalnej, pomoc w uzyskiwaniu świadczeń z instytucji pomocy społecznej oraz w organizowaniu usług opiekuńczych;
 - 7) prowadzenie rozmów - wspierających, informacyjnych z chorym i rodziną;
 - 8) edukację chorego i rodziny;
 - 9) wspieranie osieroconych, bliskich choremu osób bezpośrednio po zgonie;
 - 10) wypożyczanie do domu chorego niezbędnego sprzętu.

F. Procedury medyczne i inne z zakresu stacjonarnej pediatrycznej opieki paliatywnej

1. Procedury diagnostyczne obejmują co najmniej:
 - 1) badanie przedmiotowe;

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

- 2) badanie podmiotowe;
 - 3) określenie postępowania zaakceptowanego przez chorego i jego bliskich uwzględniające miejsce sprawowania opieki, sposób postępowania i leczenia;
 - 4) pomiary nieinwazyjne inne (ciśnienia tętniczego krwi, pomiar ciepłoty ciała wysycenie hemoglobiny tlenem, masa i długość ciała);
 - 5) pobranie krwi żyłnej lub włóśniczkowej do badań;
 - 6) pomiar glikemii za pomocą glukometru;
 - 7) pobranie wymazu/wydzieliny;
 - 8) pobranie moczu do badania;
 - 9) bilansu płynów;
 - 10) ocenę ryzyka powstawania odleżyn.
2. Procedury terapeutyczne obejmują co najmniej:
- 1) przygotowywanie i podawanie leków doustnie i podjęzykowo;
 - 2) przygotowywanie i podawanie leków drogą doodbytniczą;
 - 3) przygotowywanie i podawanie leków drogą wziewną;
 - 4) przygotowywanie i podawanie leków drogą przezskórną;
 - 5) przygotowywanie i podawanie leków (wstrzyknięcie lub infuzja) drogą podskórną, dożylną, domięśniową lub zewnątrzoponową;
 - 6) obsługę centralnych dostępów naczyniowych;
 - 7) znieczulenie miejscowe skóry przy zastosowaniu kremem;
 - 8) obsługę pomp strzykawkowych;
 - 9) obsługę pomp żywieniowych;
 - 10) tlenoterapię;
 - 11) toaletę i wymianę rurki tracheostomijnej;
 - 12) zakładanie sondy dożołądkowej;
 - 13) pielęgnację i leczenie zmian przy gastrostomii;
 - 14) żywienie dożołądkowe przez sondę lub gastrostomię;
 - 15) żywienie dojelitowe;
 - 16) żywienie pozajelitowe;
 - 17) wykonywanie enemy;

- 18) wykonanie ręcznego wydobycia stolca;
 - 19) cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego;
 - 20) leczenie odleżyn;
 - 21) fizykoterapię oddechową.
 - 22) objawowe leczenie bólu;
 - 23) objawowe leczenie innych dolegliwości;
 - 24) stosowanie kontrolowanej sedacji;
 - 25) prowadzenie pielęgnacji i leczenia zmian w obrębie jamy ustnej oraz bolesnego połykania;
 - 26) chirurgiczne opracowanie ran;
 - 27) płukanie pochwy;
 - 28) płukanie nefrostomii;
 - 29) drenaż ułożeniowy;
 - 30) wsparcie psychologiczne;
 - 31) opiekę pielęgniarską wyręczającą;
 - 32) psychoterapię bezpośrednią (odreagowująca, kognitywna, podtrzymująca, behawioralna: relaksacja, wizualizacja) psychoterapia pośrednia: rodziny w czasie trwania choroby pacjenta, rodziny w okresie przeżywania żałoby.
4. Procedury pielęgnacyjno-higieniczne obejmują co najmniej:
- 1) toaletę drzewa oskrzelowego;
 - 2) kąpiel, masaż;
 - 3) karmienie;
 - 4) zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne (w tym wymiana bielizny osobistej i pościeli),
 - 5) wymianę środków higienicznych jednorazowego użytku (pieluchy, tampony, cewniki zewnętrzne);
 - 6) zmianę pozycji ciała;
 - 7) założenie suchej rurki do oddechu;
 - 8) zapobieganie odleżynom ;
 - 9) wykonywanie toalety pośmiertnej i pomoc w ubieraniu ciała zmarłego.
5. Procedury rehabilitacyjne obejmują co najmniej:
- 1) prowadzenie rehabilitacji ruchowej i oddechowej;

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

- 2) ćwiczenia bierne;
- 3) masaż leczniczy;
6. Pozostałe procedury obejmują co najmniej:
 - 1) rozpoznawanie potrzeb socjalnych pacjentów i ich rodzin;
 - 2) rozpoznawanie potrzeb psychologicznych;
 - 3) rozpoznawanie problemów duchowych/egzystencjalnych;
 - 4) opiekę nad chorym i rodziną w okresie agonii (włącznie ze stwierdzeniem zgonu, wypisaniem świadectwa zgonu i udzieleniem wsparcia osobom bliskim po stracie);
 - 5) wsparcie duchowe, posługa kapłańska;
 - 6) wsparcie socjalne-udzielanie zindywidualizowanej dostosowanej do aktualnych potrzeb pomocy socjalnej, pomoc w uzyskiwaniu świadczeń z instytucji pomocy społecznej oraz w organizowaniu usług opiekuńczych;
 - 7) prowadzenie rozmów - wspierających, informacyjnych z chorym i rodziną;
 - 8) edukację chorego i rodziny;
 - 9) wspieranie osieroconych, bliskich choremu osób bezpośrednio po zgonie;

Załącznik nr 1

WYKAZ CHOROÓB MOGĄCYCH BYĆ WSKAZANIEM DO OBJĘCIA DZIECKA OPIEKĄ PALIATYWNĄ

| Lp. | Kod ICD-10 | Jednostka chorobowa |
|-----|------------|--|
| 1 | A81 | Atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego |
| 2 | B20-B24 | Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) |
| 3 | B90-B94 | Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych |
| 4 | C00-C14 | Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła |
| 5 | C15-C26 | Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego |
| 6 | C30-C39 | Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej |
| 7 | C40-C41 | Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej |
| 8 | C43-C44 | Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry |
| 9 | C45-C49 | Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich |
| 10 | C50 | Nowotwór złośliwy piersi |
| 11 | C51-C58 | Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych |
| 12 | C60-C63 | Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych |
| 13 | C64-C68 | Nowotwory złośliwe układu moczowego |
| 14 | C69-C72 | Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego |
| 15 | C73-C75 | Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego |
| 16 | C76-C80 | Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu |
| 17 | C81-C96 | Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych |
| 18 | C97 | Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu |
| 19 | D00-D09 | Nowotwory in situ |

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

| Lp. | Kod ICD-10 | Jednostka chorobowa |
|-----|------------|---|
| 20 | D32 | Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych |
| 21 | D33 | Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego |
| 22 | D37-D48 | Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze |
| 23 | E70-E90 | Choroby metaboliczne |
| 24 | F84 | Całościowe zaburzenia rozwojowe |
| 25 | G09 | Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego |
| 26 | G10-G13 | Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy |
| 27 | G23 | Inne choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawnych (w szczególności choroba Hellervordena-Spatza) |
| 28 | G70-G73 | Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni (w szczególności G71.0 Dystrofia mięśniowa, w tym ciężka [Duchenne'a], G71.2 Miopatie wrodzone, G71.3 Miopatia mitochondrialna niesklasyfikowana gdzie indziej) |
| 29 | G80-G83 | Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne (w szczególności G80 Mózgowe porażenie dziecięce) |
| 30 | G90-G99 | Inne zaburzenia układu nerwowego |
| 31 | I42-I43 | Kardiomiopatie |
| 32 | I50 | Niewydolność serca |
| 33 | I69 | Następstwa chorób naczyniowych mózgu |
| 34 | J96.1 | Przewlekła niewydolność oddechowa |
| 35 | K72 | Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej |
| 36 | K74 | Zwłóknienie i marskość wątroby |
| 37 | N18.0 | Schyłkowa niewydolność nerek |
| 38 | P07.2 | Skrajne wcześniactwo |
| 39 | P10 | Uszkodzenie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym |
| 40 | P11 | Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego |
| 41 | P21 | Zamartwica urodzeniowa |

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

| Lp. | Kod ICD-10 | Jednostka chorobowa |
|-----|------------|--|
| 42 | P27 | Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym (w szczególności P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym) |
| 43 | P35 | Wrodzone choroby wirusowe |
| 44 | P37.1 | Wrodzona toksoplazmoza |
| 45 | P91 | Inne zaburzenia mózgowe noworodka (w szczególności P91.0 Niedokrwienie mózgu noworodkowe) |
| 46 | Q00-Q07 | Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (w szczególności Q03 Wodogłowie wrodzone, Q03.1 Zespół Dandy-Walkera, Q04.2 Przodomózgowie jednokomorowe - holoprosencephalia, Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek np. gładkomózgowie - lissencephalia, Q04.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe mózgu, Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone, Q05 Rozszczep kręgosłupa, Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q07 Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, Q07.0 Zespół Arnoldda-Chiariego) |
| 47 | Q20-Q25 | Wrodzone wady rozwojowe serca i dużych naczyń - dotyczy dzieci niezakwalifikowanych do leczenia operacyjnego |
| 48 | Q31 | Wrodzone wady rozwojowe krtani |
| 49 | Q32 | Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli |
| 50 | Q44 | Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby (w szczególności Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych, Q44.7 Zespół Alagille'a) |
| 51 | Q60 | Niewytworzenie się nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki (w szczególności Q60.4 Niedorozwój nerek, obustronny) |
| 52 | Q61.1 | Wielotorbielowatość nerek, dziedziczona autosomalnie recesywnie |
| 53 | Q77 | Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa (w szczególności Q77.4 Achondroplazja - chondrodystrofia płodowa) |

Standardy pediatrycznej opieki paliatywnej

| Lp. | Kod ICD-10 | Jednostka chorobowa |
|-----|------------|--|
| 54 | Q78 | Inne osteochondrodysplazje (w szczególności Q78.0 Kostnienie niedoskonałe - łamliwość kości wrodzona - osteogenesis imperfecta) |
| 55 | Q79 | Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej |
| 56 | Q81 | Pęcherzowe oddzielanie naskórka |
| 57 | Q85 | Fakomatozy nie sklasyfikowane gdzie indziej |
| 58 | Q87 | Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów |
| 59 | Q89 | Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej (w szczególności Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej) |
| 60 | Q90-Q99 | Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej |
| 61 | R40.2 | Śpiączka, nieokreślona |
| 62 | S06 | Uraz śródczaszkowy (w szczególności S06.7 Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności) |
| 63 | T90 | Następstwa urazów głowy |
| 64 | T91 | Następstwa urazów szyi i tułowia |
| 65 | T94 | Następstwa urazów obejmujących liczne okolice ciała i nieokreślone okolice ciała |
| 66 | T96 | Następstwa zatrucia lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi |
| 67 | T97 | Następstwa toksycznych skutków działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych |
| 68 | Y85-Y89 | Następstwa zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu (w szczególności Y85 Następstwa wypadków komunikacyjnych, Y87.0 Następstwa zamierzonego samouszkodzenia, Y88.0 Następstwa niekorzystnego działania leku, środka farmakologicznego i substancji biologicznej zastosowanych do celów leczniczych, Y88.1 Następstwa wypadku pacjenta w trakcie zabiegów chirurgicznych i medycznych, Y89 Następstwa działania innych przyczyn zewnętrznych) |

S potkanie z Ministrem Zdrowia

Spotkanie z Ministrem Zdrowia dotyczące kształcenia przeddyplomowego

W dniu 18 lipca 2016 r. w Warszawie odbyło się spotkanie Prezydium NRPiP z Ministrem Zdrowia **Konstantym Radziwiłłem**.

Spotkanie dotyczyło przede wszystkim proponowanych zmian w obszarze kształcenia przeddyplomowego.

Minister Zdrowia poinformował, iż zmiana systemu kształcenia będzie polegała na utrzymaniu dotychczasowego systemu i uruchomienia tzw. kształcenia pielęgniarek w formie **Liceum Medycznego** z uwagi na drastyczny brak pielęgniarek i położnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwiła się takiemu rozwiązaniu (stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych).

Ponadto podczas spotkania:

- omówiono sprawy związane z kolejną transzą podwyżek od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r. dla pielęgniarek i położnych zgodnie z zawartym porozumieniem z dnia 23 września -2015 r., poruszono sprawę podwyżek dla podwykonawców pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień oraz pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Centrach Krwiodawstwa, Stacjach sanitarno epidemiologicznych.

Minister Zdrowia zapewnił, iż środki finansowe są zabezpieczone zgodnie z zawartym Porozumieniem.

- omówiono sprawę braku realizacji zapisów dotyczących umowienia pielęgniarki i położnej w systemie ochrony zdrowia w poszczególnych rodzajach świadczeń tzw. rozporządzenia koszykowe .

W tej sprawie MZ obecnie prowadzi prace związane z opraco-

Informacje NRPIP

waniem procedur w poszczególnych świadczeniach i zmiany wspólnie ustalone z samorządem dotyczące wprowadzenia wskaźników zatrudnienia i wymogów kwalifikacyjnych zostały oddalone w czasie.

- poruszono sprawę dotacji na zadania przejęte od administracji państwowej. Samorząd podtrzymał stanowisko przedstawione przez NRPIP z dnia 22 czerwca 2016r. podjęte na posiedzeniu NRPIP tj. *„utrzymanie dotacji i zadań rozliczenia na poziomie roku 2015.”*

Natomiast Minister Zdrowia poinformował, że Resort Zdrowia proponuje szczegółową analizę i wycenę poszczególnych zadań realizowanych przez samorząd finansowanych ze środków publicznych.

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa, dnia 2 września 2016 r.

Naczelną Izbą
Pielęgniarek i Położnych

Pani /Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

W załączniku przesyłam Stanowisko z dnia 19 lipca 2016 r. w sprawie propozycji MZ dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych/technikach oraz Odpowiedź MZ z dnia 17 sierpnia 2016 o sygn. PP-WPS.0762.11.2016/DZ

Z wyrazami szacunku

Marcin Kosmalski
Asystent ds. prawnych
Dział obsługi prawnej \ Dział Sekretarza

Informacje NRPiP

Kształcenie pielęgniarek

Stanowisko NRPiP

w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych /technikach

z dnia 19 lipca 2016 r.

W związku z rozważaną przez Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Edukacji Narodowej propozycją wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek polegających m.in. *na przywróceniu kształcenia na poziomie średnim w liceach medycznych* oraz uruchomienia *dwuletniego kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki* przedkładamy stanowisko w przedmiotowej sprawie.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wraz z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim reprezentując wspólnie całe środowisko pielęgniarek i położnych w Polsce oraz działając na rzecz ochrony interesów społeczeństwa wyraża swoje zaniepokojenie i sprzeciw dla podejmowania przez rząd zamierzeń dotyczących zmiany standardów kształcenia w zawodzie pielęgniarki.

Pielęgniarstwo współcześnie to samodzielna profesja medyczna o wysokim poziomie kompetencji i kształcenia, a jednocześnie zawód zaufania publicznego mający kluczowe znaczenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dlatego też działania prowadzące do zmiany modelu kształcenia powinny być oparte na przemyślanej strategii, wypracowanej wspólnie z reprezentantami całego środowiska.

W Polsce już w okresie międzywojennym wypracowano i wdrożono międzynarodowe standardy kształcenia pielęgniarek zapoczątkowane w 1911 roku w Krakowie w ramach utworzonej Szkoły Pielęgniarstwa, która została przekształcona w roku 1925

w Uniwersytecką Szkołę Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia przy Uniwersytecie Jagiellońskim.

Obecne Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo wprowadzone rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku *w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekar-skodentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa* (Dz. U z 2012 r., poz 631) stanowią, że:

- studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 6 semestrów, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 4720, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 180, studia mają profil praktyczny, kierunek studiów mieści się w obszarze kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej,
- studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo trwają nie krócej niż 4 semestry, liczba godzin zajęć i praktyk nie może być mniejsza niż 1300, liczba punktów ECTS wynosi nie mniej niż 120, studia mają profil praktyczny.

Mając na uwadze powyższe podkreślamy zasadność i racjonalność utrzymania aktualnie obowiązującego dwustopniowego systemu kształcenia pielęgniarek, tj. studiów pierwszego i studiów drugiego stopnia

Na poziomie europejskim działania na rzecz zagwarantowania bezpiecznych dla odbiorców standardów kształcenia pielęgniarek były i są prowadzone przez następujące organizacje międzynarodowe:

1. **Rada Europejska** - Europejskie Porozumienie *w sprawie szkolenia i kształcenia pielęgniarek*, sporządzonym w Strasburgu dnia 25 października 1967 roku (Dz. U. z 1996 r., Nr 83, poz. 384), ratyfikowane przez Rząd Polski w lipcu 1996 r.
2. **EEC/Komisja Europejska** - *standaryzacja i harmonizacja kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki* poprzez Dyrektywy Sektorowe - 77/452/EEC; 77/453/EEC oraz Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady: 2013/55/UE z dnia

Informacje NRPIP

20 listopada 2013 roku zmieniająca dyrektywę 2005/36/UE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (Dz. U. U E L 354 z 28.12.2013 r., str. 132).

3. **Światowa Organizacja Zdrowia** - rekomendacje i rezolucje dotyczące kształcenia i wykonywania zawodu pielęgniarki: Deklaracja Wiedeńska 1988 r.; Rezolucja WHO z maja 1992 r. - WHA 45.5.; Europejska Strategia WHO w sprawie kształcenia pielęgniarek i położnych - maj 1999 r.; Deklaracja Monachijska z czerwca 2000 r. ws. Pielęgniarstwa; Rezolucja WHO z maja 2001 r. - WHA 54.12 oraz inne dokumenty.

Polska przyjęła, zobowiązała się do przestrzegania oraz wdrożyła do własnego systemu prawnego wszystkie z powyższych standardów i norm prawnych, a proponowane przez obecny Rząd zmiany stanowiłyby naruszenie przyjętych zobowiązań.

Jedynym niechlubnym okresem w kształceniu zawodów medycznych w Polsce były lata powojenne, kiedy w celu uzupełnienia deficytu kadr medycznych upowszechniono w formie kursów kształcenie dające uprawnienia asystentki bądź pielęgniarki, a w odniesieniu do zawodu lekarza podjęto kształcenie felczerów. Wdrożenie planowanych obecnie przez rząd zmian w kształceniu pielęgniarek byłoby powrotem do ówczesnych rozwiązań czyli lat 50 i 60-tych i to jedynie w bloku wschodnim.

Przeniesienie kształcenia w zawodach medycznych na poziom szkolnictwa pomaturalnego i wyższego zostało uwarunkowane koniecznością ochrony osób niepełnoletnich, podejmujących naukę zawodu poniżej 18 r.ż. przed ryzykiem zdrowotnym i odpowiedzialnością prawną, podczas zajęć w placówkach medycznych. Działanie to stanowiło także ochronę bezpieczeństwa odbiorców świadczeń zdrowotnych czyli pacjentów (wymogi Rady Europy i WHO). Jako przedstawiciele środowiska zawodowego nie znajdujemy żadnych argumentów dla reaktywowania po dwudziestu latach, powojennych standardów w obecnych uwarunkowaniach społecznych, prawnych i politycznych.

Aktualne wyzwania w obszarze opieki zdrowotnej, uwarunkowane w naszym kraju czynnikami demograficznymi, epidemiologicznymi i ekonomicznymi tworzą zapotrzebowanie na:

- kształcenie pielęgniarek przygotowywanych do samodzielnej roli w zakresie udzielania świadczeń profilaktycznych, zapobiegawczych, pielęgnacyjnych, leczniczych, diagnostycznych, edukacyjnych i zarządczych, które można uzyskać wyłącznie w systemie kształcenia uniwersyteckiego zgodnie z obowiązującym standardami krajowymi i międzynarodowymi.
- zapewnienie dla potrzeb społeczeństwa a także wsparcia pielęgniarek, większej liczby personelu pomocniczego o różnym charakterze (nie posiadającego uprawnień pielęgniarki, takich jak opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej itp.).

Jako organizacje reprezentujące środowisko pielęgniarek i położnych od wielu lat apelujemy do rządu i parlamentu wnioskując o podjęcie pilnych działań systemowych na rzecz wzmocnienia pielęgniarstwa i poprawy atrakcyjności wykonywania naszych zawodów w Polsce.

Działania te nie mogą jednak polegać na obniżaniu standardów kształcenia i deprecjonowania zawodu na rynku pracy. Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położonych i Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie wnosi o utrzymanie dotychczasowego systemu kształcenia dwustopniowego pielęgniarek i położnych (licencjat i magister) oraz określenie jednoznacznych wskaźników norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach.

*Prezes ZG PTP
Grażyna Wójcik*

*Prezes NRPiP
Zofia Małas*

*Przewodnicząca ZK OZZPiP
Lucyna Dargiewicz*

Informacje NRPiP

Odpowiedź Ministra Zdrowia

Warszawa, 17 sierpnia 2016 r.

Minister Zdrowia
PP-WPS.0762.11.2016/DZ

Pani **Zofia Małas**
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na Stanowisko NRPiP z dnia 19 lipca 2016 roku w sprawie propozycji Ministra Zdrowia dotyczącej wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia pielęgniarek polegającej na powrocie do systemu kształcenia w zawodzie pielęgniarki w liceach medycznych/technikach, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

W związku z występującym na rynku brakiem pielęgniarek i niepokojącymi prognozami dotyczącymi przyszłości tego zawodu oraz mając na uwadze fakt, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 tys. mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem - Ministerstwo Zdrowia w ramach prac nad nową Strategią Odpowiedzialnego Rozwoju planuje rozpoczęcie działań mających na celu zmniejszenie deficytu kadr medycznych, w szczególności pielęgniarek i położnych. W celu zapewnienia opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych, Minister Zdrowia rozważa możliwość wprowadzenia zmian systemowych w obszarze kształcenia zawodowego pielęgniarek.

Zmiany te polegałyby na uruchomieniu drugiej ścieżki kształcenia w zawodzie pielęgniarki w formie liceów medycznych oraz ewentualnym uruchomieniu kształcenia w zawodzie asystenta pielęgniarki na poziomie średnim, stanowiącego wsparcie dla pac-

jentów niesamodzielnym oraz personelu pielęgniarskiego. Taki system edukacji na poziomie średnim działa w niektórych krajach UE. Jednocześnie podkreślić należy, że kształcenie w systemie szkolnictwa wyższego na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia, będzie prowadzone równoległe, zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

W związku z powyższym w dniu 15 czerwca br. Minister Zdrowia zwrócił się z prośbą do wojewodów o analizę zapotrzebowania na kształcenie w zawodach: pielęgniarki i asystenta pielęgniarki w liceach medycznych i medycznych szkołach zawodowych oraz ocenę zainteresowania prowadzeniem tego typu kształcenia w oparciu o istniejącą bazę medycznego średniego szkolnictwa zawodowego.

Na podstawie przekazanych informacji z 16 województw sformułowano następujące wnioski. W 12 województwach, w których przeprowadzono badanie ankietowe stwierdzono zainteresowanie uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych kształceniem w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki na poziomie średnim (w 4 województwach nie przeprowadzono ankiety z uwagi na zakończenie roku szkolnego). Województwa dysponują odpowiednią bazą dydaktyczną do kształcenia w zawodach pielęgniarki i asystenta pielęgniarki (8 województw przekazało informację o szkołach zainteresowanych podjęciem kształcenia w ww. zawodach). Jednostki szkolące podkreślają również coraz większe zainteresowanie kształceniem zawodowym na poziomie średnim, ponieważ stworzy ono możliwość szybszego zaspakajania potrzeb rynku pracy.

Należy jednocześnie podkreślić, że Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa jest za wprowadzeniem do systemu osób o niższych kwalifikacjach zawodowych np. asystentów pielęgniarek, które wykonywałyby czynności podstawowe i nie pielęgniarskie, aby zmniejszyć obciążenie pracą pielęgniarek i poprawić bezpieczeństwo pracy i jakość opieki.

Podobne stanowisko wyraził Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, w którego opinii zasadne jest wprowadzenie do systemu zawodu asystentki pielęgniarskiej, co poprawiłoby jakość opieki, zwiększyło liczbę osób sprawujących

Informacje NRPiP

opiekę nad pacjentami, wykorzystany byłby potencjał i kompetencje, a koszty działalności byłyby zracjonalizowane.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że w chwili obecnej w Ministerstwie Zdrowia prowadzona jest szczegółowa analiza dotycząca wprowadzenia przedstawionych powyżej rozwiązań w systemie kształcenia pielęgniarek, a następnie rozważona będzie decyzja w przedmiotowej sprawie. Ponadto prowadzone są konsultacje robocze z Krajowym Koordynatorem do spraw uznawania kwalifikacji zawodowych w celu zapewnienia zgodności proponowanego systemu kształcenia z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/551EU z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającą dyrektywę 2005/236/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym (rozporządzenie w sprawie IMI).

Podsumowując, prace nad ewentualnymi zmianami w systemie kształcenia trwają, żadne ostateczne decyzje jeszcze nie zapadły, a opinia przedstawicieli środowiska pielęgniarek i położnych będzie wzięta pod uwagę w dalszych pracach prowadzonych w przedmiotowym zakresie.

Z poważaniem

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

*Podsekretarz Stanu
Marek Tombarkiewicz*

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa, dnia 19 sierpnia 2016 r.

Naczelna Izba
Pielęgniarek i Położnych
NIPiP- NRPIP-DM.0024.22.2016

Pani /Pan
Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam pismo Piotra Warczyńskiego Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, które wpłynęło do biura NIPiP w dniu 17 sierpnia 2016 roku, dotyczące odpowiedzi na Stanowisko Nr 1 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 lutego 2016 roku w sprawie projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży.

Z wyrazami szacunku

*Wiceprezes NRPIP
Mariola Łodzińska*

Informacje NRPiP

S tanowisko nr 1

Stanowisko nr 1 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 lutego 2016 roku

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

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

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r.

w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

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

W świetle powyższego należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i położu oraz noworodkiem.

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

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

- 1) W treści projektu wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu - nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki w środo-

Informacje NRPIP

wisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad dzieckiem* (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) daje kobietom ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodziń, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji zdrowotnej rodziny.

- 2) Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolenie pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu).
- 3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad dzieckiem* (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).
- 4) Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, po-

rodu, położu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece - inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu i w czasie położu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego.

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

Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego* (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Choć standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia), to - zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju

Informacje NRPiP

świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie *koordynowana opieka nad kobietą w ciąży* (KC) - przedmiotem tej umowy ma być udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej również w zakresie leczenia szpitalnego. Rozporządzenie to - jak się wydaje - powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu;

- 6) Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie *koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży* (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informatyczne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o *systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „*dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej*”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdro-

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

- 8) Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: *koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC)*, przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić - biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia - że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy);
- 9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i położu”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się

Informacje NRPiP

w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami.

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

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

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

12) Załącznik nr 2 - Warunki wymagane:

- W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.3 - w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbą położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położne: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno

łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem.”

Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwojgiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarskich.

- W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki - minimalna l. porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t.c. - 600 rocznie) - warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.
- W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.

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

- W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym - zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia po-

Informacje NRPIP

łożnej POZ, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.

- W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną POZ. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna POZ. Należy również zaznaczyć, że w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.
- W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.
- W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich - poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).

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

15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i płożu oraz nad noworodkiem

wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów.

Proponowane zmiany, przedstawione w projekcie zarządzenia wpłyną niekorzystnie na zdrowie matki i noworodka, ponieważ:

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

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wprowadzenie w życie przedmiotowego projektu zarządzenia Prezesa NFZ jest niezasadne, a wręcz może przynieść więcej szkód niż korzyści i w związku z tym, opiniuje go negatywnie i wnosi o odrzucenie w całości.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje usprawnienie wdrażania istniejącego już i dobrze opracowanego standardu

Informacje NRPIP

opieki okołoporodowej, wzmocnienie pozycji położnej, zapewnienie finansowania świadczeń dla położnych POZ, w celu prowadzenia ciąży oraz umożliwienie równej dostępności wyboru miejsca porodu kobietom w ciąży (bezpłatny dostęp do świadczeń okołoporodowych w domu, domu narodzin, szpitalu). Jednakże w przypadku podjęcia decyzji o dalszym procedowaniu projektu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o przekazanie do ponownego uzgodnienia przedmiotowego projektu w wersji uwzględniającej powyższe stanowisko.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Zofia Małas

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa

Minister Zdrowia
UZ-ZR.716.22.2016

Pani **Zofia Małas**
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Pan **Tadeusz Wadas**
Przewodniczący
Małopolskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

dot: stanowiska NRPiP i MORPiP w sprawie projektu zarządzenia koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży.

W związku z podjętym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych stanowiskiem nr 1 z dnia 3 lutego 2016 r. oraz Małopolską Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych stanowiskiem nr 2 z dnia 10 lutego 2016 r., w sprawie projektu zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzającego nowy zakres świadczeń pt. *Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

W pierwszej kolejności należy zauważyć, iż określony w dziale VII ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.) nadzór Ministra Zdrowia nad Narodowym Funduszem Zdrowia polega na badaniu przyjętych przez Radę Funduszu i Prezesa NFZ uchwał i decyzji stosownie do przepisu art. 163 ust. 2 ww. ustawy.

Z uwagi na fakt, iż zaproponowane przez Fundusz rozwiązania spowodowały liczne wystąpienia różnych organów, organizacji i innych interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, Minister Zdrowia w ramach sprawowanego nadzoru nad działalnością Funduszu podjął działania polegające na monitorowaniu rozwiązań objętych przedmiotowymi regulacjami.

Informacje NRPiP

W ramach podjętych czynności wszystkie zgłoszone do projektu uwagi i wnioski, dotyczące szczegółowych rozwiązań zawartych w projektowanych przepisach, a także stanowisko Funduszu w zakresie ich rozpatrzenia, stanowią przedmiot analiz prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia.

Wobec szeregu zarzutów związanych z ingerowaniem w sferę przepisów prawa powszechnie obowiązującego, które w żaden sposób nie mogą być modyfikowane na poziomie zarządzenia, Minister Zdrowia zwrócił się do Prezesa NFZ o szczegółowe wyjaśnienia w sprawie.

Przedmiotem monitorowania są także podnoszone w stanowiskach kwestie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ, w tym w szczególności zadania położnej uregulowane na poziomie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2013, poz. 1248 z późn. zm.), które na podstawie tych przepisów pozostają w kompetencji wyłącznie położnej przyjmującej deklarację wyboru, wobec czego zadania te nie mogą być realizowane przez inną położną.

Biorąc pod uwagę powyższe, pragnę zapewnić Państwu, iż o ile model opieki koordynowanej tj. systemowej, ciągłej i spersonalizowanej opieki medycznej jest przedmiotem zainteresowania obecnego kierownictwa resortu rozważanym do wdrożenia w przyszłości, to rozwiązania cząstkowe, które ingerują w obecny system w sposób nie skorelowany, w tym w prawa pacjenta, nie zyskują akceptacji.

Zaproponowane rozwiązania nie stanowią jeszcze rozwiązania systemowego, mają jednak znaczenie dla oceny funkcjonowania w praktyce innego modelu organizacji świadczeń położniczych.

Pragnę jednocześnie dodać, iż podzielam opinię Państwa, że na efekty oraz skuteczność w zakresie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą i noworodkiem będzie można oczekiwać w dłuższej perspektywie czasu, tym bardziej, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu*

okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2007) nie weszło jeszcze w życie.

Nadmieniam, iż według stanu na dzień 18 lipca 2016 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń: *Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży* zostały zawarte z 11 świadczeniodawcami na terenie kraju.

Monitorowanie realizacji zawartych umów pozwoli zweryfikować skuteczność opieki koordynowanej w kształcie zaproponowanym przez NFZ.

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

*Podsekretarz Stanu
Piotr Warczyński*

Informacje NRPiP

Apel NRPiP

Apel
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
do
Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej
z dnia 6 czerwca 2016 r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje o jak najszybsze podjęcie przez Rząd RP działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Pani Premier!

Niejednokrotnie deklarowała Pani, że poprawa sytuacji polskich pielęgniarek i położnych będzie priorytetem Rządu RP i dawała wyraz swojemu oburzeniu, że Pani poprzednicy dopuścili się w tej kwestii tak wielkich zaniedbań.

Sytuacja jest dramatyczna, a dalsze zwlekanie gwałtownie ją pogarsza. Już teraz mamy jeden z najniższych w Europie wskaźników pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców. Jeśli nic się nie zmieni, niebawem spadnie on poniżej 4 pielęgniarek na tysiąc mieszkańców, gdy średnia europejska jest dwukrotnie wyższa.

Co roku znacząca część z ok. 5 tys. absolwentów studiów pielęgniarskich i położniczych nie podejmuje pracy w swoim zawodzie lub podejmuje ją w innym kraju. Mamy doskonały system kształcenia, o nasze absolwentki zabiegają szpitale w całej Europie, oferując im godne wynagrodzenie za pracę w bezpiecznych warunkach.

Dlaczego Polskę stać na kształcenie kadr, a nie stać na zatrzymanie ich w kraju? Czy gdyby polski przemysł eksportował swoje wysokiej jakości produkty za darmo, rząd także by utrzymywał, że to sprawa dyrektorów fabryk?

Polskie pielęgniarki i położne chcą pracować w kraju, tu opiekować się pacjentami, tu podnosić swoje kwalifikacje i tu zakładać rodziny oraz wychowywać dzieci. Mają do tego prawo, jednak

sytuacja ekonomiczna niejednokrotnie zmusza je wyjazdu z Polski. Te, które mimo wszystko zostają, pracują coraz ciężiej. I coraz głośniej mówią, że w obecnej sytuacji zagrożone jest nie tylko ich zdrowie (są przemęczone pracą po 300 godzin miesięcznie, często w więcej niż jednym miejscu) i byt ekonomiczny (średnia płaca brutto pielęgniarki wg GUS to 3 400 zł), ale także bezpieczeństwo pacjentów, którymi opiekuje się za mało pielęgniarek.

Dłuższe zwlekanie z podjęciem niezbędnych decyzji grozi odejściem od łóżek pacjentów większości pielęgniarek i położnych. Nie z powodu strajków, ale przede wszystkim demografii - na emerytury przejdzie niebawem jedna trzecia zatrudnionych, pozostale zmieniają zawód lub wyjadą, bo nie podołają nadmiarowi obowiązków.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych deklaruje daleko idącą pomoc we wskazywaniu rozwiązań zabezpieczających społeczeństwo polskie w świadczenia pielęgniarские i położnicze.

Pani Premier!

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oczekuje, że świadoma tych zagrożeń zwoła Pani w trybie pilnym posiedzenie Rady Ministrów RP, na którym zostaną podjęte decyzje, które zatrzymają w zawodzie pielęgniarki i położne pracujące w Polsce oraz skłonią do powrotu pracujące poza jej granicami.

Wiceprezes NRPiP
Sebastian Irzykowski

Prezes NRPiP
Zofia Małas

Informacje NRPIP

Pismo Ministra Zdrowia

Warszawa, 6 lipca 2016 r.

Minister Zdrowia
MZ.PPA.0762.3.2016/BW

Pani **Zofia Małas**
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na Pani Apel z dnia 6 czerwca 2016 r., skierowany do Pani **Beaty Szydło** - Prezesa Rady Ministrów w *sprawie podjęcia działań zmierzających do poprawy warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej* - pismo z dnia 6 czerwca 2016 r., znak: NIPiP-NRPIP-DS.015.188.2016.MK, otrzymane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przy piśmie z dnia 8 czerwca 2016 r., znak: SPRM.222.3.94.2016.JP, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji:

Odnosząc się do poprawy wynagrodzenia pielęgniarek i położnych informuję, że Ministerstwo Zdrowia doceniając rolę pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce, podejmuje szczególnie intensywne, wielokierunkowe działania, aby spowodować zwiększenie liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych, a także poprawić status materialny pielęgniarek i położnych, stosownie do finansowych możliwości budżetu państwa i płatnika jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dlatego też w trosce o bezpieczeństwo pacjentów i zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarkom i położnym, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w *sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1400 i 1628) zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne.

Zakończono I etap realizacji przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którym wzrostem wynagrodzeń objęto od 1 września 2015 r. pielęgniarki i położne wykonujące zawód i bezpośrednio

realizujące świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, bez względu na formę zatrudnienia.

Od 1 stycznia 2016 r. realizowany jest II etap, w ramach którego wzrostem wynagrodzeń są obejmowane pielęgniarki i położne realizujące świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, a od 1 września 2016 r. nastąpi wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, finansowane na podstawie stawek ryczałtowych, stosownie do wielkości obszaru zabezpieczenia. Realizacja przepisów ww. rozporządzenia przez podmioty lecznicze, na terenie całego kraju, podlega stałemu monitoringowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r.

Obecnie, zgodnie z ww. rozporządzeniem, pielęgniarki i położne otrzymują dodatkowe środki finansowe w wysokości 400 zł, na okres od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Kwota ta stanowi kwotę „*brutto brutto*”, tzn. wliczone są w niej - dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy, wraz ze składnikami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, tj. wynagrodzenie wraz z pochodnymi.

Jak wspomniano powyżej przedmiotowe rozporządzenie zapewnia dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi o:

- 1) 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r., w tym kwotę 400 zł wskazaną powyżej;
- 2) 1200 zł od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 1;
- 3) 1600 zł od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r., w tym kwotę, o której mowa w pkt 2.

Informacje NRPiP

Ponadto informuję, że aktualnie w ramach Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, będącego zespołem branżowym przy Radzie Dialogu Społecznego, prowadzone są prace nad rozwiązaniem systemowym normującym kwestię wynagrodzeń w ochronie zdrowia.

W dniu 4 kwietnia br. Ministerstwo Zdrowia przedstawiło partnerom społecznym wstępną propozycję projektu ustawy o *minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą*, która ma stanowić materiał wyjściowy dla opracowywanego rozwiązania docelowego. W toku dyskusji nad tą propozycją zarówno strona związkowa, jak i strona pracodawców podkreślały konieczność wskazania źródeł finansowania wszelkich rozwiązań dotyczących kwestii płacowych. Z inicjatywy członków Zespołu dodatkowo powołany został podzespół roboczy do spraw projektu ustawy w sprawie minimalnego wynagrodzenia pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Podczas posiedzenia Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, które odbyło się w dniu 21 czerwca br. Minister Zdrowia **Konstanty Radziwiłł** przedstawił wstępny projekt ustawy regulującej minimalne wynagrodzenia zasadnicze pracowników medycznych podmiotów leczniczych.

Podstawowym założeniem projektowanego rozwiązania jest ustanowienie dla pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą wysokości minimalnych wynagrodzeń zasadniczych stanowiących krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia oraz współczynnika pracy określonego dla każdej z grup zawodowych. Strona pracodawców oraz NSZZ „Solidarność” i OPZZ uznali za zasadne prowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia dalszych prac nad projektem przedmiotowej regulacji. Partnerzy społeczni wnioskowali o prowadzenie prac legislacyjnych bez zbędnej zwłoki. Forum Związków Zawodowych wstrzymało się od głosu i zapowiedziało zgłoszenie swojego stanowiska co do trybu prowadzenia prac nad tym projektem w terminie późniejszym.

Mając powyższe na uwadze pragnę jednak zapewnić, że realizacja powyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych będzie kontynuowana na dotychczasowych zasadach.

W odniesieniu do poprawy wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Polsce, informuję, że jednym z istotnych problemów ochrony zdrowia w Polsce jest niski wskaźnik pielęgniarek zatrudnionych na 1 000 mieszkańców w bezpośredniej opiece nad pacjentem, który wynosi 5,4. Mając na uwadze powyższy wskaźnik, resort zdrowia zaplanował w perspektywie finansowej 2014-2020 w ramach Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego realizację działań, których celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych.

W procesie programowania wsparcia ze środków Unii Europejskiej, w tym w szczególności w zakresie Europejskiego Funduszu Społecznego Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Infrastruktury i Rozwoju brały pod uwagę sytuację kadry pielęgniarskiej i położniczej w Polsce. Punktem wyjścia dla planowanej interwencji EFS w latach 2014-2020, dotyczącej wsparcia kadr systemu ochrony zdrowia, były wystąpienie w niedługiej perspektywie czasu znacznego deficytu wśród kadr pielęgniarek i położnych oraz zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia medyczne i opiekuńcze w związku ze starzeniem się społeczeństwa.

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

Interwencja zaplanowana w PO WER będzie oddziaływała na kształcenie przeddyplomowe pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem jakości kształcenia praktycznego poprzez tworzenie Centrów Symulacji Medycznej, a jej głównym celem jest zwiększenie liczby absolwentów studiów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo. Zaplanowano, że docelowa wartość wskaźnika w 2023 r.- dodatkowa liczba osób, które dzięki wsparciu programu uzyskają uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej wyniesie 10 625 osób.

Informacje NRPiP

W listopadzie 2015 r. Minister Zdrowia, Departament Funduszy Europejskich ogłosił konkurs pn. „*Realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów ww. kierunków*”.

Przedmiotem konkursu jest realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych. Projekty składane w odpowiedzi na przedmiotowy konkurs zakładają przygotowanie programu rozwojowego, który przyczyni się do wzrostu o min. 25% liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwa i/lub położnictwa u Projektodawcy w stosunku do średniej liczby absolwentów tych kierunków (poziom licencjata pielęgniarstwa i/lub położnictwa) z ostatnich 3 lat przed złożeniem wniosku o dofinansowanie projektu.

Projekty realizowane będą w formie partnerstwa uczelni z podmiotami leczniczymi lub związkami pracodawców branży ochrony zdrowia, które zgodnie z założeniem konkursu mają zapewnić zatrudnienie (na podstawie umowy o pracę) dla minimum 15% absolwentów przez okres co najmniej 12 miesięcy od chwili zakończenia udziału w projekcie. Jednocześnie zatrudnienie nowych pielęgniarek i położnych (absolwentów uczelni, z którą została podpisana umowa partnerska) nie może spowodować zmniejszenia wskaźnika zatrudnienia w danym podmiocie leczniczym w odniesieniu do danych z ostatnich trzech lat. Wnioskodawcą mogą być szkoły wyższe publiczne bądź niepubliczne, kształcące na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo, których jednostki spełniają w dniu złożenia wniosku o dofinansowanie projektu warunki, jakie muszą spełniać jednostki organizacyjne uczelni, aby prowadzić studia na kierunku pielęgniarstwo i/lub położnictwo na poziomie licencjata - zgodnie z wymogami określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* oraz ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym*.

Alokacja na konkurs wynosi: 90 mln PLN. Nabór wniosków trwał do 5 lutego 2016 r. W odpowiedzi na przedmiotowy konkurs złożono 21 wniosków. W wyniku oceny formalno-merytorycznej 11 wniosków zostało ocenionych pozytywnie i zgodnie z procedurą konkursową, wnioski zostały skierowane do negocjacji, które zakończyły się 3 czerwca br. Do dofinansowania zostały

wybrane projekty, które bezwarunkowo uzyskały 60 punktów oraz co najmniej 60% punktów w poszczególnych kategoriach oceny spełniania kryteriów merytorycznych. Lista rankingowa 11 wybranych uczelni w ramach przedmiotowego konkursu znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl

Dodatkowo w ramach PO WER Ministerstwo Zdrowia od października 2015 r. rozpoczęło realizację projektu „*Rozwój kompetencji pielęgniarskich*”, komplementarnego do projektu ukierunkowanego na zwiększenie liczby absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo. Celem projektu jest poprawa jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz wypracowanie mechanizmów umożliwiających wzrost liczby pielęgniarek i położnych zatrudnianych w polskim systemie ochrony zdrowia.

W ramach projektu zaplanowano m.in. takie działania jak:

- wprowadzenie rozwiązań systemowych, przyczyniających się do wzrostu liczby miejsc i poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych,
- prowadzenie nadzoru nad wdrażaniem standardów kształcenia w zakresie nowych kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków, wystawiania recept i kierowania na badania diagnostyczne,
- prowadzenie bieżącej analizy standardów kształcenia pielęgniarek i położnych pod kątem konieczności wprowadzenia zmian wynikających m.in. z aktualnych trendów demograficznych, epidemiologicznych i wejścia w życie nowych technologii,
- prowadzenie corocznej oceny stosowania norm zatrudnienia, wskaźnika migracji pielęgniarek i położnych oraz wdrożenie pilotażu dot. standaryzacji opieki pielęgniarskiej w podmiotach leczniczych,
- diagnozowanie potrzeb kadrowych pracodawców pod kątem wymaganych kwalifikacji zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie,
- analizowanie rynku usług pielęgniarskich - ze szczególnym uwzględnieniem wszystkich form zatrudnienia oraz migracji pielęgniarek i położnych,

Informacje NRPiP

- wypracowanie modelu współpracy pomiędzy uczelniami a podmiotami leczniczymi w celu upracticznienia systemu kształcenia pielęgniarek i położnych,
- przeprowadzenie audytów na uczelniach w zakresie tworzenia Centrów Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych,
- wsparcie pielęgniarek i położnych (studentów, absolwentów) w zakresie procesu kształcenia na rzecz wykonywania zawodu w ramach utworzonej platformy internetowej pn. Akademia Pielęgniarstwa i Położnictwa.

Ponadto ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego wspierane będzie kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi kraju.

Rozstrzygnięty został konkurs na *Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych*, dofinansowanie otrzyma 27 projektów. Do konkursu zgłoszono 63 wnioski. Do dofinansowania zostały skierowane projekty, które przeszły pozytywnie ocenę formalno-merytoryczną wg kolejności na liście rankingowej i do wysokości dostępnej alokacji. W ostatnim czasie zwiększona została wysokość środków w konkursie. Dzięki temu możliwe było zakontraktowanie 27 najlepiej ocenionych projektów, tj. wszystkich, które uzyskały punkty premiujące i co najmniej 112,5 pkt. podczas oceny. Całkowita alokacja wynosi 68 776 682,53 zł. W dniu 23 maja br. Ministerstwo Zdrowia podpisało pierwsze umowy w ramach konkursu wspierającego kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. Zgodnie z założeniami, kwalifikacje podniesie ok. 30 000 przedstawicieli tych zawodów.

W ramach realizowanych projektów pielęgniarki i położne będą mogły korzystać z następujących kursów:

- ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych,
- wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych,
- pielęgniarstwo onkologiczne,
- wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego,
- opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów - pielęgniarstwo psychiatryczne,

- rehabilitacja osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi,
- wykonanie badania spirometrycznego,
- kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego dla pielęgniarzek.

Kształcenie będzie prowadzić 27 podmiotów z całego kraju. Dzięki temu dostęp do kursów będzie dogodny dla uczestników. Lista projektów wybranych do dofinansowania znajduje się na stronie www.zdrowie.gov.pl.

Przewiduje się, że wdrożenie ww. mechanizmów dot. wzrostu wynagrodzenia pielęgniarzek i położnych wpłynie na poprawę warunków pracy tych grup zawodowych oraz spowoduje, że pielęgniarki i położne pracujące w polskim systemie ochrony zdrowia nie będą rezygnowały z wykonywania zawodu, a absolwenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo chętniej, niż dotychczas będą podejmować zatrudnienie w zawodzie.

Zakłada się także, że działania podjęte na rzecz wzrostu wynagrodzeń pielęgniarzek i położnych wpłyną również na zwiększone zainteresowanie młodzieży podejmowaniem nauki w tych zawodach, a pośrednio przyczynią się do wzrostu wskaźnika zatrudnienia pielęgniarzek i położnych w Polsce. Jednocześnie powyższe działania mają także na celu zapewnienie stabilności zawodowej pielęgniarzek i położnych oraz zapobieganie zjawisku ewentualnej emigracji zarobkowej tych grup zawodowych do krajów UE w kolejnych latach.

Z poważaniem

Z upoważnienia Ministra Zdrowia

*Podsekretarz Stanu
Marek Tombarkiewicz*

Do wiadomości:

1. Sekretariat Prezesa Rady Ministrów
ul. Al. Ujazdowskie 1/3 00-583 Warszawa

Informacje NRPiP

List otwarty PZM

List otwarty Porozumienia Zawodów Medycznych do Premier **Beaty Szydło**

Szanowna **Pani Premier,**

Zwracamy się do Pani jako Porozumienie Zawodów Medycznych, obejmujące 9 ogólnopolskich związków zawodowych oraz szereg innych organizacji, stowarzyszeń i grup skupiających wszystkie zawody medyczne.

Jesteśmy gronem najbardziej reprezentatywnym dla niemal 600 tysięcy pracowników służby zdrowia. Nasze wystąpienie ma związek z przedstawionym niedawno przez ministra zdrowia programem reformy publicznej służby zdrowia i jest wyrazem głębokiego zaniepokojenia o jej przyszłość.

Chociaż przedstawiony program przewiduje wiele zmian, to jednak o losie publicznej służby zdrowia zdecydują przede wszystkim warunki finansowe, w jakich będzie ona funkcjonować. Warunki, które przedstawił **Minister Radziwiłł** są zatrażające.

Obiecywany przez PiS poziom nakładów na publiczną służbę zdrowia w wysokości 6% PKB ma być osiągnięty dopiero za 10 lat, kiedy nie wiadomo kto będzie tworzył rząd, a przez najbliższe trzy lata nakłady te mają być nawet mniejsze niż obecnie! Zgodnie z zaleceniami WHO poziom publicznych nakładów powinien wynosić co najmniej 6,8 % PKB aby zapewnić wszystkim odpowiednią opiekę zdrowotną. Bez natychmiastowej i znacznej poprawy finansowania publicznej ochrony zdrowia w Polsce nie zlikwiduje się kolejek do lekarzy, nie poprawi dostępu do skutecznego leczenia i nowoczesnego diagnozowania, nie zwiększy ilości personelu medycznego, nie poprawi jakości usług.

Nie pomogą tutaj żadne szczegółowe rozwiązania, zaproponowane przez ministra zdrowia, jeśli nakłady pozostaną tak niskie, jak zaproponował rząd.

Równie zatrważająca jest ministerialna propozycja ustawy o *wynagrodzeniach pracowników służby zdrowia*. Przez najbliższych 6 lat ma być zamrożony dotychczasowy (często skrajnie niski) poziom płac, a zaproponowane po tym okresie stawki stanowią obrazę dla ciężko pracujących, wysoko kwalifikowanych pracowników, codziennie ratujących ludzkie zdrowie i życie i ponoszących wielką za nie odpowiedzialność.

Jak Polacy mają uwierzyć, że rząd dba o polskiego pacjenta, gdy tak nisko ceni tych, którzy codziennie, bezpośrednio służą mu pomocą?

Pracownicy służby zdrowia nie zgadzają się na taki stan rzeczy!

Jest on złamaniem przedwyborczych obietnic PiS składanych pracownikom medycznym i polskiemu pacjentom. Konieczny jest natychmiastowy istotny wzrost nakładów na publiczną ochronę zdrowia i wzrost pracowniczych wynagrodzeń.

Wzywamy Rząd do dialogu społecznego w tej sprawie z udziałem pracowników służby zdrowia. Po raz kolejny zwracamy się do Pani Premier o spotkanie z przedstawicielami naszego Porozumienia.

Nasze wcześniejsze apele w tej sprawie zostały zlekceważone, co odczytujemy jako wyraz niezwyklej wobec nas arogancji. Dla poparcia naszych postulatów zorganizujemy w Warszawie 24 września br. wielką manifestację pracowników służby zdrowia. Jeśli ona nie przyniesie spodziewanego efektu, nastąpi eskalacja naszych działań protestacyjnych.

Z wyrazami szacunku,

*Porozumienie
Zawodów Medycznych*

Informacje NRPiP

Komunikat - recepty

Komunikat dla osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych w sprawie ubiegania się o nadanie numerów recept z wykorzystaniem Portalu NFZ

Komunikat skierowany jest do osób uprawnionych do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, z wyłączeniem lekarzy/lekarzy dentyków/felczyków ubezpieczenia zdrowotnego oraz pielęgniarek/położnych ubezpieczenia zdrowotnego, zwanych dalej osobami uprawnionymi do wystawiania recept.

Narodowy Fundusz Zdrowia informuje, że od początku sierpnia br. osoby uprawnione do wystawiania recept mogą uzyskać uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane na podstawie wniosku w postaci papierowej oraz w postaci elektronicznej, przekazywanego do właściwego oddziału Funduszu za pośrednictwem **Portalu Personelu** i **Portalu Personelu-SNRL**.

Udostępnione i zmodyfikowane aplikacje informatyczne z nową funkcjonalnością stanowią część Portalu NFZ i są dedykowane głównie dla pracowników medycznych.

Aplikacje informatyczne będą umożliwiały osobom uprawnionym do wystawiania recept:

- przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o utrzymanie uprawnień do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept, które wygasają z dniem 31 grudnia 2016 r.,
- przygotowanie i wydrukowanie oświadczenia o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept z jed-

- noczesnym wnioskiem o utrzymanie, bądź nie, dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnień do pobierania numerów recept po rozwiązaniu umowy upoważniającej,
- przekazanie w postaci elektronicznej wniosku o aktualizację danych,
 - przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o dostęp do Portalu Personelu,
 - przygotowanie, wydruk i przekazanie wniosku w postaci elektronicznej o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept na leki refundowane,
 - pobieranie puli numerów recept na leki refundowane.

Podstawy prawne:

1. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. *Prawo farmaceutyczne* (Dz. U. z 2008 poz. 45,271 z późn. zm.);
2. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.);
3. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. *o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, 1830 i 1991 oraz z 2016 r. poz. 652);
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. *w sprawie recept lekarskich* (Dz. U. z 2016 poz. 62);
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia *w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne* (Dz.U. z 2015 poz. 1971);
6. Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r, zmieniające zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ *w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia*;
7. Zarządzenie Nr 80/2016/DOL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia. 29 lipca 2016 r. *w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.*

Informacje NRPIP

Szczegółowe informacje dla osób uprawnionych do wystawiania recept

Wszystkie osoby uprawnione do wystawiania recept powinny zapoznać się z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa NFZ *w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia* oraz z Zarządzeniem Nr 80/2016/DOL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. *w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty*.

Zarządzenie Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia *w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia* wprowadza „Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych” oraz wzór wniosku o uzyskanie dostępu do Portalu NFZ.

Zarządzenie Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. określa tryb i sposób nadawania numerów recept oraz tryb uzyskiwania uprawnienia do pobierania numerów recept po zniesieniu obowiązku zawierania umów upoważniających do wystawiania recept.

- I. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do **Portalu Personelu/ Portalu Personelu-SNRL**.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do *Portalu Personelu/Portalu Personelu-SNRL*, będą miały możliwość z wykorzystaniem *Portalu Personelu* przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wnioski o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 3 do Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ z dnia 29 lipca 2016 r. *w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczące-*

go nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

W ślad za przekazaniem wersji elektronicznej wniosku o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept należy wysłać lub przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu podpisany wniosek w postaci papierowej. Złożenie wniosku w postaci papierowej we właściwym oddziale Funduszu umożliwi utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umów upoważniających do wystawiania recept.

Przypominamy, że termin wygaśnięcia umów upoważniających upływa z dniem 31 grudnia 2016 r. Przekazywanie wniosków będzie możliwe z początkiem sierpnia br.

Zaleca się jak najszybsze przekazanie wniosków w postaci papierowej i elektronicznej, gdyż z dniem 1 stycznia 2017 r., w sytuacji nieprzekazania tego wniosku, uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną automatycznie odebrane.

Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust S, 6 i 7 Zarządzenia Nr 80/2016/DOL Prezesa NFZ *w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym do wystawiania recept unikalnych numerów identyfikujących recepty.*

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept i posiadają dostęp do *Portalu NFZ* będą miały również możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniony w *Portalu Personelu* wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego OW NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej,

- II.** Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do *Portalu NFZ* i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które obecnie

Informacje NRPiP

mają podpisaną umowę upoważniającą do wystawiania recept, ale nie posiadają dostępu do *Portalu NFZ* i będą z niego korzystać w celu pobierania numerów recept mogą ubiegać się o uzyskanie dostępu do *Portalu NFZ* zgodnie z trybem i w sposób określony w *Regulaminie korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych*, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z *Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia*, zmienione go zarządzeniem Nr 15/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 marca 2010 r., zarządzeniem Nr 95/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (z dnia 19 grudnia 2011 r. oraz zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 lipca 2016 r.

Uzyskanie dostępu do *Portalu NFZ* przez pracowników medycznych, od dnia wejścia w życie tego zarządzenia nie wymaga podpisania umowy upoważniającej do korzystania z tego portalu. Wystarczająca będzie akceptacja „*Regulaminu korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych*”.

III. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozwiązać umowę upoważniającą do wystawiania recept i mają konta w *Portalu NFZ*.

W przypadku, gdy osoba uprawniona do wystawiania recept nosi się z zamiarem rozwiązania umowy upoważniającej do wystawiania recept przed ustawowym terminem jej wygaśnięcia, z początkiem sierpnia br. będzie mogła za pośrednictwem ***Portalu Personelu***, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu oświadczenie o rozwiązaniu umowy upoważniającej do wystawiania recept, zgodnie z wzorem określonym w załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 80/2016/DOL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Składając takie oświadczenie należy jednocześnie zadeklarować chęć utrzymania dostępu do *Portalu NFZ* i uprawnienia

do pobierania numerów recept na leki refundowane albo złożyć rezygnację z tych uprawnień.

Oświadczenie w postaci papierowej należy złożyć lub wysłać do właściwego oddziału Funduszu. Od dnia wpływu oświadczenia w postaci papierowej do właściwego oddziału Funduszu obowiązuje miesięczny okres wypowiedzenia umowy. Po jego zakończeniu uprawnienia do pobierania numerów recept zostaną utrzymane lub automatycznie anulowane, w zależności od złożonej w oświadczeniu deklaracji. Szczegółowy tryb postępowania określa § 6 ust 1-4 Zarządzenia Nr 80/2016/DOL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają utrzymać uprawnienia do pobierania numerów recept będą miały możliwość zaktualizowania swoich danych osobowych oraz danych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej wykorzystując udostępniany w **Portalu Personelu** wniosek o aktualizację danych. W celu aktualizacji danych należy wysłać ten wniosek do właściwego OW NFZ wyłącznie w wersji elektronicznej.

IV. Osoby uprawnione do wystawiania recept, które po raz pierwszy zwracają się do Funduszu o nadanie numerów recept i nie mają konta w *Portalu NFZ*.

Osoby uprawnione do wystawiania recept, które zamierzają rozpocząć wystawianie recept na leki refundowane z początkiem sierpnia br. będą miały możliwość, za pośrednictwem **Portalu Personelu**, przygotować, wydrukować oraz przekazać w postaci elektronicznej do właściwego oddziału Funduszu wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 1 do Zarządzenia Nr 80/2016/DOL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty. Wymaga to posiadania aktywnego dostępu do *Portalu NFZ*. W związku z tym konieczne jest złożenie wcześniej wniosku o dostęp do *Portalu NFZ*.

Informacje NRPiP

Oba wnioski w postaci papierowej należy przekazać osobiście do właściwego oddziału Funduszu. Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ oraz uprawnienia do pobierania numerów recept wymaga potwierdzenia tożsamości w trakcie jednorazowej wizyty we właściwym OW NFZ w chwili składania wniosków.

Szczegółowy tryb postępowania i zasady nadawania numerów recept oraz uprawnienia do pobierania numerów recept z wykorzystaniem Portalu Personelu określa w szczególności rozdział 2 i 3 Zarządzenia Nr 80/2016/DGL Prezesa NFZ w sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Szczegółowy tryb uzyskiwania dostępu do Portalu NFZ określa Regulamin korzystania z Portalu NFZ przez pracowników medycznych, stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia zmienionego Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ Prezesa NFZ.

V. Osoby uprawnione do wystawiania recept, wystawiające recepty *pro auctore* i *pro familiae*, które nie mają możliwości korzystania z Portalu NFZ.

W szczególnych przypadkach, uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept przez osoby wystawiające wyłącznie recepty *pro auctore* i *pro familiae* będzie możliwe bezpośrednio w oddziale Funduszu, na podstawie złożonych dokumentów wyłącznie w postaci papierowej.

W szczególnych przypadkach dopuszcza się nadawanie numerów recept tym osobom przez dyrektora oddziału Funduszu, z wykorzystaniem systemu informatycznego oddziału Funduszu w miejscu wskazanym przez dyrektora oddziału NFZ.

Pismo Prezesa NFZ

Warszawa, 04.08.2016 r.

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Pani **Zofia Małas**
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

Zarządzeniem Nr 80/2016/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z dnia 29 lipca 2016 r. w *sprawie trybu i sposobu postępowania dotyczącego nadawania osobom uprawnionym unikalnych numerów identyfikujących recepty*, które zostało przygotowane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 25 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) oraz art. 48 ust. 2a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o *refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia Żywnościowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.), określa się zasady postępowania przy uzyskaniu uprawnienia do pobierania numerów recept, przez osoby uprawnione na mocy ustawy z dnia 9 października 2015 r. o *zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991).

Na mocy obowiązujących przepisów dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia są zobowiązani do nadawania unikalnych numerów identyfikujących recepty.

Zadanie to jest realizowane z wykorzystaniem systemów informatycznych Funduszu poprzez Portal NFZ, zgodnie z Zarządzeniem Nr 81/2016/DSOZ z dnia 29 lipca 2016 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 45/2009/DSOZ w *sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia*.

Informacje NRPiP

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

Wychodząc naprzeciw potrzebom pielęgniarek i położnych, wnioski będą mogły być złożone do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia drogą elektroniczną, jeśli wniosek będzie złożony za pośrednictwem platformy ePUAP lub wniosek będzie prawidłowo podpisany podpisem elektronicznym. Funkcjonalności takie zostaną udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w najbliższym czasie.

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

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

Z poważaniem

*Z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
Z-ca Prezesa ds. Finansowych
Michał Miłkowski*

Trybunał Konstytucyjny

Warszawa, dnia 22 czerwca 2016 roku

Adw. Michał Suszyński
Kancelaria Adwokacka

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

W związku z otrzymaniem w dniu 20 czerwca 2016 roku:

- 1) postanowienia z dnia 2 czerwca 2016 roku w przedmiocie odmowy nadania dalszego biegu wnioskowi po wstępnym rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o zbadanie zgodności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) w zw. z art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.) z art. 2, art. 32 ust. 1 i art. 68 ust. 1 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*;
- 2) postanowienia z dnia 2 czerwca 2016 roku w przedmiocie odmowy nadania dalszego biegu wnioskowi po wstępnym rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o zbadanie zgodności art. 42, art. 47 ust. 1 i 3, art. 48 ust. 1 i 2, art. 49 oraz art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.) z art. 2, art. 32 ust. 1 i art. 68 ust. 1 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*;

uprzejmie wyjaśniam kwestie proceduralne związane z wydaniem przedmiotowych postanowień jak również wskazuję na podstawy stanowiska **Trybunału Konstytucyjnego** wyrażone w uzasadnieniach przedmiotowych postanowień.

Instytucja wstępnego rozpoznania, określana niekiedy jako postępowanie rozpoznawcze, dotyczy spraw inicjowanych w Try-

Informacje NRPiP

bunale Konstytucyjnym w drodze wniosków o zbadanie konstytucyjności przepisów prawa, skarg konstytucyjnych oraz pytań prawnych. Pojęcie wstępnego rozpoznania wynika wprost z przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o *Trybunale Konstytucyjnym* (Dz. U. 2015 poz. 1064 - art. 44 ust. 1 pkt 3 ppkt a), przy czym regulowane jest również przez Regulamin Trybunału Konstytucyjnego z dnia 15 września 2015 r. uchwalony przez Zgromadzenie Ogólne Sędziów Trybunału Konstytucyjnego.

Zgodnie z powyższymi aktami prawnymi Prezes Trybunału Konstytucyjnego kieruje wniosek o zbadanie zgodności przepisów prawa złożony przez podmiot, o którym mowa w art. 191 ust. 1 pkt 3-5 Konstytucji (m.in. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) do wyznaczonego składu orzekającego w celu wstępnego rozpoznania.

Jeżeli wniosek nie spełnia przesłanek, o których mowa w art. 191 ust. 1 pkt 3-5 w związku z art. 191 ust. 2 Konstytucji lub wy magań, o których mowa w art. 60-62 ustawy Przewodniczący składu orzekającego zarządzeniem wzywa wnioskodawcę do ich usunięcia w terminie 7 dni od dnia doręczenia zarządzenia.

Omawiane wnioski spełniały przywołane kryteria formalne, w związku z czym zostały poddane badaniu merytorycznemu w ramach wstępnego rozpoznania.

Wymogi materialne stanowią normatywną konstrukcję wniosku. Do tego typu wymogów należy przede wszystkim wskazanie w jaki sposób określone konstytucyjne wolności lub prawa zostały naruszone oraz zamieszczenie we wniosku jej uzasadnienia z podaniem dokładnego opisu stanu faktycznego.

Powyższe wymogi również zostały spełnione poprzez wskazanie zarówno zakresu naruszenia jak i przedstawienia stanu faktycznego.

Niezależnie od powyższego, oprócz wymienionych wyżej wymogów materialnych o charakterze pozytywnym tworzących konstytucyjny i ustawowy status prawny wniosku, występuje jeszcze przesłanka negatywna dotycząca oceny treści wniosku. Trybunał Konstytucyjny ma bowiem możliwość już na etapie wstępnego badania uznania wniosku o zbadanie zgodności przepisów prawa za bezzasadny lub uznanie, iż wydanie orzeczenia jest zbędne lub

niedopuszczalne i odmówić mu nadania dalszego biegu. W tym celu Trybunał Konstytucyjny ocenia wnioski pod względem merytorycznym, w tym wykazanie naruszenia przez zaskarżone regulacje norm konstytucyjnych.

Instytucja wstępnego rozpoznania wniosków o zbadanie przepisów prawa służy zatem w istocie do selekcji wniosków przekazywanych do dalszego rozpoznania na rozprawie, przy czym wskazać należy, że mając na uwadze statystykę prowadzonych przez Trybunał Konstytucyjny spraw w latach 1997-2014 - kiedy to 82% spraw zainicjowanych w drodze skarg, wniosków, pytań prawnych zostało zakończonych na etapie wstępnego badania - jest to instrument dalece ograniczający prawo do dalszego rozpoznania sprawy przed Trybunałem.

Przechodząc do uzasadnienia Trybunału Konstytucyjnego w przedmiocie odmowy nadania dalszego biegu wnioskowi uprzejmie wskazuję, że:

- w zakresie postanowienia dotyczącego wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o zbadanie zgodności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. *w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* w zw. z art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* z art. 2, art. 32 ust. 1 i art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, Trybunał Konstytucyjny uznał, że zasada ochrony praw nabytych, zasada zaufania do państwa i prawa, a także zasada równości wszystkich wobec prawa oraz prawo do ochrony zdrowia, które to zasady zostały przywołane jako podstawy stawianych zarzutów we wniosku o zbadanie przepisów prawa mają charakter gwarancyjny w stosunku do obywateli, a w czego konsekwencji wskazana we wniosku argumentacja przemawia za szerszym interesem aniżeli interes członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, tj. interesem ogólnospołecznym, co też w przekonaniu Trybunału stanowi szerszy zakres zaskarżenia aniżeli zakres inicjatywy kontrolnej przypisanej Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych. Ponadto, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że wprowadzenie minimalnych norm zatrudnie-

Informacje NRPiP

nia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz brak wprowadzenia takich norm w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami nie stanowi naruszenia zasady równego traktowania bowiem zdaniem Trybunału Konstytucyjnego są to różne podmioty dla których ustawodawca może ustanawiać różne podstawy prawne. Wreszcie Trybunał Konstytucyjny nie zgodził się z tezą wnioskodawcy, iż dostęp do odpowiednich świadczeń zdrowotnych stanowi prawo nabyte obywateli, a także uchylił się od zajęcia stanowiska co do zarzucanego braku racjonalności zmian w sytuacji prawnej podmiotów działalności leczniczej wyjaśniając, iż nie jest uprawniony do formułowania ocen celowości racjonalności przyjmowanych przez ustawodawcę rozwiązań w sprawach dotyczących zmiany statusu prawnego podmiotów leczniczych.

- w zakresie postanowienia dotyczącego wniosku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych o zbadanie zgodności art. 42, art. 47 ust. 1 i 3, art. 48 ust. 1 i 2, art. 49 oraz art. 50 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2015 r., poz. 618, ze zm.) z art. 2, art. 32 ust. 1 i art. 68 ust. 1 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Trybunał Konstytucyjny powtórzył argumentację jak w pierwszym z omawianych postanowień w zakresie braku tożsamości pomiędzy interesem ogólnospołecznym a interesem członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, nie wystąpienia naruszenia zasady równego traktowania wobec podmiotów leczniczych będących i niebędących przedsiębiorcami, braku uznania, iż dostęp do odpowiednich świadczeń zdrowotnych stanowi prawo nabyte obywateli, jak również odmówił odniesienia się do zarzutów dotyczących nieracjonalności przepisów prawnych. Dodatkowo Trybunał Konstytucyjny wskazał, że w jego uznaniu zarzut niekonstytucyjności art. 47 ust. 1 i 3 ustawy o działalności leczniczej nie został właściwie wykazany.

Wobec powyższego, pragnąc przybliżyć po krótku stanowisko zawarte we wnioskach, którym Trybunał Konstytucyjny odmówił nadania dalszego biegu oraz kierując się wolą wyrażenia opozycji wobec zajętego przez Trybunał Konstytucyjny w/w postanowieniach stanowiska należy zauważyć, że ustawodawca przedstawiając

zamierzone *ratio legis* ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2015.618 j.t..) podniósł, że: „*Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w art. 68 ust. 1 gwarantuje każdemu prawo do ochrony zdrowia. Tym samym przepisy ustawy zasadniczej w istotny sposób określają, że do zapewnienia prawa do ochrony zdrowia nie jest wystarczające określenie zakresu świadczeń zdrowotnych, które są finansowane przez władze publiczne. Konieczne jest także ustanowienie ram ustawodawczych dla takiej organizacji systemu ochrony zdrowia, który pozwoli na rzeczywistą realizację tychże świadczeń zdrowotnych. (...) Przedkładany projekt ustawy o działalności leczniczej jest odpowiedzią na niewątpliwą konieczność wprowadzenia zmian, zarówno w zakresie zasad organizacji systemu ochrony zdrowia, jak i funkcjonowania podmiotów prowadzących działalność leczniczą. Stanowi on systemową regulację dotyczącą organizacji i funkcjonowania ochrony zdrowia.*”

Z prawa do ochrony zdrowia należy odczytać normę programową w postaci minimum prawa, któremu odpowiada minimum obowiązków władz publicznych. Tym samym w sytuacji gdy ustawodawca niewłaściwie interpretuje przepis Konstytucji wyznaczający określony cel (ochronę zdrowia), w szczególności gdy uchwalając ustawę zastosował środki, które nie doprowadzą do realizacji konstytucyjnego celu lub uchwalił ustawę, która ogranicza prawo jednostki w taki sposób, że narusza jego istotę lub uregulował dane prawo poniżej konstytucyjnego minimum narusza normę programową wywierając każdorazowo negatywne skutki względem obywateli jak i w tych konkretnych przypadkach naruszając zasady należytego wykonywania zawodów objętych nadzorem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Kwalifikacja przynależności sprawy do sfery działania Naczelnej Rady ma zatem charakter bezwzględny, co też w korespondencji z ustawowymi uprawnieniami wnioskodawcy jak również w kontekście *ratio legis* leżących u podstaw uregulowania skarżonych przepisów, a przede wszystkim podstaw konstytucyjnych uprawniających Naczelną Radę do wystąpienia z wnioskiem o zbadanie zgodności przepisów prawa z Konstytucją RP winno prowadzić do uznania, że zakres zaskarżenia nie wykroczył poza ograniczoną rzeczowo zdolność wnioskową, gdyż zakwestionowane przepisy dotyczą

Informacje NRPiP

zarówno systemu ochrony zdrowia jak i przede wszystkim naruszenia interesów członków samorządu reprezentowanego przez Naczelną Radę.

Nie jest również trafnym argument Trybunału Konstytucyjnego o braku naruszenia zasady równego traktowania podmiotów leczniczych będących i niebędących przedsiębiorcą wobec, jak wskazał Trybunał Konstytucyjny, różnych statutów prawnych. Wskazać należy, że cechami wspólnymi przywołanych podmiotów są cechy stanowiące zakres zaskarżenia złożonych wniosków, a zatem przede wszystkim występowanie w systemie ochrony zdrowia i udzielanie świadczeń medycznych oraz sposób zatrudniania i nadzór nad sposobem wykonywania, w tym standardami wykonywania, zawodów pielęgniarek i położnych, wreszcie także możliwość prowadzenia działalności gospodarczej przez oba rodzaje podmiotów. Nie zasługuje zatem na uznanie różnicowanie przedmiotowych podmiotów z uwagi na standardy świadczenia, poprzez wprowadzanie szerokiego nadzoru i minimalnych norm celem zapewnienia prawidłowej jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami i pominięcie wskazanych regulacji w odniesieniu do podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcami. W konsekwencji zaistniałej sytuacji zarówno personel medyczny w postaci pielęgniarek i położnych jak i pacjenci podmiotów nie objętych przedmiotowymi regulacjami są pozbawieni gwarancji w zakresie zapewnienia dostępności świadczeń medycznych oraz właściwości tych świadczeń medycznych.

Nie można zgodzić się z brakiem przyznania obywatelom prawa nabytego do odpowiednich świadczeń medycznych. W przypadku spraw decydujących o minimalnych normach zatrudnienia bądź wskazanych we wniosku regulacjach ustawy o działalności leczniczej, a zatem spraw dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów oraz zapewnienia właściwej jakości i dostępności świadczeń medycznych, w świetle obiektywnego nakazu wynikającego z art. 68 ust. 1 Konstytucji podejmowania przez władze publiczne takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji prawa jednostki do ochrony zdrowia celem przepisów powinno być dążenie do osiągnięcia dokładnie przeciwnego rezultatu aniżeli osiągnięty w drodze obecnego upoważnienia ustawowego oraz

samej ustawy. Odmowa tak obywatelom jak i członkom samorządu pielęgniarek i położnych prawa do zapewnienia i prawidłowego funkcjonowania przedmiotowych świadczeń nie zasługuje na uznanie.

Z kolei nie odniesienie się do podnoszonych we wnioskach zarzutów w zakresie nieracjonalności zmian ustawowych oraz wprowadzonych upoważnień ustawowych, ukierunkowanych na niekorzyść członków samorządu pielęgniarek i położnych oraz pacjentów, choć uzasadnione rolą Trybunału Konstytucyjnego przewidzianą w ustawie, unaocznia różnicę pomiędzy Naczelną Radą a Trybunałem Konstytucyjnym w postrzeganiu potrzeby podjęcia inicjatywy mającej na celu konwalidację zaskarżonych we wnioskach przepisów ustawowych i wydanego rozporządzenia.

Nie wdając się w zbędną polemikę co do podniesionego przez Trybunał Konstytucyjny uzasadnienia zarzutu przepisu *ustawy o działalności leczniczej* podkreślenia wymaga, iż nawet ewentualne wykazanie braku w tym zakresie nie stanowi przesłanki do odmowy nadania dalszego biegu wnioskowi w ramach oceny wstępnej wniosku w zakresie jego merytorycznej oceny.

Niezależnie od wyrażonej wobec stanowiska Trybunału Konstytucyjnego opozycji uprzejmie wskazuję, że zgodnie z nowelizacją ustawy o Trybunale Konstytucyjnym z 2015 roku wykreślony został przepis upoważniający wnioskodawcę (w tym wypadku Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych) do złożenia zażalenia od przedmiotowych postanowień, a zatem wydane w składzie trzyosobowym (**Andrzej Rzepliński, Małgorzata Pyziak-Szafnicka, Sławomira Wronkowska-Jaśkiewicz**) omówione postanowienia Trybunału Konstytucyjnego są, wobec ich niezaskarżalności, ostateczne.

adw. Michał Suszyński

Nowe akty prawne

Nowe akty prawne

Akty prawne - ogłoszone lub zmienione w ostatnim okresie

1. Dz. U. z 2016 r. poz. 1360
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2016 roku zmieniające rozporządzenie
w sprawie recept wystawianych przez pielęgniarki i położne
2. Dz. U. z 2015 r. poz. 1310
Zmiana ustawy
o pomocy społecznej
3. Dz. U. z 2015 r. poz. 1640
Zmiana ustawy
o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw
4. Dz. U. z 2015 r. poz. 1991
Zmiana ustawy
o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw
5. Dz. U. z 2015 r. poz. 345
Zmiana ustawy
Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych
6. Dz. U. z 2016 r. poz. 652
Zmiana ustawy
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

7. Dz. U. z 2016 r. poz. 918
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie
w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
8. Dz. U. z 2016 r. poz. 922
Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 13 czerwca 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy
o ochronie danych osobowych
9. Dz. U. z 2016 r. poz. 936
Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. zmieniające rozporządzenie
w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego
10. Dz. U. z 2016 r. poz. 960
Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy
o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw

Warto wiedzieć

O rdynowanie leków i wypisywanie recept

Uzupełniający komunikat w sprawie wymogów kwalifikacyjnych dotyczących przystąpienia do kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept

W związku z kolejnymi pytaniami, które wpływają do Departamentu Pielęgniarek i Położnych w sprawie kwalifikowania pielęgniarek i położnych na kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept, należy przyjąć, że zgodnie z programem kształcenia kursu specjalistycznego *Ordynowanie leków i wypisywanie recept* do części I może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), tj.:

- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa dotyczy również osób, które ukończyły studia jednolite magisterskie na kierunku pielęgniarstwo);
- pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Natomiast do części II może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 2 powyższej ustawy tj.:

- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia, na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo;
- pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Warunki przystąpienia pielęgniarki albo położnej do kursu specjalistycznego w zakresie *Ordynowania leków i wypisywania recept* część I i II nie muszą być spełnione łącznie.

122 To oznacza, że pielęgniarka albo położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nie musi posiadać dyplomu

ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Ponadto, zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy, do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

- posiadają prawo wykonywania zawodu;
- zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Powyższe zostało ujęte w *Komunikacie w sprawie wymogów kwalifikacyjnych dotyczących przystąpienia do kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept*, zamieszczonym na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że ukończenie kursu specjalistycznego *Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych* nie stanowi warunku przystąpienia do kursu specjalistycznego w zakresie *Ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych*.

Natomiast pielęgniarka i położna, aby samodzielnie ordynować leki musi w pierwszej kolejności zgodnie z art. 15b ww. ustawy wykonać badanie fizykalne pacjenta.

Należy przyjąć w myśl opinii Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych, zgodnie z efektami kształcenia określonymi właściwymi standardami dla kierunku pielęgniarstwo i kierunku położnictwo, absolwenci studiów pierwszego i drugiego stopnia posiadają uprawnienia do wykonywania badania fizykalnego pod warunkiem nabycia tych umiejętności w cyklu kształcenia, począwszy od naboru 2012/2013 (I stopień).

W związku z powyższym jeżeli pielęgniarka, położna rozpoczęła kształcenie przeddyplomowe przed tą datą, aby wykonać badanie fizykalne pacjenta musi uzupełnić wiedzę i umiejętności w tym zakresie w ramach kształcenia podyplomowego (kurs specjalistyczny *Wywiad i badanie fizykalne*). Wymóg ten nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które posiadają:

- dyplom uzyskania tytułu specjalisty po 2001 r., lub
- zaświadczenie o ukończeniu kursu z zakresu badania fizykalnego *Advanced Physical Assessment*.

Warto wiedzieć

Ratownicy medyczni

Naczelna Izba
Pielęgniarek i Położnych
NIPiP-NRPIP-OIE.060.210.2016

Opinia prawna

dotycząca możliwości zatrudnienia ratowników medycznych w podmiotach leczniczych i realizowania przez nich świadczeń medycznych poza systemem ratownictwa medycznego

W związku z wnioskiem złożonym na ostatnim posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie wydania opinii prawnej dotyczącej możliwości zatrudnienia ratowników medycznych w podmiotach leczniczych i realizowania przez nich świadczeń medycznych poza systemem ratownictwa medycznego przekazuję poniżej opinię radcy prawnego NIPiP dotyczącą ww. kwestii.

W trybie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym* (t. jedn. Dz. U z 2013 r. poz. 757 z późn. zm.) - dalej **uprm**, obecnie wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub pod nadzorem lekarza,
- 2) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- 5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Powyższe wyliczenie zadań ratownika medycznego ma charakter katalogu otwartego (wyliczenie: „w szczególności”). Należy więc rozumieć, że teraz ratownik może wykonywać także inne, niż wymienione w art. 11 uprm czynności zawodowe. Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* - dalej **udl** - działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 udl świadczenia zdrowotne są to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

12 maja 2016r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 w *sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego* (Dz. U z 2016 r. poz. 587) - dalej **rozporządzenie**. Przedmiotowy akt prawny określa szczegółowy zakres:

- 1) medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu,
- 2) świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie.

Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia, medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu - załącznik nr 2, załącznik nr 3 - świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie, świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie - załącznik nr 4.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia ratownik medyczny może samodzielnie dokonywać medycznych czynności ratunkowych takich jak: ocena stanu pacjenta, układanie pacjenta

Warto wiedzieć

w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń, podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych, przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych, odsysanie dróg oddechowych, podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora, wykonanie intubacji dotchawiczej i prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia, wykonanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora, wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej, wykonanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonanie kardiowersji w tachyarytmiach w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie, wykonanie i ocena zapisu EKG, monitorowanie czynności układu oddechowego, monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi, wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej, wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu, podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową, odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu, opatrywanie ran, tamowanie krwawień zewnętrznych, unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń, unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego, przyjęcie porodu, wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej, przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu, wykonanie pomiaru temperatury głębokiej a także podawanie leków wymienionych w tabeli w załączniku nr 1 do rozporządzenia

W świetle załącznika nr 2 do rozporządzenia pod nadzorem lekarza systemu ratownik medyczny może wykonywać poniższe medyczne czynności ratunkowe:

1. Medyczne czynności ratunkowe wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia

2. Wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających.
3. Cewnikowanie pęcherza moczowego.
4. Zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych.
5. Asystowanie przy innych medycznych czynnościach ratunkowych, niewymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.
6. Podawanie leków.

Określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego obejmują 39 rodzajów czynności. Większość ich jest analogiczna z wymienionymi w załączniku nr 1 rozporządzenia oraz obejmują inne rodzaje czynności takie jak: pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań diagnostycznych oraz cewnikowanie pęcherza moczowego.

Załącznik nr 4 do rozporządzenia wymienia świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego na zlecenie i obejmują one:

1. Świadczenia zdrowotne wymienione w załącznikach nr 1-3 do rozporządzenia
2. Asystowanie przy drobnych zabiegach chirurgicznych.

W uprzednio obowiązującym rozporządzeniu z 2006 roku zawód ratownika medycznego był związany z wykonywaniem medycznych czynności ratunkowych w systemie państwowego ratownictwa medycznego. Rozporządzenie zawierało jedynie wykazy medycznych czynności ratunkowych, wykonywanych przez ratownika medycznego samodzielnych i pod nadzorem lekarza systemu, nie zawierało jak obecnie wykazów innych czynności niż medyczne czynności ratunkowe. Teraz istnieje możliwość wykonywania zawodu ratownika medycznego także poza system państwowego ratownictwa medycznego, w tym na innych niż SOR oddziałach szpitalnych.

W świetle powyższych zmian legislacyjnych ratownik medyczny ma prawo wykonywać jedynie czynności określone w załącznikach

Warto wiedzieć

do ww. rozporządzenia. Niektóre z określonych w rozporządzeniu czynności ratownik może wykonywać, pod nadzorem lekarza systemu. Lekarz systemu to zgodnie z uprm, lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający: specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii albo 3 000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

Obecne brzmienie art. 11 ust. 3 uprm zawiera wyliczenie podmiotów, w jakich podmiotach ratownik medyczny może wykonywać swój zawód. Może on wykonywać swe zadania zawodowe w podmiotach leczniczych w rozumieniu udl. Podmioty lecznicze wraz z praktykami zawodowymi lekarzy lub pielęgniarek należą do szerszej kategorii ustawowej, tj.: podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z art. 4 udl, tj.:

1. przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej (np. spółki prawa handlowego),
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
3. jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego,
4. instytuty badawcze,
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń,
6. osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów *o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego*

w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania,

7. jednostki wojskowe (od lipca 2015) - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Poza podmiotami leczniczymi ratownicy medyczni mogą wykonywać swoje czynności zawodowe w ramach różnych podmiotów poza systemem ratownictwa. Ratownik medyczny może wykonywać swój zawód także w ramach: ratownictwa górskiego i narciarskiego, ratownictwa wodnego oraz ratownictwa górniczego, morskiej służby poszukiwania i ratownictwa. Poza podmiotami/sferami wyżej przedstawionymi ratownik medyczny może wykonywać swój zawód także:

1. w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi,
2. w jednostkach ochrony przeciwpożarowej włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, w zakresie ćwiczeń, szkoleń oraz działań w strefie zagrożenia,
3. na lotniskach,
4. w ramach podmiotu leczniczego wykonując zadania z zakresu zabezpieczenia medycznego imprezy masowej,
5. w ramach wykonywania transportu sanitarnego,
6. w izbach wytrzeźwień,
7. na stanowisku dyspozytora medycznego.

Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również:

1. nauczanie zawodu ratownika medycznego oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych,
2. organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych,
3. prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych w zakresie ratownictwa medycznego;
4. kierowanie i zarządzanie:
 - a) ratownikami medycznymi,
 - b) dyspozytorami medycznymi;

Warto wiedzieć

5. zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

Obecnie obowiązujące regulacje prawne znacząco zatem poszerzyły zakres uprawnień zawodowych ratowników medycznych oraz rodzaj podmiotów i miejsc, gdzie mogą wykonywać swój zawód, bez ograniczeń do państwowego systemu ratownictwa medycznego.

Z poważaniem

Z wyrazami szacunku

Mariola Łodzińska
Wiceprezes NRPiP

Pytania prawne

Czy pielęgniarka zatrudniona na umowę o zastępstwo na czas określony z dniem 1 maja 2016 roku u pierwszego pracodawcy będzie wykazana przez świadczeniodawcę do NFZ jako etat, któremu przysługuje prawo do podwyżki zgodnie z rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej?

Odpowiedź:

Świadczeniodawca może przeznaczyć środki finansowe na dodatkowe wynagrodzenie dla osoby zatrudnionej na zastępstwo, jeżeli kwota zobowiązana przeznaczona w aneksie do umowy, zawartym z OW NFZ w zakresie przekazania dodatkowych środków finansowych uwzględnia dany etat, a podział będzie zgodny z ustaleniami podjętymi ze związkami zawodowymi lub izbami pielęgniarskimi w trybie § 2 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 z późn. zm.) - dalej **r.o.w.u.**, oraz § 2 ust. 4-6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628) - dalej **r.z.o.w.u.**

Uzasadnienie:

Zasady przyznawania dodatkowych środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek (położnych) określają postanowienia rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rozporządzenia zmieniającego. Zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 1 r.o.w.u. w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca posiadający umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz umowy w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wyso-

Warto wiedzieć

kospecjalistyczne, był zobowiązany do przekazania dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, (...), informacji, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. *o zawodach pielęgniarki i położnej* (tekst jedn.: Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) - dalej **u.z.p.p.**, i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia. Informacja, objęła następujące dane:

- 1) numer dokumentu poświadczającego posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej albo informację o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie niż Rzeczpospolita Polska;
- 2) wymiar etatu albo równoważnika etatu pielęgniarki albo położnej.

Na podstawie tych informacji Fundusz przedstawił świadczeniodawcy aneks na podstawie którego świadczeniodawca uzyskuje środki finansowe na dodatkowe wynagrodzenie, które przeznacza na wynagrodzenia dla pielęgniarek w zgłoszonej liczbie etatów.

Realizując delegację zawartą w § 2 ust. 6 w dniu 16 października 2015 r. Prezes NFZ wydał zarządzenie Nr 70/2015/DSOZ zmieniające zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia *określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń*, w związku z wejściem w życie rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów, w którym określił wzór aneksu (załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ), szczegółowo określającego warunki wypłaty wyżej wskazanych środków oraz wzór oświadczenia (załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ), które świadczeniodawca jest zobowiązany przedłożyć wraz z dokumentami określonymi w § 2 ust. 4 i 5 r.o.w.u. (porozumienie ze związkami zawodowymi, albo pozytywnie zaopiniowany spo-

sób podziału środków, albo sposób podziału środków dokonany przez świadczeniodawcę).

Zgodnie z § 1 ust. 4 aneksu (załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ) środki finansowe przeznaczone na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych, będą przekazywane:

- 1) w okresie do dnia 31 grudnia 2015 r. - na zasadach określonych w przepisach załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 84, poz. 484);
- 2) w okresie od dnia 1 stycznia 2016 r. - na zasadach określonych w przepisach załącznika do r.o.w.u.,

- po dostarczeniu przez świadczeniodawcę rachunku za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne i oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 8 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ. Z kolei, jak wynika z załącznika nr 8 do zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ, świadczeniodawca oświadcza w oświadczeniu, iż środki, które są przedmiotem rachunku przekazał już zgodnie z ustaleniami zawartymi w stosownych dokumentach (porozumieniu ze związkami zawodowymi, pozytywnie zaopiniowanym podziale środków lub podziale środków dokonanym przez świadczeniodawcę). Sformułowanie zawarte w oświadczeniu (załącznik nr 8 zarządzenia Nr 70/2015/DSOZ) wskazuje, że jego złożenie w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, wymaga przekazania środków, zgodnie z uzgodnieniami (ze związkami zawodowymi lub izbą pielęgniarską) lub podziałem środków. Jeżeli zatem, etat pielęgniarski osoby pracującej na zastępstwo jest uwzględniony w przedstawionym zestawieniu, a rozdysponowana kwota, również na ten etat, będzie zgodna z zawartym porozumieniem ze związkami zawodowymi albo pozytywnie zaopiniowanym sposobem podziału środków, albo sposobem podziału środków dokonanym przez świadczeniodawcę, zdaniem autorki można przeznaczyć dodatkowe środki finansowe dla tej osoby.

*Agnieszka Pietraszewska-Macheta
Lex Ochrona Zdrowia*

29.06.2016 r.

Warto wiedzieć

Pytania prawne

Czy pielęgniarka z wyższym wykształceniem niemedyчным może pełnić dyżur medyczny w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej?

Odpowiedź:

Pielęgniarka z wyższym wykształceniem niemedycznym, może pełnić dyżur medyczny w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej.

Uzasadnienie:

Artykuł 95 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (tekst jedn.: Dz. U. z 2015 r. poz. 618 z późn. zm.) - dalej **u.dz.l.**, stanowi, że pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego. Przepis art. 95 ust. 1 u.dz.l. nie ogranicza kręgu osób, które mogą być zobowiązane do pełnienia dyżuru medycznego w zakładzie leczniczym wyłącznie do osób, które posiadają wykształcenie wyższe medyczne. Osoba zobowiązana do pełnienia dyżuru medycznego winna spełniać jednocześnie dwa warunki: 1) wykonywać zawód medyczny i 2) posiadać wykształcenie wyższe.

Przepis ten nie wskazuje, że koniecznym jest posiadanie wyższego wykształcenia medycznego. Wydaje się, że tak sformułowana treść przepisu jest celowym zamiarem ustawodawcy.

Podnieść należy również, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. *w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U. Nr 151, poz. 896) w § 2 pkt 1 zawiera definicję legalną wyższego wykształcenia medycznego, którym jest posiadanie tytułu zawodowego nadawanego absolwentom uczelni medycznych i podsta-

wowych jednostek organizacyjnych innych uczelni, działających w dziedzinie nauk medycznych. Natomiast załącznik do rozporządzenia określający kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami w kilku przypadkach dozwala na posiadanie wykształcenia wyższego innego niż medyczne pod warunkiem, że osoba taka posiada tytuł magistra w innym zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i jednocześnie wykształcenie medyczne zawodowe (licencjat pielęgniarstwa, położnictwa albo średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka, położna).

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 30 września 2002 r. *w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia* (Dz. U. Nr 173, poz. 1419 z późn. zm.) określił dziedziny medycyny, w których tytuł specjalisty mogły uzyskać osoby z wyższym wykształceniem innym niż medyczne. Rozporządzenie to określało również zawody, posiadanie których uprawniało do uzyskania takiego tytułu. Rozporządzenie to utraciło moc z dniem 2 lipca 2016 r. na podstawie art. 219 ust. 2 u.dz.l. Natomiast w dalszym ciągu obowiązują przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami*.

Powyższe prowadzi do konkluzji, że pielęgniarka posiadająca wyższe wykształcenie niemedyczne, może pełnić dyżur medyczny w rozumieniu art. 95 ust. 1 u.dz.l.

*Iwona Choromańska
Lex Ochrona Zdrowia*

05.08.2016

Pożegnania

Teresa Maria Poniecka


z domu Łasko

zmarła 22 lipca 2016 r. Miała 76 lat.

Państwową Szkołę Pielęgniarstwa w Białymstoku ukończyła w 1967 r. i rozpoczęła pracę pielęgniarki w Państwowym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Od 1.11.1973 r. do przejścia na emeryturę 31.12.2000 r. pracowała w Szpitalu Onkologicznym w Białymstoku, gdzie od 1976 r. była zatrudniona na stanowisku pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Radioterapii II.

Była niezwykle Czułym człowiekiem i Pielęgniarką, aktywna w Kole Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, w grupie założycielskiej i Zarządzie Towarzystwa Przyjaciół Chorych „Hospicjum” oraz samorządzie pielęgniarek i położnych (członkini ORPiP w Białymstoku I kadencja). Pani Tereso! Dziękujemy i do zobaczenia.

Pielęgniarki Oddziału Radioterapii II
Szpitala Onkologicznego w Białymstoku
oraz Janina Binkowska emerytowana naczelna
pielęgniarka Białostockiego Centrum Onkologii
im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku
Przewodnicząca ORPiP w Białymstoku
(I i II kadencja)



*„Rosta w cieniu nadziei,
śpiewała, śmiała się, płakała.
Oczekiwała syna.
Krzyczała, gdy się rodził,
milczała, gdy umarł.
Była ruchem, działaniem,
umiejętnością i troską.
Bezgłośnym bezpieczeństwem
i poczuciem proporcji.
Cieszyła się szklanym światłem
naszyjnika.
Czesła włosy w lustrze,
chwytła za puls ...”*

Anna Kamieńska

Każdy człowiek, nawet najskromniejszy, zostawia ślad po sobie. Nie da się więc człowieka zamknąć w granicach jego narodzin i śmierci. Jego życie zahacza o przeszłość i sięga w przyszłość.

Adam Kępiński

31 lipca 2016 roku
zmarła po krótkiej chorobie
wieloletnia Oddziałowa
Oddziału Patologii Cięży

Irena Monach

od 1.03.1974 roku zawodowo związana
z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym
z dniem 30.06.2012 roku
przeszła na emeryturę.

Dziękujemy za wspólnie przepracowane
lata - pozostaniesz w naszej pamięci.

Żegnaj Irenko

Położne i pielęgniarki
z USK

Konsultanci

138

Dziedziny Pielęgniarstwa i Położnictwa – Konsultanci Województwa podlaskie

| lp | dziedzina | imię i nazwisko | adres / kontakt |
|----|---|--|---|
| 1 | Pielęgniarstwo | Agnieszka Krynicka mgr piel. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku; ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A; 15-276 Białystok; tel. 85 746-80-03, fax 85 746-88-80 e-mail: a.krynicka21@wp.pl |
| 2 | Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki | Jerzy Lipski mgr piel. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku; Klinika Neurochirurgii; ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A; 15-276 Białystok; tel. 85 746-82-15; fax 85 746-86-26; e-mail: j.lipski@gazeta.pl |
| 3 | Pielęgniarstwo chirurgiczne i operacyjne | Regina Sierżantowicz dr n. med. mgr piel. | Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego; ul. Szpitalna 37; 15-247 Białystok; tel. 85 686-50-78, fax 85 686-50-77; e-mail: renatasierz@wp.pl |
| 4 | Pielęgniarstwo epidemiologiczne | Krystyna Łapuć-Seweryn mgr piel. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku; Zespół Kontroli i Zakażeń Szpitalnych; ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A; 15-276 Białystok tel. 85 746-82-53; fax 85 746-88-80; e-mail: ks@ummb.edu.pl |
| 5 | Pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze | Elżbieta Wasilko mgr piel. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku; Klinika Perinatologii i Położnictwa ze Szkołą Rodzenia, Sala Porodowa; ul. M. Skłodowskiej-Curie 24 A; 15-276 Białystok; tel. 85 746-83-56; faks 85 746-86-05; e-mail: elzbieta.wasilko@gmail.com |
| 6 | Pielęgniarstwo onkologiczne | Raisa Sapiżyńska mgr piel. | Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie; ul. Ogrodowa 12; 15-027 Białystok; tel. 85 664-67-51; fax 85 664-67-83; e-mail: chemia.pie@onkologia.bialystok.pl |
| 7 | Pielęgniarstwo opieki paliatywnej | Agata Panas dr n. o zdr. mgr piel. | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku; Klinika Onkologii i Hematologii Dziecięcej; ul. J. Waszyngtona 17; 15-274 Białystok; tel. 85 745-08-47 85 745-08-42; fax 85 745-08-46; e-mail: agata.panas.plg@wp.pl |

| lp. | dziedzina | imię i nazwisko | adres / kontakt |
|-----|---|---|--|
| 8 | Pielęgniarstwo pediatryczne | Urszula Chrzanowska dr n. o zdr. mgr piel. | Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku; Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Alergologii Dziecięcej; ul. Waszyngtona 17, 15-274 Białystok; tel. 85 745-07-13; fax 85 742-38-41; e-mail: chrzanowska.urszula@wp.pl |
| 9 | Pielęgniarstwo przewlekłe chorych i niepełnosprawnych | Renata Zajkowska mgr piel. | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Centrum Medyczne Zajkowskiej” R. Zajkowska, R. Zajkowski Spółka Cywilna; ul. Warszawska 9, lok. 4, 15-682 Białystok tel. 85 873-04-74; fask 85 873-03-74; e-mail: renata-zajkowska@gmail.com |
| 10 | Pielęgniarstwo psychiatryczne | Nadzieja Sołowiej dr n. med. mgr piel. | Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr Stanisława Deresza w Choroszcy; Plac Z. Brodowicza 1; 16-070 Choroszcy; tel. 85 719-10-91 w. 367; fax 85 719-28-00 e-mail: nadziejasolowiej@gmail.com |
| 11 | Pielęgniarstwo rodzinne | Dorota Rojsza mgr piel. | Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku ul. M. Skłodowskiej-Curie 12 lok. 19, 15-097 Białystok tel. 85 747 00 16 fax 85 744 11 09 e-mail: rojszad@poczta.onet.pl |
| 12 | Pielęgniarstwo ratunkowe | Urszula Jakubowska mgr piel. | Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku ul. M. Skłodowskiej - Curie 24A, 15-276 Białystok tel. 85 7468743, fax 85 7468880, 693 826 600 e-mail: ufa.jak@poczta.onet.pl |

Informacje

D yzury

Radca Prawny OIPiP

poniedziałki - godz. 12⁰⁰-15⁰⁰
w lokalu Izby (tel. 85 747-00-16)

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej PiP

pełni dyżury w drugą i czwartą środę miesiąca
w godzinach 15⁰⁰-17⁰⁰ w Biurze OIPiP
(tel. 85 747-00-16)

Przewodniczący Okręgowego Sądu PiP

pełni dyżury 2 razy w miesiącu - w pierwszą i trzecią środę
miesiąca, w godzinach 14⁰⁰-15⁰⁰ w siedzibie Okręgowej
Izby Pielęgniarek i Położnych
(tel. 85 747-00-16)

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa

Agnieszka Krynicka pełni dyżury w pierwszy wtorek mie-
siąca, w godzinach 14⁰⁰-15⁰⁰ w Uniwersyteckim Szpitalu
Klinicznym w Białymstoku
(budynek administracji Szpitala; pok. 26)
Spotkania po wcześniejszym uzgodnieniu
(tel. 85 746-80-03)

Biurow Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

Sekretariat biura

czynny w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki
w godz. 7³⁰-15⁰⁰ a w środy w godz. 7³⁰-17⁰⁰
tel. 85 747-00-16 w. 32, tel/fax 85 744-11-09

Działalność merytoryczna:

praktyki indywidualne i grupowe, rejestr podmiotów prowadzących kształcenie, przeszkolenie po ponad 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu

wtorek, środa i czwartek w godz. 7³⁰-15⁰⁰
tel: 85 747-00-16 w. 34

w każdy pierwszy wtorek miesiąca praca w terenie (kontrole)

Rejestr pielęgniarek i położnych, uznawanie kwalifikacji na potrzeby pracy za granicą

od wtorku do piątku w godz. 7³⁰-15⁰⁰
tel. 85 747-00-16 w. 33

Kasa:

poniedziałek, wtorek, czwartek i piątek w godz. 9⁰⁰-12⁰⁰
środa w godz. 13⁰⁰-17⁰⁰
tel: 85 747-00-16 w. 36

Biblioteka - lokal nr 21:

poniedziałek i piątek w godz. 9⁰⁰-14⁰⁰
tel: 85 747-00-17

Informujemy, że istnieje możliwość zamówienia książek telefonicznie w godzinach pracy biblioteki, a odbiór w pozostałe dni tygodnia w godzinach pracy biura.

Informacje

Wydawca:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku
15-097 Białystok ul. M. Skłodowskiej-Curie 12/19
tel. 85 747-00-16, tel/fax 85 744-11-09
www.oipip.bialystok.pl e-mail: izba@oipip.bialystok.pl
nakład Biuletynu 1120 egz. + egzemplarze obowiązkowe

Biuletyn redagują:

B. Olejnik; A. Sienkiewicz

Redaktor odpowiedzialny:

Cecylia Dolińska

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania zmian tytułów,
skrótów, korekt redakcyjnych i poprawek stylistycznych
w opracowaniach autorskich.

Za treść zamieszczonych ogłoszeń nie ponosi odpowiedzialności.

Informacja

Adres strony internetowej OIPiP w Białymstoku:

www.oipip.bialystok.pl
e-mail: **izba@oipip.bialystok.pl**

Nazwa i numer rachunku bankowego:

**Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku
PKO BP SA I Oddział w Białymstoku
21 1020 1332 0000 1702 0026 1180**

Informacja

BARDZO WAŻNA INFORMACJA!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku przypomina, iż zgodnie z Art. 11 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) pielęgniarka i położna posiadająca prawo wykonywania zawodu ma obowiązek ustawy do regularnego opłacania składek na samorząd zawodowy.

Niedokonanie powyższego obowiązku będzie skutkowało wszczęciem procedury w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Przypominamy, iż każda pielęgniarka i położna złożyła pisemne oświadczenie o znajomości powyższych przepisów, które jest w posiadaniu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Komunikat skarbnika

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku zwraca się z prośbą do osób opłacających składki indywidualnie przelewem bankowym o wpisywanie w opisie przelewu numeru prawa wykonywania zawodu.

*Skarbnik ORPiP
w Białymstoku*

Informacje

Projekt graficzny okładki ©, layout i koncepcja typograficzna Biuletynu ©
oraz realizacja przygotowania numeru do druku:

Computer Found Białystok <[kjwaszko\(et\)gmail.com](mailto:kjwaszko(et)gmail.com)>

tel/fax 85 71-82-177 & mob 601 669 399

Druk i oprawa: **Orthdruk**, Białystok, tel. 85 742-25-17