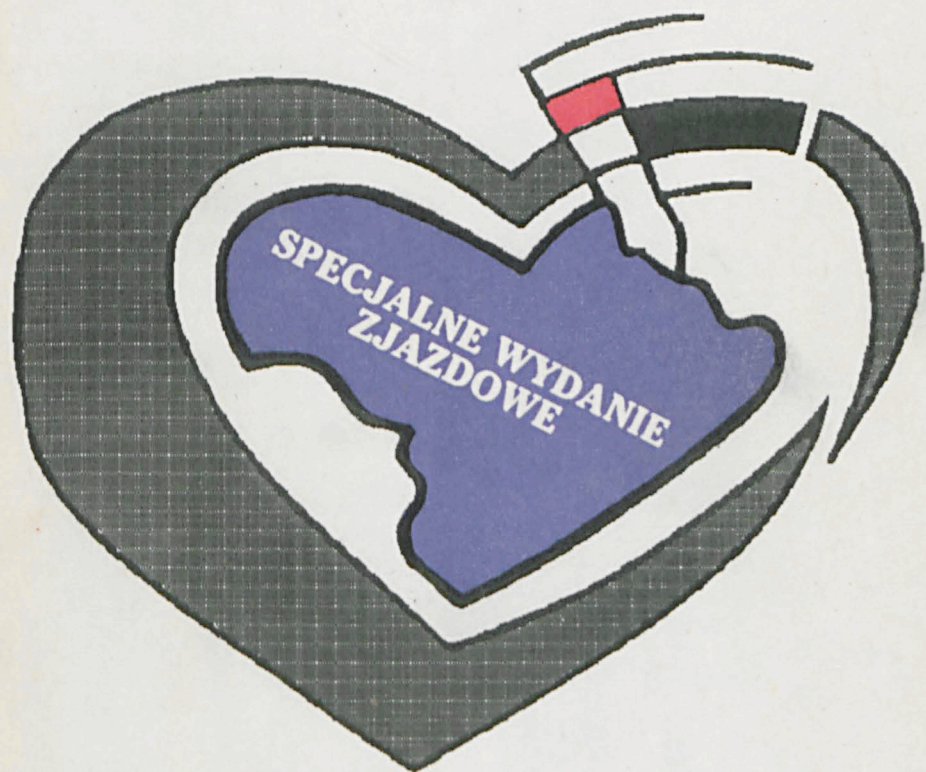


**BIULETYN  
INFORMACYJNY  
OKRĘGOWEJ IZBY  
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**



**Biała Podlaska, nr2 (11) 1994r.**

**BIULETYN**  
**OKRĘGOWEJ IZBY**  
**PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

**Biała Podlaska**

## W Y D A W C A

Biuletyn jest wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych  
(Uchwała Rady Okręgowej w sprawie Biuletynu OIPiP)

Biuletyn jest oficjalnym organem samorządu pielęgniarek i położnych  
na terenie województwa białkopodlaskiego

### A D R E S   R E D A K C J I:

ul. Warszawska 15  
21-500 Biała Podlaska  
tel. (080) / 43 60 83

### K O M I T E T   R E D A K C Y J N Y :

Przewodnicząca OIPiP mgr Jadwiga Żwiruk  
Członkowie Prezydium OIPiP

### Z E S P Ó Ł   R E D A K C Y J N Y :

Redaktor naczelny: - piel. dypl. Danuta Dryżałowska  
Członkowie: - piel. dypl. Joanna Głowacka  
- piel. dypl. Elżbieta Macech  
- piel. dypl. Grażyna Papińska  
- piel. dypl. Elżbieta Wyczolek  
- piel. dypl. Alicja Żmudzka  
Redaktor techniczny: - mgr Henryk Kwiatkowski

## S P I S T R E Ś C I

1. Wstęp	str. 3
2. Sprawy organizacyjno-regulaminowe IV Zjazdu Samorządu Pielęgniarek i Położnych	str. 4
3. OIPiP informuje	str. 11
4. Sprawozdanie finansowe z działalności OIPiP w Białej Podlaskiej za okres 1.01. - 31.12.1993 r.	str. 30
5. Komisje Problemowe	str. 35
6. Referaty	str. 39
7. Dział prawny	str. 45
8. Z żalobnej karty	str. 51



**Koleżankom z Zespołu Redakcyjnego  
oraz wszystkim Czytelniczkom**



*Gorące życzenia  
z okazji*

**MARCOWEGO ŚWIĘTA**

**od męskiej części Zespołu**

# WSTĘP

„Jesteśmy przekonane, że świadczymy wysoką jakość opieki - ale czy tak samo ocenia ją pacjent?”

## PRZESŁANIE DO PIELEŃNIARKI

- Wysłuchaj mnie
- Zapytaj o moje zdanie
- Nie lekceważ moich skarg
- Patrz zawsze na mnie, a nie na moją chorobę
- Mów do mnie, a nie przy mnie
- Zachowaj dyskrecję
- Nie każ mi czekać na siebie
- Nie mów mi co mam robić zanim nie powiesz jak mam to zrobić
- Informuj mnie zawsze
- Pamiętaj kim byłem
- Pozwól mi doznać i przeżyć ciepła Twojej opieki.

Opracowała: J. Kopczyńska-Sikorska na podstawie artykułu Roberta L. Mesnera „You know you provide quality care, but do your patients define quality the same way you do?”, American Journal of Nursing, 1993

# SPRAWY ORGANIZACYJNO- -REGULAMINOWE IV ZJAZDU SAMORZĄDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Porządek obrad IV Zjazdu Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

1. Otwarcie Zjazdu i powitanie gości.
2. Wybór Prezydium Zjazdu:
  - przewodniczącego Zjazdu,
  - dwóch wiceprzewodniczących,
  - sekretarzy.
3. Przyjęcie porządku obrad i regulaminu Zjazdu.
4. Wybór Komisji:
  - Mandatowej,
  - Uchwał i Wniosków.
5. Sprawozdanie z działalności OIPiP, oraz kierunki działania na rok 1994.
6. Sprawozdanie Komisji Mandatowej.
7. Wystąpienia gości.
8. Referat naukowy.
9. Przerwa (11.00 - 11.30).
10. Sprawozdanie z działalności finansowej i przedstawienie projektu uchwały budżetowej na rok 1994.
11. Dyskusja Budżetowa.
12. Podjęcie uchwały budżetowej.
13. Sprawozdania Komisji Problemowych.
14. Wystąpienie Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
15. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
16. Przerwa.
17. Dyskusja.
18. Sprawozdanie Komisji Uchwał i Wniosków.
19. Podjęcie uchwał.
20. Zakończenie Zjazdu.

**REGULAMIN OBRAD**  
**IV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych**  
**w Białej Podlaskiej**  
**dnia 15 marca 1993 r.**

W celu usprawnienia obrad Zjazdu i zgodności ich przebiegu z postanowieniami Regulaminu Okręgowej Izby ustala się następujący regulamin obrad IV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, zwanego w dalszym ciągu Zjazdem.

§ 1.

1. Obrady Zjazdu odbywają się na posiedzeniu plenarnym i są jawne.
2. Zjazd otwiera Przewodniczący Okręgowej Rady w obecności co najmniej połowy delegatów. W razie braku quorum Okręgowa Rada wyznaczy następny termin Zjazdu, nie wcześniej niż po upływie 3 tygodni od pierwotnie wyznaczonej daty.
3. Zjazd wybiera Prezydium Zjazdu w składzie:
  - przewodniczący,
  - zastępcy,
  - sekretarze.
4. Przewodniczący Zjazdu odczytuje porządek i regulamin obrad, przeprowadza głosowanie nad ich przyjęciem, oraz czuwa nad przestrzeganiem regulaminu obrad, kieruje ich porządkiem i zarządza głosowania w sprawach, które wymagają rozstrzygnięcia w tym trybie.
5. Zjazd dokonuje wyboru komisji:
  - a) mandatowej,
  - b) wyborczej i skrutacyjnej,
  - c) uchwał i wniosków.
6. Komisje wymienione w pkt. 5 wybierają ze swego składu przewodniczącego i sekretarza.
7. Komisje wymienione w pkt. 5 sporządzają ze swych czynności protokół.

§ 2.

1. Po dokonaniu wyborów, o których mowa w §1 Przewodniczący Zjazdu przeprowadza obrady zgodnie z uchwalonym porządkiem.

§ 3.

2. Przewodniczący Zjazdu udziela uczestnikom Zjazdu głosu w sprawach objętych porządkiem dziennym. W pierwszej kolejności zabierają głos zaproszeni goście.
3. Propozycje w sprawach uchwał, oświadczeń, wniosków, rezolucji i deklaracji, przyjmowane są przez komisję uchwał i wniosków, która przygotowuje ich projekty.
4. Uczestnicy obrad zgłaszają udział w dyskusji nad określonym punktem porządku dziennego sekretarzowi Zjazdu, prowadzącemu listę dyskutantów.
5. Przewodniczący Zjazdu udziela głosu uczestnikom dyskusji według kolejności zgłoszeń.
6. Nie można zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej, niż dwa razy, chyba, że do kolejnego zabrania głosu wezwie uczestnika dyskusji Przewodniczący Zjazdu.
7. Przewodniczący Zjazdu może zwrócić uwagę mówcy, jeżeli odbiega on w wypowiedzi od określonego porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.
8. Jeśli wymaga tego wzgląd na liczbę zgłoszonych dyskutantów, Przewodniczący

może ograniczyć czas trwania wypowiedzi.

9. Przewodniczący odbiera głos mówcy przekraczającemu ustalony czas trwania wypowiedzi.

#### § 4.

1. Poza porządkiem obrad posiedzenia lub poza tematem dyskusji Przewodniczący Zjazdu udziela głosu jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania.

Przemówienie poza porządkiem obrad nie może przekraczać jednej minuty. Zastosowanie w tym przypadku znajduje §3 pkt. 8 niniejszego regulaminu.

2. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o:

- 1) przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia,

- 2) uchwalenie tajności całości lub części obrad,

- 3) zamknięcie liczby mówców,

- 4) zamknięcie dyskusji,

- 5) odesłanie sprawy do komisji problemowej,

- 6) głosowanie bez dyskusji,

- 7) zmianę porządku obrad,

- 8) przeprowadzenie głosowania,

- 9) ograniczenie czasu przemówień,

- 10) stwierdzenie quorum,

- 11) przeliczenie głosów,

- 12) uchwalenie tajności głosowania,

- 13) zamknięcie liczby kandydatów.

3. O wniosku formalnym Zjazd rozstrzyga po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego przeciwnika wniosku.

#### § 5.

Wybory uzupełniające przewidziane porządkiem obrad przeprowadza się w trybie przewidzianym w Uchwale Nr 10 z dnia 11 grudnia 1991 r. I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

#### § 6.

1. Po zamknięciu dyskusji nad projektem Uchwał i innymi wnioskami i propozycjami zgłoszonymi w toku obrad, Przewodniczący Zjazdu oznajmia, że Zjazd przystępuje do głosowania. Od tej chwili można zabierać głos tylko dla zgłoszenia lub uzasadnienia wniosku formalnego o sposobie lub porządku głosowania i to jedynie przed wezwaniem przez Przewodniczącego delegatów do głosowania.
2. Porządek głosowania nad projektem uchwał na posiedzeniu Zjazdu jest następujący:
  - 1) głosowanie nad poprawkami poszczególnych sformułowań, przede wszystkim tymi, których przyjęcie lub odrzucenie rozstrzyga o innych poprawkach.
  - 2) głosowanie nad projektem uchwały w całości wraz z przyjętymi poprawkami.
3. Przewodniczący Zjazdu ustala porządek głosowania nad projektem Uchwał i poprawkami do nich.
4. Głosowania w sprawach określonych w ust. 1 przeprowadza się jawnie przez podniesienie mandatu, przy czym sekretarze obliczają głosy i podają przewodniczącemu wyniki głosowania.
5. Zjazd może uchwalić tajność głosowania w określonej sprawie i wówczas głosowanie przeprowadza komisja skrutacyjna.
6. Zjazd podejmuje uchwały zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej połowy ogólnej liczby delegatów.

#### § 7.

W trybie przewidzianym dla Uchwał Zjazd może podejmować:

- 1) rezolucje - zawierające wyzwanie skierowane do określonego adresata o podjęcie wskazanego w rezolucji jednorazowego działania,
- 2) oświadczenia - zawierające stanowisko w określonej sprawie,
- 3) deklaracje - zawierające zobowiązania do określonego zachowania się, podjęcia inicjatywy lub zadania.

§ 8.

Po wyczerpaniu wszystkich punktów porządku obrad Przewodniczący Okręgowego Zjazdu ogłasza jego zamknięcie.

§ 9.

1. Z przebiegu Zjazdu sporządza się protokół, który stanowi jedyne urzędowe stwierdzenie przebiegu obrad.
2. Protokół posiedzenia Zjazdu obejmuje zapis przebiegu obrad, a także w załącznikach pełne teksty podjętych uchwał, przedłożonych sprawozdań, wniosków oraz innych dokumentów Zjazdu.
3. Delegat na Zjazd lub uczestnik Zjazdu biorący udział w dyskusji może zgłosić zastrzeżenia lub poprawki do sporządzonego protokołu w ciągu miesiąca od zakończenia Zjazdu. Odpisy protokołu znajdującego się będą do wglądu zainteresowanych w biurze Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
4. O przyjęciu bądź odrzuceniu poprawki decyduje prezydium Zjazdu większością głosów.
5. Protokół, do którego nie wniesiono zastrzeżeń lub poprawek uważa się za przyjęty. Przyjęcie protokołu potwierdzają podpisem członkowie prezydium Zjazdu.

§ 10.

W sprawach nieregulowanych - zastosowanie ma Regulamin Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

**Wykaz delegatów na IV Okręgowy Zjazd Samorządu  
Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
dnia 15 marca 1994 r.**

**Woj. Szpital Zespolony - Biała Podlaska**

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
1.	Aleksandruk	Małgorzata	
2.	Baglaj	Irena	
3.	Borys	Halina	czł. Okr. Rady i Pełnom. d/s zatrudnienia
4.	Bujnik	Krystyna	Przew. Komisji d/s Kształcenia
5.	Chalimoniuk	Grażyna	
6.	Gyrczuk	Małgorzata	
7.	Czapska	Urszula	czł. Komisji Socjalnej
8.	Demidowicz	Wanda	czł. Komisji Skarg i Wniosków
9.	Fedoruk	Bożena	
10.	Fiedoruk	Mirosława	
11.	Filipiuk	Elżbieta	
12.	Golub	Eugeniusz	Pełnomocnik Okręgowej Rady
13.	Gromysz	Wanda	Przew. Komisji Skarg i Wniosków

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
14.	Grębska	Celina	Wiceprzew. Okręgowej Rady
15.	Głowacka	Joanna	czł. Komisji Informacji
16.	Haraśko	Barbara	
17.	Horodecka	Janina	czł. Okręgowej Rady i Komisji Socjalnej
18.	Jaroszkievicz	Teresa	czł. Komisji Legislacyjno-Prawnej
19.	Jerozalska	Sabina	
20.	Kochańska	Anna	
21.	Kosieradzka	Maria	
22.	Kozawska	Alicja	Sekretarz Okręgowej Rady
23.	Kusiuk	Maria	
24.	Macech	Elżbieta	czł. Komisji Rewizyjnej
25.	Maksymiuk	Elżbieta	Wiceprzew. Okręgowej Rady i czł. Sądu NIPiP
26.	Mankiewicz	Barbara	
27.	Mieleszczyk	Lucyna	
28.	Mikiciuk	Barbara	czł. Komisji Socjalnej
29.	Muchla	Krystyna	
30.	Ostrowska	Krystyna	
31.	Pisarek-Krzak	Danuta	
32.	Poleszuk	Grażyna	
33.	Rabczuk	Joanna	
34.	Reduch	Mirosława	
35.	Rodziewicz	Dorota	
36.	Rojek	Jerzy	
37.	Rychtik	Teresa	
38.	Sacharczuk	Walentyna	Skarbnik Okręgowej Rady
39.	Samoszuk	Teresa	
40.	Siluszyk	Krystyna	
41.	Stasiak	Teresa	czł. Okręgowej Rady
42.	Stocka	Elżbieta	czł. Komisji d/s Kształcenia i Doskon. Zaw.
43.	Szerement	Agnieszka	
44.	Tarasiuk	Anna	
45.	Wawrzyniuk	Elżbieta	
46.	Wyczólek	Elżbieta	
47.	Zozuła	Mirosława	
48.	Ślósarska	Halina	Przewodnicząca Sądu Okręgowego
49.	Łostowska	Alina	czł. Komisji Skarg i Wniosków
50.	Zmudzka	Alicja	czł. Komisji Informacji
51.	Zuk	Elżbieta	
52.	Zwiruk	Jadwiga	Przewodnicząca Okręgowej Rady

### Z.O.Z. Radzyń Podlaski + Suchowola

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
1.	Bialecka	Elżbieta	
2.	Bober	Barbara	
3.	Cetnarowicz	Teresa	czł. Okr. Rady, Przew. Komisji d/s Zm. Syst.
4.	Czarnacka	Zofia	czł. Okręgowej Rady

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
5.	Daniluk	Franciszka	
6.	Frączek	Agnieszka	
7.	Karwowska	Anna	
8.	Konstanta	Marianna	
9.	Koper	Jadwiga	czł. Komisji Finansowo-Socjalnej
10.	Korszeń	Aldona	
11.	Koźuchowska	Maria	
12.	Kulak	Halina	
13.	Mańko	Jadwiga	
14.	Popek	Małgorzata	czł. Komisji d/s Kształc. i Doskon. Zawod.
15.	Sych	Anna	
16.	Toczko	Renata	
17.	Urbańczyk	Zofia	
18.	Wierzbicka	Irena	
19.	Śledź	Bożena	
20.	Łaniewska	Anna	Pełnom. Czł. Okr. Rady, czł. Komisji d/s Kszt.
21.	Zuk	Krystyna	

#### Z.O.Z. Parczew

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
1.	Bartoszek	Jacek	Przew. Komisji Rewizyjnej
2.	Bloch	Barbara	Rzecznik Odp. Zaw. OIPiP
3.	Hordejuk	Janusz	
4.	Jankiewicz	Halina	czł. Kom. d/s Etyki i Kom. d/s Zmian System.
5.	Jaśko	Elżbieta	
6.	Lipka	Kazimiera	Pełnomocnik Okręgowej Izby
7.	Ludwińska	Elżbieta	
8.	Melnik	Maria	
9.	Paszkowska	Ewa	
10.	Romian	Małgorzata	
11.	Saczuk	Teresa	
12.	Skrzeczowska	Bożena	
13.	Szczerbińska	Izabela	
14.	Wilczyńska	Krystyna	
15.	Zaborska	Katarzyna	

#### Z.O.Z. Międzyrzec Podlaski

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
1.	Balkowiec	Teresa	czł. Komisji d/s Kształc. i Doskon. Zaw.
2.	Delikat	Urszula	
3.	Giersz	Małgorzata	czł. Komisji Socjalnej
4.	Konulczyk	Anna	



Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
5.	Narojek	Antonina	
6.	Nowosielska	Grażyna	
7.	Polkowska	Alicja	
8.	Roszek	Krystyna	czł. Okr. Rady, Przew. Kom. Legisl.-Prawnej
9.	Semeniuk	Barbara	
10.	Łukaszuk	Urszula	

### Z.O.Z. Łosice

Lp.	Nazwisko	Imię	Stanowisko
1.	Korpowicz	Wiesława	
2.	Korycińska	Halina	Pełnomocnik Okr. Izby, czł. Okr. Rady
3.	Kosmala	Teresa	czł. Komisji d/s Kszt. i Doskon. Zawodow.
4.	Kowalczyk	Wiesława	
5.	Nadstawna	Teresa	
6.	Ratajczak	Justyna	
7.	Stańska	Anna	
8.	Ziniewicz	Danuta	
9.	Zuj	Anna	czł. Komisji Finansowo-Socjalnej

# OIPiP INFORMUJE

Pan Senator  
i Panowie Posłowie  
woj. białskopodlaskiego

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w załączeniu przesyła zatwierdzone Uchwałą Nr 86 z dnia 8 listopada 1993 roku Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych projekty ustaw o zawodzie pielęgniarki i położnej.

Ponadto przesyłamy materiały opracowane przez Prezydium Naczelnej Rady, które mogą być przydatne w przygotowaniu się do debaty nad projektami ustaw.

Informujemy, że zatwierdzone przez Naczelną Radę projekty ustaw były wielokrotnie konsultowane ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych. Nanoszono poprawki po zebraniu opinii przez Komisję Legislacyjną Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, w ostatecznym kształcie powstał dokument, który jest w całości zaakceptowany przez naszą korporację zawodową.

Przesyłając powyższe Okręgowa Izba prosi o poparcie naszych projektów i aktywny udział w debacie im poświęconej.

Z pielęgniarskim pozdrowieniem  
Przewodnicząca  
mgr Jadwiga Żwiruk

Biała Podlaska, 17.01.1994 r.

## **UCHWAŁA Nr 88** **Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych** **z dnia 8.11.1993 r.**

**w sprawie zatwierdzenia projektów ustaw o zawodzie pielęgniarki  
i o zawodzie położnej**

Na podst. art. 33 ust. 1 pkt. 7 w związku z art. ustawy z dnia 19.04.1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178), uchwała się co następuje:

### § 1.

1. Zatwierdza się projekt ustawy o zawodzie pielęgniarki o treści ustalonej w Załączniku Nr 1 do niniejszej uchwały.
2. Zatwierdza się projekt ustawy o zawodzie położnej o treści ustalonej w Załączniku Nr 2 do niniejszej uchwały.

### § 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz  
Elżbieta Szwalkiewicz

Prezes  
Urszula Krzyżanowska-Lagowska

**ZAŁĄCZNIK Nr 1 do UCHWAŁY Nr 88**  
**Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**  
**z dnia 8.11.1993 r.**

**w sprawie zatwierdzenia projektów ustaw o zawodzie pielęgniarki  
i o zawodzie położnej**

**PROJEKT USTAWY O ZAWODZIE PIELEŃNIARKI**

Pielęgniarstwo jest dyscypliną naukową i działalnością praktyczną.

Pielęgniarstwo jako dziedzina nauki posiada własną teorię, metody, przedmiot, zakres badań i praktyki zawodowej.

Pielęgniarstwo jako działalność praktyczna posiada własną strukturę organizacyjną i zakres działania oraz nadzoru.

Pielęgniarstwo obejmuje wykonywaną zawodowo pomoc, opiekę oraz interwencje w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostki, rodziny, grup społecznych i społeczeństwa.

**R o z d z i a ł I**

**Przepisy ogólne**

**Pielęgniarstwo i pielęgnowanie**

**Art. 1.**

1. Zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym opartym na właściwej wiedzy teoretycznej i praktycznej.
2. Wykonywanie zawodu polega na samodzielnym sprawowaniu opieki pielęgniarskiej i zapobiegawczej nad ludźmi w różnych okresach ich życia, szczególnie w środowisku zamieszkania, nauki i pracy.
3. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Lekarską ustali zakres indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki.

**Art. 2.**

Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega w szczególności na:

1. promowaniu zdrowia, zapobieganiu chorobie i przywracaniu zdrowia,
2. pomocy chorym, osobom z upośledzeniem fizycznym i w trudnych sytuacjach życiowych,
3. miesieniu ulgi w cierpieniu i w czasie umierania,
4. współdziałaniu z chorym, jego rodziną i innymi grupami społeczeństwa.

**Art. 3.**

1. Wykonywanie zawodu pielęgniarki obejmuje w szczególności :

- 1) rozpoznawanie sytuacji i problemów zdrowotnych
- 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych
- 3) udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz jednostki, grupy i społeczeństwa
- 4) udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczych, leczniczych i rehabilitacyjnych
- 5) planowanie działań pielęgnacyjno-opiekuńczych, wychowawczych, rehabilitacyjnych oraz dobór metod i środków niezbędnych do ich wykonania
- 6) wykonywanie czynności pielęgnacyjnych i leczniczych zgodnie z ustalonymi przez NRPiP standardami zawodowymi

- 7) dokonywanie oceny wykonywanych działań
  - 8) udzielanie pomocy leczniczej w stanach zagrożenia życia
  - 9) udział w zespole profilaktyczno-terapeutycznym podstawowej opieki zdrowotnej
  - 10) zarządzanie działalnością pielęgniarską
  - 11) prowadzenie kształcenia zawodowego, studiów wyższych i doskonalenia zawodowego
  - 12) prowadzenie prac naukowo-badawczych w pielęgniarstwie i innych dziedzinach medyczo-zawodowych
  - 13) prace organizacyjno-metodyczne w dziedzinie ochrony zdrowia i środowiska
  - 14) działalność profilaktyczną
  - 15) udział w edukacji zdrowotnej społeczeństwa
  - 16) działalność na rzecz ekologii
  - 17) pracę na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP oraz Naczelną Radą Lekarską ustali zakres indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki.

## R o z d z i a ł   I I

### Nabywanie kwalifikacji zawodowych

#### Art. 4.

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe w toku kształcenia w szkołach zawodowych lub w toku studiów wyższych.

#### Art. 5.

Szkoły pielęgniarskie działają na podbudowie wykształcenia średniego maturalnego i zapewniają przygotowanie zawodowe niezbędne do wykonywania zawodu pielęgniarki.

#### Art. 6.

Kształcenie w szkołach pielęgniarskich winno być zgodne z wytycznymi Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, drożne na każdym poziomie i spójne z obowiązującym systemem edukacyjnym.

#### Art. 7.

1. Absolwent szkoły pielęgniarskiej i pielęgniarskiej wyższej szkoły zawodowej uzyskuje tytuł zawodowy - pielęgniarka dyplomowana lub pielęgniarz dyplomowany.
2. Uzyskując tytuł zawodowy absolwent składa przyrzeczenie (przysięgę) o treści zawartej w kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki lub położnej.
3. Absolwent wyższych studiów pielęgniarskich uzyskuje tytuł magistra pielęgniarstwa.

#### Art. 8.

Pielęgniarskie studia wyższe zapewniają szerokoprofilowe przygotowanie do prowadzenia praktyki zawodowej, kształcenia, zarządzania i prowadzenia działalności naukowo-badawczej.

#### Art. 9.

Wyższe studia pielęgniarskie odpowiadają standardom szkolnictwa wyższego.

#### Art. 10.

Ukończenie szkoły pielęgniarskiej, pielęgniarskiej wyższej szkoły zawodowej lub wyższych studiów pielęgniarskich stanowi podstawę do dalszego doskonalenia

zawodowego, specjalizacji zawodowej oraz innych form kształcenia podyplomowego.

#### Art. 11.

Warunki i tryb uzyskiwania specjalizacji określi w drodze rozporządzenia Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP.

#### Art. 12.

Dodatkowe umiejętności zdobyte przez pielęgniarkę w wyniku ukończenia kursu doskonalącego nie będącego specjalizacją zawodową, stanowią podstawę do otrzymania przez nią zaświadczenia o ukończeniu kursu oraz prawo do używania tytułu pielęgniarki praktyka (licence practical nurse) w określonej dziedzinie.

#### Art. 13.

Zakłady kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek mogą być państwowe, publiczne, społeczne, prywatne i samorządowe.

#### Art. 14.

1. Dziekanem wydziału pielęgniarstwa, kierownikiem zakładu pielęgniarstwa na wyższej uczelni oraz dyrektorem szkoły może być wyłącznie osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz co najmniej 5 lat stażu pracy w tym zawodzie.
2. Stanowisko dyrektora, o którym mowa w art.14 ust.1. obsadzane jest w drodze konkursu z udziałem przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych z glosem stanowiącym.

#### Art. 15.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi system kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek.

#### Art. 16.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi warunki ustalania programu nauczania w szkołach i na studiach pielęgniarstkich.

#### Art. 17.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi zasady powoływania, prowadzenia i zamykania oraz sprawowania nadzoru nad szkołami i wyższymi studiami pielęgniarstki oraz instytucjami doskonalenia i kształcenia zawodowego pielęgniarek.

## R o z d z i a ł III

### Stwierdzanie, pozbawianie, zawieszanie prawa wykonywania zawodu

#### Art. 18.

1. Do wykonywania zawodu pielęgniarki uprawnione są wyłącznie osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu.
2. Prawo wykonywania zawodu może uzyskać osoba, która :
  - 1) posiada obywatelstwo polskie lub będąc cudzoziemcem, otrzymała zezwolenie na stały lub okresowy pobyt w Polsce
  - 2) została wpisana na listę członków właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych
  - 3) odbyła roczny staż zawodowy
  - 4) korzysta w pełni z praw publicznych
  - 5) posiada pełną zdolność do czynności prawnych

#### Art. 19.

1. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu wydaje pielęgniarce właściwa o-

- kręgową radą pielęgniarek i położnych.
2. Pielęgniarka, która przerwała wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż pięć lat, przed podjęciem pracy jest zobowiązana do uprzedniego odbycia przeszkolenia. Program i zasady przeszkolenia ustali okręgowa rada pielęgniarek i położnych.
  3. Właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych może stwierdzić prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, osobie, która za granicą ukończyła szkołę pielęgniarską uznaną przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za równorzędną z dyplomem polskiej szkoły pielęgniarskiej lub wyższych studiów pielęgniarskich.
  4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po uzgodnieniu z NRPiP, określa w drodze rozporządzenia, ramowy program stażu, sposób jego odbywania, dokumentowania oraz zakres uprawnień zawodowych w okresie odbywania stażu, warunki jakim powinien odpowiadać zakład opieki zdrowotnej, w którym mogą być prowadzone staże pielęgniarskie.
  5. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek NRPiP określi dodatkowe warunki jakie powinna spełniać pielęgniarka ubiegająca się o prawo wykonywania zawodu.

#### Art. 20.

1. Pielęgniarka, której stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu, może być pozbawiona przez okręgową radę pielęgniarek i położnych prawa wykonywania zawodu na stałe lub na okres trwania niezdolności.
2. Uchwałę o zawieszeniu lub pozbawieniu prawa wykonywania zawodu okręgowa rada podejmuje na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej powołanej przez okręgową radę lub na podstawie wyroku sądu pielęgniarek i położnych zasądzającego karę zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu.
3. W przypadku, gdy pielęgniarka odmawia poddania się badaniu przez komisję wymienioną w ust.2. lub gdy okręgowa rada pielęgniarek i położnych na podstawie wyników postępowania wyjaśniającego uzna, że dalsze wykonywanie zawodu przez pielęgniarkę stanowi niebezpieczeństwo dla osób, nad którymi sprawuje opiekę, okręgowa rada pielęgniarek i położnych może zawiesić pielęgniarkę w prawie wykonywania zawodu do czasu wydania prawomocnego orzeczenia.
4. Postępowanie w sprawach pozbawienia prawa wykonywania zawodu jest poufne.
5. Do uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych w sprawie pozbawienia prawa wykonywania zawodu w przypadkach, o których mowa w ust.1. stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnej.
6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej może zaskarżyć do Naczelnego Sądu Administracyjnego prawomocną uchwałę organów samorządu w sprawach, o których mowa w ust.1., z powodu jej niezgodności z prawem, w trybie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego.
7. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z NRPiP, określa szczegółowe zasady i tryb postępowania w sprawach dotyczących zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

## R o z d z i a ł I V

### Prawa, obowiązki, odpowiedzialność

#### Art. 21.

1. Pielęgniarka ma prawo do samodzielnego wykonywania zawodu we wszystkich formach przewidzianych przepisami prawa w tym także do prowadzenia prywatnej praktyki zawodowej.
2. Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności w zakresie posiadanych kwalifikacji zawodowych.
3. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje pielęgniarce licencję i prowadzi rejestr licencji oraz określa zasady wykonywania prywatnej praktyki pielęgniarskiej.
4. Do postanowień okręgowej rady pielęgniarek i położnych w sprawie licencji na prowadzenie prywatnego gabinetu pielęgniarskiego, stosuje się przepisy kodeksu postępowania administracyjnego, odnoszące się do decyzji administracyjnych.

#### Art. 22.

1. Pielęgniarka zobowiązana jest do postępowania zgodnego z obowiązującymi standardami zawodowymi i zasadami etyki zawodowej.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zatwierdzi w drodze rozporządzenia standardy zawodowe.
3. NRPiP określi zakres kompetencji i odpowiedzialności, na stanowiskach pracy pielęgniarki, zgodnie z obowiązującymi standardami zawodowymi.

#### Art. 23.

Pielęgniarka ma prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych w ramach samokształcenia i uczestnictwa w zorganizowanych formach doskonalenia zawodowego.

#### Art. 24

1. Pielęgniarka podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych nie może naruszać prawa pacjenta do godności osobistej i intymności.
2. Pielęgniarkę obowiązuje zachowanie tajemnicy zawodowej.
3. Pielęgniarka ma obowiązek poinformowania pacjenta o jego prawach.
4. Pielęgniarka ma prawo udzielania pacjentowi, a w uzasadnionych przypadkach, także jego najbliższej rodzinie, informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do realizacji celów pielęgnowania.
5. Pielęgniarka ma obowiązek informować pacjenta o wykonywanych działaniach pielęgnacyjnych i ich wpływie na stan pacjenta.
6. Pielęgniarka jest obowiązana do prowadzenia obowiązującej dokumentacji działalności pielęgniarskiej.

#### Art. 25.

1. Pielęgniarka ma obowiązek reagowania w każdym przypadku naruszenia dobra pacjenta.
2. Pielęgniarka ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego sprzecznego z dobrem pacjenta.
3. W sytuacjach wątpliwych pielęgniarka ma prawo i obowiązek domagać się uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia lekarskiego.
4. Odmowę wykonania zlecenia stwierdza na piśmie z podaniem uzasadnienia oraz powiadamia o tym fakcie bezpośredniego przełożonego.

#### Art. 26.

Pielęgniarce przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy państwowych.

**Art. 27.**

Pielęgniarka wykonuje zawód w szczególności: w zakładach i placówkach leczniczo-profilaktycznych, opiekuńczo-wychowawczych i naukowo-badawczych.

**Art. 28.**

Pielęgniarka może złożyć wobec okręgowej rady pielęgniarek i położnych oświadczenie, że zrzeka się swego prawa wykonywania zawodu na czas określony lub do odwołania.

## **R o z d z i a ł V**

### **Zmiany w przepisach obowiązujących**

**Art. 29.**

W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 41 poz.178) wprowadza się następujące zmiany :

- 1) w art.3. skreśla się słowa „i asystentkę pielęgniarską”.
- 2) skreśla się art.61.

## **R o z d z i a ł VI**

### **Przepisy przejściowe i końcowe**

**Art. 30.**

Ustawa nie narusza postanowień Konwencji Nr 149 MOP.

**Art. 31.**

Ustawa nie narusza postanowień Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych.

**Art. 32.**

Traci moc ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz.U.Nr 27 poz. 199) wraz z późniejszymi poprawkami.

**Art. 33.**

Pielęgniarki, które w dniu wejścia w życie ustawy posiadały prawo wykonywania zawodu w rozumieniu dotychczas obowiązujących przepisów, zachowują to prawo.

**Art. 34.**

1. Zapis w art.14. ust.1. odnoszący się do dziekana wydziału pielęgniarstwa wchodzi w życie nie później niż 4 lata po wejściu ustawy.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi warunki zatrudnienia, na okres przejściowy, na stanowisku wymienionym w ust.1.

**Art. 35.**

Ustawa wchodzi w życie z dniem .....

### **Uzasadnienie do projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki**

Zawód pielęgniarki opiera swój byt prawny na pochodzącej jeszcze z czasów przedwojennych ustawie z dnia 21 lutego 1935 r., o pielęgniarstwie (Dz.U. z 1935 roku Nr 27 poz. 199). Upływ czasu sprawił, że zawarte w niej rozwiązania prawne nie uwzględniają poważnych przemian jakie w międzyczasie zaistniały zarówno w teorii jak i w praktyce ochrony zdrowia. Rodzą one potrzebę dokonania poważnych przeobrażeń i przekształceń regulacji prawnych odnoszących się do poszczegól-



gólnych zawodów medycznych w tym również do zawodu pielęgniarki.

Proponowany projekt ustawy zawiera koncepcję systemowego uregulowania problematyki wykonywania zawodu pielęgniarki.

Podstawowe założenia proponowanej koncepcji są następujące :

1. W świetle nowoczesnych tendencji zachodzących we współczesnym świecie muszą ulec rewizji tradycyjne podziały zadań pielęgniarek i położnych. Konieczne staje się zwłaszcza rozszerzenie ich uprawnień i obowiązków zawodowych w obszarach umacniania zdrowia, zapobiegania chorobom oraz udziału w medycznym leczeniu. W proponowanym projekcie ustawy realizację wspomnianego celu zapewniają przepisy art. 2 i 3.
2. Realizacja zadań nałożonych na pielęgniarki jest możliwa tylko pod warunkiem nowoczesnego i skutecznego sposobu zdobywania przez nie kwalifikacji zawodowych. Zawarte w rozdziale II projektu ustawy rozwiązania prawne regulują ramowe zasady funkcjonowania kształcenia pielęgniarek. W szczególności uwzględniają one zmiany, jakie w ciągu ostatnich kilku lat zaszły w systemie edukacji w naszym kraju przez dopuszczenie możliwości powstawania obok państwowych również społecznych, prywatnych i samorządowych zakładów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek. Jednocześnie gwarantują one Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej wpływ na funkcjonowanie wspomnianych placówek jak i na realizowany przez nie program nauczania. Gwarantują również organom reprezentującym samorząd zawodowy pielęgniarek udział zarówno w kształceniu systemu kształcenia zawodowego, jak i w sprawowaniu nad nim nadzoru.
3. Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych wyraźnie określa wymogi pod adresem osób wykonujących zawód pielęgniarki i daje nam prawo właściwego doboru pod względem etycznym i fachowym. Zadanie to samorząd może realizować jedynie pod warunkiem przekazania mu przez prawo kompetencji w zakresie podejmowania decyzji odnośnie nabywania i utraty prawa do wykonywania zawodu pielęgniarki. W proponowanym projekcie ustawy przekazanie wspomnianych uprawnień następuje na mocy przepisów zawartych w rozdziale III projektu.  
Przepisy te gwarantują również Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej wpływ na wykonywanie wspomnianych uprawnień przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych.
4. Z uwagi na specyfikę wykonywanego zawodu pielęgniarki często stają wobec konieczności podejmowania bardzo trudnych, moralnych decyzji. Problematyka ta winna znaleźć kompleksowe uregulowanie w kodeksie etycznym pielęgniarek. Dopóki to jednak nie nastąpi celowe jest ustawowe uregulowanie podstawowych kwestii wspomnianej materii obejmujących główne etyczne zasady postępowania przy wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zagwarantowanie pielęgniarkom możliwości odmowy wykonania zlecenia lekarskiego sprzecznego z dobrem pacjenta oraz ustalenie zakresu ich odpowiedzialności i przysługującej im ochrony. Kwestie te w ogólnych zarysach uregulowane zostały w rozdziale IV projektu ustawy.

W konkluzji należy stwierdzić, że kierunek zmian systemowych w ochronie zdrowia powinien zmierzać do wykorzystania wszystkich możliwości zarówno intelektualnych jak i organizacyjnych tkwiących w samym systemie. Wydaje się, że pewne niewykorzystane dotychczas możliwości tkwią w pielęgniarstwie, ale w obecnym stanie prawnym są zablokowane.

Projekt ustawy o zawodzie pielęgniarki w całości zmierza właściwie w kierunku zwiększenia samodzielności i samorządności zawodowej, a tym samym stwarza

warunki do powstania systemu zdolnego realizować potrzeby zdrowotne społeczeństwa na poziomie odpowiadającym możliwościom Państwa.

**ZAŁĄCZNIK Nr 2 do UCHWAŁY Nr 88  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
z dnia 8.11.1993 r.**

**w sprawie zatwierdzenia projektów ustaw o zawodzie pielęgniarki  
i o zawodzie położnej**

**PROJEKT USTAWY O ZAWODZIE POŁOŻNEJ**

Pielęgniarstwo położniczo-ginekologiczne jako dziedzina pielęgniarstwa posiada własną teorię, metody, przedmiot, zakres badań i praktyki zawodowej. Zawód położnej jako działalność praktyczna posiada własną strukturę organizacyjną i zakres działania oraz nadzoru.

**R o z d z i a ł I  
Przepisy ogólne**

**Art. 1.**

Zawód położnej jest zawodem samodzielnym opartym na właściwej wiedzy teoretycznej i praktycznej.

**Art. 2.**

1. Wykonywanie zawodu położnej polega na samodzielnym sprawowaniu opieki pielęgniarskiej i zapobiegawczo-leczniczej nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą, noworodkiem i młodzieżą w różnych okresach ich życia w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i jednostkach organizacyjnych służby zdrowia.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Radą Lekarską określi zakres udzielania indywidualnych świadczeń diagnostycznych, profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych wykonywanych przez położne.

**Art. 3.**

Wykonywanie zawodu położnej obejmuje w szczególności :

- 1) promowanie zdrowia, poprzez działalność oświatowo-zdrowotną w zakresie metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa oraz przygotowania młodzieży do życia w rodzinie w aspekcie biologicznym, wychowawczym i społecznym,
- 2) kompleksowe działania profilaktyczne, terapeutyczne i rehabilitacyjne ze szczególnym uwzględnieniem opieki przedporodowej, profilaktyki schorzeń ginekologicznych zwłaszcza noworodkowych, opieki nad kobietą chorą ginekologicznie w różnych okresach jej życia, miesieniu ulgi w cierpieniu i w czasie umierania,
- 3) samodzielne prowadzenie opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną o fizjologicznym przebiegu ciąży,
- 4) samodzielne prowadzenie porodów fizjologicznych przez wszystkie okresy przebiegu porodu i pogołu,
- 5) zapewnienie pomocy w sytuacjach zagrożenia życia kobiety i płodu do czasu przejścia tych zadań przez lekarza,

- 6) samodzielne prowadzenie badań diagnostycznych u kobiet ciężarnych, stwierdzających prawidłowy przebieg ciąży przy zastosowaniu współczesnej aparatury diagnostycznej,
- 7) działalność w poradniach ginekologicznych zgodnie z posiadaną wiedzą i wykształceniem,
- 8) udział w zespole profilaktyczno-terapeutycznym podstawowej opieki zdrowotnej
- 9) zarządzanie opieką pielęgniacyjną wykonywaną przez położne,
- 10) prowadzenie prac naukowo-badawczych w pielęgniarstwie i innych dziedzinach medyczo-zawodowych,
- 11) prowadzenie kształcenia zawodowego, studiów wyższych i doskonalenia zawodowego położnych,
- 12) pracę organizacyjno-metodyczną w dziedzinie ochrony zdrowia i środowiska,
- 13) pracę na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych

## R o z d z i a ł II

### Nabywanie kwalifikacji zawodowych

#### Art. 4.

Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe w toku kształcenia w szkołach zawodowych lub w toku studiów wyższych.

#### Art. 5.

Szkoły położnych działają na podbudowie wykształcenia średniego maturalnego i zapewniają przygotowanie zawodowe niezbędne do wykonywania zawodu położnej.

#### Art. 6.

Kształcenie w szkołach dla położnych winno być zgodne z wytycznymi Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, drożne na każdym poziomie i spójne z obowiązującym systemem edukacyjnym.

#### Art. 7.

1. Absolwent szkoły położnych uzyskuje tytuł zawodowy - położna dyplomowana lub położny dyplomowany.
2. Uzyskując tytuł zawodowy absolwent składa przyrzeczenie (przysięgę) o treści zawartej w kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej.
3. Absolwent wyższych studiów pielęgniarstkich uzyskuje tytuł magistra.

#### Art. 8.

Pielęgniarskie studia wyższe zapewniają położnej szerokoprofilowe przygotowanie do prowadzenia praktyki zawodowej, kształcenia, zarządzania i prowadzenia działalności naukowo-badawczej.

#### Art. 9.

Wyższe studia pielęgniarstkie odpowiadają standardom szkolnictwa wyższego.

#### Art. 10.

Ukończenie szkoły położnych, położniczej wyższej szkoły zawodowej lub wyższych studiów pielęgniarstkich stanowi podstawę do dalszego doskonalenia zawodowego, specjalizacji zawodowej oraz innych form kształcenia podyplomowego.

#### Art. 11.

Dodatkowe umiejętności zdobyte przez położną w wyniku ukończenia kursu doskonalącego nie będącego specjalizacją zawodową, stanowią podstawę do otrzymania przez nią zaświadczenia o ukończeniu kursu oraz prawo do używania tytułu położnej praktyka (licence practical nurse) w określonej dziedzinie.

#### Art. 13.

Zakłady kształcenia i doskonalenia zawodowego położnych mogą być państwowe, publiczne, społeczne, prywatne i samorządowe.

#### Art. 14.

1. Dziekanem wydziału pielęgniarstwa, kierownikiem zakładu pielęgniarstwa na wyższej uczelni oraz dyrektorem szkoły może być wyłącznie osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz co najmniej 5 lat stażu pracy w tym zawodzie.
2. Stanowisko dyrektora, o którym mowa w art. 14 ust. 1. obsadzane jest w drodze konkursu z udziałem przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych z głosem stanowiącym.

#### Art. 15.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi system kształcenia i doskonalenia zawodowego położnych.

#### Art. 16.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi warunki ustalania programu nauczania w szkołach położnych i na studiach wyższych.

#### Art. 17.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi zasady powoływania, prowadzenia i zamykania oraz sprawowania nadzoru nad szkołami położnych i wyższymi studiami oraz instytucjami doskonalenia i kształcenia zawodowego położnych.

### R o z d z i a ł III

## Nabywanie i utrata prawa wykonywania zawodu

#### Art. 18.

1. Do wykonywania zawodu położnej uprawnione są wyłącznie osoby, które posiadają prawo wykonywania zawodu.
2. Prawo wykonywania zawodu może uzyskać osoba, która :
  - 1) posiada obywatelstwo polskie lub będąc cudzoziemcem, otrzymała zezwolenie na stały lub okresowy pobyt w Polsce,
  - 2) została wpisana na listę członków właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych
  - 3) odbyła roczny staż zawodowy
  - 4) korzysta w pełni z praw publicznych
  - 5) posiada pełną zdolność do czynności prawnych

#### Art. 19.

1. Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu wydaje położnej właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych.
2. Położna, która przerwała wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż pięć lat , przed podjęciem pracy jest zobowiązana do uprzedniego odbycia przeszkolenia. Program i zasady przeszkolenia ustali okręgowa rada pielęgniarek i położnych.
3. Właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych może stwierdzić prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, osobie, która za granicą ukończyła szkołę położnych uznaną przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej za równorzędną z dyplomem polskiej szkoły położnych lub wyższych studiów pielęgniarstwa.
4. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej po uzgodnieniu z NRPiP, określa w drodze rozporządzenia, ramowy program stażu, sposób jego odbywania, dokumentowania oraz zakres uprawnień zawodowych w okresie odbywania stażu, waru-

nki jakim powinien odpowiadać zakład opieki zdrowotnej, w którym mogą być prowadzone staże położnych.

5. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej na wniosek NRPiP określi dodatkowe warunki jakie powinna spełniać położna ubiegająca się o prawo wykonywania zawodu.

#### Art. 20.

1. Położna, której stan zdrowia uniemożliwia wykonywanie zawodu, może być pozbawiona przez okręgową radę pielęgniarek i położnych prawa wykonywania zawodu na stałe lub na okres trwania niezdolności.
2. Uchwałę o zawieszeniu lub pozbawieniu prawa wykonywania zawodu okręgowa rada podejmuje na podstawie orzeczenia komisji lekarskiej powołanej przez okręgową radę lub na podstawie wyroku sądu pielęgniarek i położnych zarządzającego karę zawieszenia lub pozbawienia prawa wykonywania zawodu.
3. W przypadku, gdy położna odmawia poddania się badaniu przez komisję wymienioną w ust.2. lub gdy okręgowa rada pielęgniarek i położnych na podstawie wyników postępowania wyjaśniającego uzna, że dalsze wykonywanie zawodu przez położną stanowi niebezpieczeństwo dla osób, nad którymi sprawuje opiekę, okręgowa rada pielęgniarek i położnych może zawiesić położną w sprawie wykonywania zawodu do czasu wydania prawomocnego orzeczenia.
4. Postępowanie w sprawach pozbawienia prawa wykonywania zawodu jest poufne.
5. Do uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych w sprawie pozbawienia prawa wykonywania zawodu w przypadkach, o których mowa w ust.1., stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego odnoszące się do decyzji administracyjnej.
6. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej może zaskarżyć do Naczelnego Sądu Administracyjnego prawomocną uchwałę organów samorządu w sprawach, o których mowa w ust.1., z powodu jej niezgodności z prawem, w trybie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego.
7. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w drodze rozporządzenia, w porozumieniu z NRPiP, określa szczegółowe zasady i tryb postępowania w sprawach dotyczących zawieszenia i pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

## R o z d z i a ł I V

### Prawa, obowiązki, odpowiedzialność

#### Art. 21.

1. Położna ma prawo do samodzielnego wykonywania zawodu we wszystkich formach przewidzianych przepisami prawa w tym także do prowadzenia prywatnej praktyki zawodowej.
2. Położna ponosi odpowiedzialność za wykonywane czynności w zakresie posiadanych kwalifikacji zawodowych.
3. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje położnej licencję i prowadzi rejestr licencji oraz określa zasady wykonywania prywatnej praktyki położniczej.
4. Do postanowień okręgowej rady pielęgniarek i położnych w sprawie licencji na prowadzenie prywatnego gabinetu położniczego, stosuje się przepisy kodeksu postępowania administracyjnego, odnoszące się do decyzji administracyjnych.
5. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi zasady wykonywania prywatnej praktyki położniczej.

#### Art. 22.

1. Położna zobowiązana jest do postępowania zgodnego z obowiązującymi standar-

- dami zawodowymi i zasadami etyki zawodowej.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej zatwierdzi w drodze rozporządzenia standardy zawodowe.
  3. NRPiP określi zakres kompetencji i odpowiedzialności, na stanowisku pracy położnej, zgodnie z obowiązującymi standardami zawodowymi.

#### Art. 23.

Położna ma prawo i obowiązek pogłębiania i aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych w ramach samokształcenia i uczestnictwa w zorganizowanych formach doskonalenia zawodowego.

#### Art. 24.

1. Położna podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych nie może naruszać prawa pacjenta do godności osobistej i intymności.
2. Położną obowiązuje zachowanie tajemnicy zawodowej.
3. Położna ma obowiązek poinformowania pacjenta o jego prawach.
4. Położna ma prawo udzielania pacjentowi, a w uzasadnionych przypadkach, także jego najbliższej rodzinie, informacji o stanie zdrowia w zakresie koniecznych do realizacji celów pielęgnowania.
5. Położna ma obowiązek informować pacjenta o wykonywanych działaniach pielęgniarstkich i ich wpływie na stan pacjenta.
6. Położna jest obowiązana do prowadzenia obowiązującej dokumentacji działalności położnej.

#### Art. 25.

1. Położna ma obowiązek reagowania w każdym przypadku naruszenia dobra pacjenta.
2. Położna ma prawo odmówić wykonania zlecenia lekarskiego sprzecznego z dobrem pacjenta.
3. W sytuacjach wątpliwych położna ma prawo i obowiązek domagać się uzasadnienia potrzeby wykonania zlecenia lekarskiego.
4. Odmowę wykonania zlecenia stwierdza na piśmie z podaniem uzasadnienia oraz powiadamia o tym fakcie bezpośredniego przełożonego.

#### Art. 26.

Położnej przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy państwowych.

#### Art. 27.

Położna może złożyć wobec okręgowej rady pielęgniarek i położnych oświadczenie, że zrzeka się swego prawa wykonywania zawodu na czas określony lub do odwołania.

#### Art. 28.

Położna wykonuje zawód w szczególności: w zakładach i placówkach leczniczo-profilaktycznych, opiekuńczo-wychowawczych i naukowo-badawczych z preferencją w pionach ginekologiczno-położniczych.

## R o z d z i a ł V

### Zmiany w przepisach obowiązujących

#### Art. 29.

W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41 poz. 178) skreśla się art. 60.

## R o z d z i a ł VI Przepisy przejściowe i końcowe

Art. 30.

Ustawa nie narusza postanowień Konwencji Nr 149 MOP.

Art. 31.

Ustawa nie narusza postanowień Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych.

Art. 32.

Traci moc ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27 poz. 199) wraz z późniejszymi poprawkami.

Art. 33.

Pielęgniarki, które w dniu wejścia w życie ustawy posiadały prawo wykonywania zawodu w rozumieniu dotychczas obowiązujących przepisów, zachowują to prawo.

Art. 34.

1. Zapis w art. 14. ust. 1. odnoszący się do dziekana wydziału pielęgniarstwa wchodzi w życie nie później niż 4 lata po wejściu ustawy.
2. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w porozumieniu z NRPiP określi warunki zatrudnienia, na okres przejściowy, na stanowisku wymienionym w ust. 1.

Art. 35.

Ustawa wchodzi w życie z dniem ...

### Uzasadnienie do projektu ustawy o zawodzie położnej

Zawód położnej opiera swój byt prawny na pochodzącej jeszcze z czasów przedwojennych ustawie z dnia 21 lutego 1935 r., o pielęgniarstwie (Dz. U. z 1935 roku Nr 27 poz. 199). Upływ czasu sprawił, że zawarte w niej rozwiązania prawne nie uwzględniają poważnych przemian jakie w międzyczasie zaistniały zarówno w teorii jak i w praktyce ochrony zdrowia. Rodzą one potrzebę dokonania poważnych regulacji prawnych odnoszących się do poszczególnych zawodów medycznych w tym również do zawodu położnej.

Proponowany projekt ustawy zawiera koncepcję systemowego uregulowania problematyki wykonywania zawodu położnej.

Podstawowe założenia proponowanej koncepcji są następujące :

1. W świetle nowoczesnych tendencji zachodzących we współczesnym świecie muszą ulec rewizji tradycyjne podziały zadań pielęgniarek i położnych. Konieczne staje się zwłaszcza rozszerzenie ich uprawnień i obowiązków zawodowych w obszarach umacniania zdrowia, zapobiegania chorobom oraz udziału w medycznym leczeniu. W proponowanym projekcie ustawy realizację wspomnianego celu zapewniają przepisy art.2 i 3.
2. Realizacja zadań nałożonych na położne jest możliwa tylko pod warunkiem nowoczesnego i skutecznego sposobu zdobywania przez nie kwalifikacji zawodowych. Zawarte w rozdziale II projektu ustawy rozwiązania prawne regulują ramowe zasady funkcjonowania kształcenia położnych. W szczególności uwzględniają one zmiany, jakie w ciągu ostatnich kilku lat zaszły w systemie edukacji w naszym kraju przez dopuszczenie możliwości powstawania obok państwowych również społecznych, prywatnych i samorządowych zakładów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek. Jednocześnie gwarantują one Ministrowi



Zdrowia i Opieki Społecznej wpływ na funkcjonowanie wspomnianych placówek jak i na realizowany przez nie program nauczania. Gwarantują również organom reprezentującym samorząd zawodowy położnych udział zarówno w kształceniu systemu kształcenia zawodowego, jak i w sprawowaniu nad nim nadzoru.

3. Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych wyraźnie określa wymogi pod adresem osób wykonujących zawód położnej i daje nam prawo właściwego doboru pod względem etycznym i fachowym. Zadanie to samorząd może realizować jedynie pod warunkiem przekazania mu przez prawo kompetencji w zakresie podejmowania decyzji odnośnie nabywania i utraty prawa do wykonywania zawodu położnej. W proponowanym projekcie ustawy przekazanie wspomnianych uprawnień następuje na mocy przepisów zawartych w rozdziale III projektu. Przepisy te gwarantują również Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej wpływ na wykonywanie wspomnianych uprawnień przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych.
4. Z uwagi na specyfikę wykonywanego zawodu położne często stają wobec konieczności podejmowania bardzo trudnych, moralnych decyzji. Problematyka ta winna znaleźć kompleksowe uregulowanie w kodeksie etycznym położnych. Dopóki to jednak nie nastąpi celowe jest ustawowe uregulowanie podstawowych kwestii wspomnianej materii obejmujących główne etyczne zasady postępowania przy wykonywaniu zawodu położnej, zagwarantowanie położnym możliwości odmowy wykonania zlecenia lekarskiego sprzecznego z dobrem pacjenta oraz ustalenie zakresu ich odpowiedzialności i przysługującej im ochrony. Kwestie te w ogólnych zarysach uregulowane zostały w rozdziale IV projektu ustawy.

W konkluzji należy stwierdzić, że kierunek zmian systemowych w ochronie zdrowia powinien zmierzać do wykorzystania wszystkich możliwości zarówno intelektualnych jak i organizacyjnych tkwiących w samym systemie. Wydaje się, że pewne niewykorzystane dotychczas możliwości tkwią w pielęgniarstwie położniczym, ale w obecnym stanie prawnym są zablokowane.

Projekt ustawy o zawodzie położnej w całości zmierza właściwie w kierunku zwiększenia samodzielności i samorządności zawodowej, a tym samym stwarza warunki do powstania systemu zdolnego realizować potrzeby zdrowotne społeczeństwa na poziomie odpowiadającym możliwościom Państwa

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie zwraca się z uprzejmą prośbą do Pań Posłanek i Panów Posłów o poparcie inicjatywy Komisji Prawa i Legislacji NRPiP zmierzającej do zmiany ustaw o zawodach pielęgniarki i położnej.

Przekazując w załączeniu projekty w/w ustaw pragniemy zwrócić uwagę Państwa na następujące fakty:

Zarówno zawód pielęgniarki jak również zawód położnej opierają swój byt prawny na aktach pochodzących jeszcze z czasów przedwojennych (ustawa o pielęgniarstwie z 21.02.1935 r. Dz. U. Nr 27, poz. 199 oraz rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 16.03.1928 r. o położnych Dz. U. Nr 34, poz. 316 z późn. zmian.) nie uwzględniających poważnych przemian jakie w międzyczasie zaistniały zarówno w teorii jak również praktyce ochrony zdrowia.



Teoria ochrony zdrowia oraz medycyna przyszłości ujmowana holistycznie i systemowo musi dokonać poważnych zmian w odpowiedzialności za zdrowie zarówno jednostki jak i społeczeństwa, przekształcając medycynę ujmowaną jednostkowo w medycynę społeczną.

Przekształcenia dokonywane w świadomości zdrowotnej jednostek wpłyną na zmianę stosunku do zdrowia, choroby, życia i śmierci każdego człowieka, zwiększając jego osobistą i moralną odpowiedzialność, bowiem ekonomiczna i moralna wartość zdrowia każdego człowieka stanie się jasna i zrozumiała jako wartość społeczna.

W tej sytuacji społeczeństwo polskie stoi przed potrzebą kształcenia się i wychowania w zdrowiu. Perspektywa ta rodzi konieczność dokonania poważnych przeobrażeń i przekształceń w systemie ochrony zdrowia, w zakresie struktur organizacyjnych podmiotów prawnych organizujących i świadczących usługi zdrowotne w kierunku zwiększenia obszaru i siły oddziaływania społecznego tych podmiotów.

W świetle tych tendencji muszą ulec też rewizji tradycyjne podziały zadań zawodowych pracowników medycznych, bowiem stare struktury i zakresy zadań są nieadekwatne i niedostosowane do potrzeb obecnie występujących, ponadto są kosztowne i nieskuteczne. Wydaje się nam, że będzie zachodziła konieczność ograniczenia wielkości kształcenia zawodów medycznych wysokospecjalizowanych jako kosztownych oraz potrzeba racjonalnego wykorzystania ich kwalifikacji.

Sprawność i skuteczność zamierzeń „zdrowie dla wszystkich do 2000 roku” będzie zależała zarówno od jakości, jak i ilości kadr medycznych przygotowanych mniej specjalistycznie, bardziej ogólnie w zakresie umacniania, potęgowania zdrowia oraz zapobiegania chorobom jak również w zakresie samoleczenia w banalnych chorobach, oraz leczenia i opieki w rodzinie i grupach społecznych. Zawodami przygotowanymi do podjęcia nowej roli w społeczeństwie wydają się być zarówno zawód pielęgniarki i położnej z ich wieloaspektowym spojrzeniem na potrzeby człowieka oraz z niewykorzystanym dotychczas w dostatecznym stopniu potencjałem możliwości tkwiących w tej grupie zawodowej. Możliwości te będą mogły być wykorzystane pod warunkiem wcześniejszego teoretycznego przygotowania tych zawodów do pełnienia oczekiwanej roli społecznej jak również dokonania zmian w jego strukturach organizacyjnych oraz zakresach uprawnień zawodowych w kierunku rozszerzenia ich uprawnień zawodowych w obszarach umacniania zdrowia, zapobiegania chorobom oraz udziału pielęgniarek i położnych w medycznym leczeniu, jak również prowadzeniu nowych form postępowania pielęgniarskiego w procesach pielęgnowania.

Reforma w systemie ochrony zdrowia powinna być rozumiana jako odejście od dotychczasowych schematów myślowych i stworzeniu nowych warunków organizacyjno-prawnych do powstania systemu zdolnego realizować potrzeby zdrowotne społeczeństwa na poziomie odpowiadającym możliwościom Państwa. Wydaje się, że w dalszym ciągu pewne możliwości tkwią w samym systemie ochrony zdrowia, jednakże w obecnym układzie organizacyjno-prawnym są one zablokowane.

Dlatego też kierunek zmian systemowych w ochronie zdrowia musi swoim zakresem objąć również pielęgniarstwo poprzez dokonanie właściwych regulacji prawnych zwiększających samodzielność, samorządność tych zawodów.

Tendencjom tym wychodzą na przeciw prezentowane przez nas projekty ustaw o zawodach pielęgniarki i położnej.

Przedkładając powyższe, wierzymy głęboko, że nasze intencje i zamiary spotkają się z przychylnością Pań Posłanek i Panów Posłów.

Dziękujemy.

Pan prof. dr hab. n. med.  
Ryszard Jacek Żochowski  
Minister Zdrowia  
i Opieki Społecznej

Szanowny Panie Ministrze,

Z wielkim niepokojem informuję Pana o wielce niekorzystnych dla poziomu opieki pielęgniarskiej działaniach niektórych dyrektorów zakładów służby zdrowia likwidujących stanowiska naczelnych pielęgniarek w nowozarejestrowanych publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Sygnaly w tych sprawach z prośbą o interwencję u Pana Ministra docierają do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z wielu ośrodków w kraju.

Sprawę tą dyskutowaliśmy na spotkaniu z panem dr Wojciechem Guglasem - Dyrektorem Generalnym w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej. Zapadły wówczas ustalenia, że nowy opracowywany przez resort taryfikator placowy zapobiegnie tym działaniom.

Jednakże ze względu na pilność sprawy (bowiem wypowiedzenia warunków pracy i pracy są już niektórym naczelnym pielęgniarkom wręczane) domagam się od Pana Ministra w imieniu swoim własnym, jak również Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych natychmiastowych postanowień zapobiegających tym działaniom.

Pragnę jeszcze dodać, że w ostatnich latach występuje stopniowa degradacja opieki pielęgniarskiej w zakładach służby zdrowia.

Zatrudnienie pielęgniarek maleje, bezrobocie rośnie, zlikwidowane zostało w poprzednich taryfikatorach stanowisko zastępcy dyrektora d/s pielęgniarstwa, a obecnie likwidowane są stanowiska pielęgniarek naczelnych, a nawet pielęgniarek przełożonych. Pozostaje stan spustoszenia ... i nieodpowiedzialności.

Przyczyną takich działań są postanowienia zawarte w zapisach załącznika Nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2.07.1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 5, poz. 273, zm. z 1993 r. Nr 41, poz. 190), gdzie nie zostało wyszczególnione stanowisko naczelnego pielęgniarki w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

W tej sytuacji Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zmuszone jest do podjęcia radykalnych działań, takich jak: informacja opinii publicznej o zaistniałej sytuacji poprzez zorganizowanie konferencji prasowej o sytuacji zagrożenia i braku bezpieczeństwa dla chorych leczonych w zakładach służby zdrowia.

Oczekuję i wierzę, że Pan Minister podejmie stosowne działania w tej sprawie, a także zechce przyjąć zaproszenie i uczestniczyć w powyższej konferencji. O terminie konferencji powiadomimy Pana Ministra oddzielnym pismem.

Zorganizowanie powyższej konferencji uważam również za konieczne ze względu na pojawiające się w prasie tendencyjne artykuły kwestionujące niektóre zapisy w projektach ustaw o zawodzie pielęgniarki i o zawodzie położnej.

Samorząd nasz chce być odpowiedzialny i z uwagą śledzi wszelką krytykę. Jednakże pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra na fakt, że projekty ustaw o zawodzie pielęgniarki i położnej zostały dwukrotnie przesłane Naczelnej Radzie Lekarskiej z prośbą o ewentualne uwagi.

Zadne uwagi ze środowiska lekarskiego do tej pory do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie wpłynęły.

Jak mamy rozumieć wobec tego powyższą sytuację?  
Samorząd nasz traci wiarę w to, że organizatorzy ochrony zdrowia, którzy w większości są lekarzami pragną w kierunkach reformatorskich uwzględnić również konieczne zmiany w opiece pielęgniarskiej.

Z wyrazami szacunku  
Prezes  
*Urszula Krzyżanowska-Lagowska*

Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

Biuro Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje o ofercie pracy nadesłanej z ambasady egipskiej w Czechach.

Kryteria, jakie powinny spełniać kandydatki do pracy w Egipcie:

1. Posiadać 10-letnią praktykę w nauczaniu i pielęgniarstwie.
2. Mieć znajomość języka angielskiego w stopniu umożliwiającym porozumiewanie się z pielęgniarkami egipskimi.
3. Pracować w oddziałach operacyjnych neurochirurgicznych, neurologicznych, torakochirurgicznych i kardiologicznych lub w intensywnej opiece medycznej przez okres nie mniejszy niż 5 lat.
4. Posiadać dyplom uczelni wyższej.
5. Posiadać wyniki badań wykluczające nosicielstwo HIV i innych chorób (dobry stan zdrowia).

Z zakwalifikowanymi kandydatkami zostanie zawarty jednoroczny kontrakt z możliwością przedłużenia go.

Potwierdzenie powyższych wymogów wraz z życiorysem przesłać na adres:

EMBASSY OF THE  
ARAB REPUBLIC OF EGYPT  
DE FENSE ATTACHE OFFICE  
125 46 Praha 2, Spanelska 2  
telef. 24 21 02 37 - 7  
24 21 30 11

Wiceprezes NRPiP  
*Grażyna Nowak*

## **Promocja Zdrowia dla pracowników Służby Zdrowia**

Konferencja w Sztokholmie w 1994 r.

Podnoszenie ciężarów, alergie i zagrożenia infekcjami wśród pracowników medycznych. Sposób organizacji pracy, kontakt z chorym i umierającym stanowi stale obciążenie psychiczne.

Opieka Zdrowotna w 1994 r. skupi się na tych i innych zagadnieniach opieki zdrowotnej nad pracownikami w środowisku pracy personelu medycznego zarówno w szpitalach, jak i przychodniach. Celem jest wymiana doświadczeń począwszy od badań naukowych aż do profilaktyki i odwrotnie.

Konferencja „Pro Health Care 94” (Dla Zdrowia 94) odbędzie się w pięknym archipelagu w Sztokholmie w czerwcu 1994 r. w dniach od 26 do 29 tegoż miesiąca. Termin składania streszczeń - 15 grudzień 1993 r.

Konferencja jest zorganizowana przez Szwedzki Narodowy Instytut Zdrowia Pracowników i będzie się odbywała pod auspicjami ICOH Naukowego Komitetu Opieki Zdrowotnej dla Pracowników Służby Zdrowia.

T e m a t y:

Czynniki ryzyka fizycznego

Wypadki przy pracy

Ergonomia

Zagrożenie infekcjami

Dermatozy

Czynniki ryzyka chemicznego

Kraje rozwijające się

Przedmiot pracy i rozwój umiejętności

Rozwój i organizacja pracy

Pracownik służby zdrowia

Prognozowanie płci

# SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z DZIAŁALNOŚCI OIPI W BIAŁEJ PODLASKIEJ ZA OKRES 1.01. - 31.12.1993 r.

Dział	Lp.	Wyszczególnienie	Plan	Wykonanie	%
I		Wpływy ogółem	880 000 000	613 397 150	69,7
	1	Wpływy ze składek	650 000 000	517 577 550	79,6
	2	Odsutki term. i kapit. odsetek	30 000 000	55 719 600	105,7
	3	Inne przychody w tym:	-	40 100 000	
		- dar BGZ i dot. U. W.	-	6 500 000	
		- prowizje PZU od ub. oc.	-	33 600 000	
II		Wydatki ogółem	870 520 000	626 849 500	72,0
	1	Wynagrodzenia osobowe w tym: wynagrodzenia narzuty	65 120 000 44 000 000 21 120 000	89 191 500 59 620 900 29 570 600	137,0 135,5 140,0
	2	Wynagrodzenia bezosobowe w tym: wynagr. z tyt. um. zlec. wynagr. inne	167 600 000 147 400 000 20 000 000	98 800 000 98 800 000 -	58,9 67,0
	3	Koszty podróży	14 000 000	9 017 500	64,4
	4	Koszty posiedzeń Izby	6 000 000	1 055 300	17,6
	5	Wydatki rzeczowe	139 000 000	74 562 300	53,6
		- materiały biurowe	15 000 000	7 313 200	48,8
		- wyposażenie	20 000 000	11 320 800	56,6
		- czynsz	60 000 000	21 019 500	35,0
		- opl. telek. poczt. i ods. bank.	10 000 000	13 192 100	131,9
		- remonty	15 000 000	13 686 000	91,2
		- prenum. i inne wyd.	5 000 000	6 370 700	127,4
		- ubezpie. majątku	4 000 000	1 660 000	41,5
		- inne koszty	10 000 000	-	
	6	Odpis na rzecz NIPiP	65 000 000	51 757 800	79,6
	7	Dofinans. do ub. o.c. 40%	72 000 000	53 760 000	74,7
	8	Fundusz socjalny w tym:	200 000 000	189 247 100	94,6
		- pożyczki zwrotne	150 000 000	150 000 000	100,0
		- zapomogi losowe	-	37 000 000	
		- wydatki okolicznościowe	-	2 247 100	
	9	Koszty szkolenia	73 000 000	24 271 800	33,0
	10	Dział. inf. wyd. (Biuletyn)	30 000 000	19 375 000	64,6
	11	III Zjazd PiP	15 000 000	15 811 200	105,4
	12	Wydatki komisji problem.	23 800 000	-	

Ad. 12. Wydatki komisji problemowych wykazane są w poz. 3 i 4 kosztów sprawozdania i wynoszą ogółem:

poz. 3. zł 4 453 600

poz. 4. zł 649 400

Wydatki na poszczególne Komisje omówiono szczegółowo w analizie opisowej pkt. 8.

Sporządziła: Księgowa  
Maria Welk

## A N A L I Z A

### opisowa wybranych zagadnień do sprawozdania finansowego za 1993 rok Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

#### I. Wpływy

1. W 1993 roku od pielęgniarek i położnych wpłynęły składki w kwocie zł 517 577 550 i stanowią 79,6% w stosunku do planu. Wg ewidencji analitycznej, zalega Zakład Karny w Białej Podlaskiej za m-c XI 93 r. za 2 pielęgniarki w kwocie zł 86 000 i Dom Pomocy Społecznej w Kalince za m-ce VIII, X, XI i XII po 260 000 miesięcznie za 12 pielęgniarek tj. 1 040 000 zł. Na interwencję pisemną w dniu 27.01.1994 r. przekazał składki za XI i XII 93 r. na kwotę zł 520 000, które nie zostały zaliczone do wpływów analizowanego roku.
2. W 1993 roku ubezpieczono od odpowiedzialności cywilnej 1344 pielęgniarki i położne na łączną kwotę zł 134 400 000, 60% pokryły pielęgniarki, 40% kosztów poniosła OIPiP w kwocie zł 53 760 000, a z tytułu ubezpieczenia uzyskała 25% prowizji tj. zł 33 600 000.

#### II. Wydatki

1. Wynagrodzenia osobowe w stosunku do planu przekroczone zostały o 35,5%. Spowodowane to zostało zmianą - ze zlecenia, na umowę o pracę od 1.07. 1993 r. Według list płacy wynagrodzenia osobowe brutto w 1993 r. stanowiły kwotę zł 81 488 400, z tego w 100% tj. kwotę zł 16 632 000 zrefundował Wojewódzki Urząd Pracy d/s zatrudnienia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych zgodnie z podpisaną umową i w oparciu o podpisane porozumienie w sprawie zatrudnienia absolwentów, Rejonowy Urząd Pracy zrefundował w wysokości 56% wynagrodzenia tj. kwota 5 235 500. W wyniku powyższego koszty wynagrodzeń osobowych zamknęły się kwotą zł 59 620 900. Od wyżej wspomnianych wynagrodzeń zrefundowane zostały również składki ZUS (bez odpisu na Fundusz Pracy) w kwocie zł 5 360 200, a więc Izba poniosła koszty z tytułu narzutów zł 29 570 600, które w stosunku do planu przekroczone o 40%.
2. Wynagrodzenia bezosobowe w stosunku do planu wykonano tylko w 67,0%. Uzasadnienie przy omówieniu wynagrodzeń osobowych w pkt. 1.
3. Koszty materiałów biurowych, wyposażenia i czynsz, ukształtowały się poniżej kwot planowanych.  
W zakupie materiałów biurowych i wyposażenia ograniczono się do niezbędnych potrzeb Izby, zaś w pozycji „czynsz” zauważa się za wysoki plan na 1993 r.
4. Opłaty telekomunikacyjne i odsetki bankowe przekroczone o 31,9%. Wynoszą zł 13 192 100. Przekroczenie tłumaczyć należy wzrostem cen opłat telefonicznych - od 5 lipca 1993 r. wprowadzono podatek VAT. W tej pozycji kosztów: opłaty pocztowe wynoszą zł 2 436 700, opłaty telefoniczne zł 8 669 900, prowizje bankowe od wypłat gotówkowych i za prowadzenie rachunku bankowego zł 2 085 500.
5. Przekroczenie kosztów prenumeraty o 27,4% spowodowane zostało dokonaniem przedpłaty w m-cu październiku na prenumeratę M.P. i Dz.U. na 1994 r.
6. Odpis na rzecz NIPiP stanowi 10% składek i wynosi 79,6% w stosunku do planu.

7. W 1993 roku zgodnie z uchwałą nr 42 OIPI, dokonano odpisu w ciężar kosztów 150 milionów na pożyczki zwrotne z funduszu socjalnego Izby. Od miesiąca maja do 31.12.1993 r. pożyczek udzielono 121 osobom na kwotę zł 361 000 000, spłacono 239 900 000, saldo zadłużenia z tego tytułu na 31.12.1993 r. wynosi zł 121 100 000. Zapomogi losowe przyznano i wypłacono na kwotę zł 37 000 000, w tym: 5 osobom po 2 000 000, 2 osobom po 2 500 000, 1 osobie - 1 000 000 i 7 osobom po 3 000 000. Kwota funduszu socjalnego zł 2 247 100 stanowi wydatki okolicznościowe: pożegnania emerytów i upominki świąteczne dla emerytów.
8. Zaplanowane wydatki komisji problemowych nie wykazują wykonania. Koszty poniesione przez komisje problemowe wykazane są w poz. 3 i 4 sprawozdania finansowego cyfrowego i odpowiednio wynoszą:

Komisje	Delegacje	K-ty posiedzeń	Razem
1. Socjalna	550 200	103 200	653 400
2. d/s Etyki	314 000	196 300	510 300
3. d/s Zm. System.	184 800	40 200	225 000
4. d/s Kształcenia	2 741 900	105 200	2 847 100
5. Legislacyjna	112 000	105 200	217 200
6. Rewizyjna	107 700	50 300	158 000
7. Rzecznik i Sąd	443 000	49 000	492 000
8. Posiedz. Okr. Izby	4 563 900	405 900	4 969 800
R a z e m	9 017 500	1 055 300	10 072 800

9. Stan środków finansowych na rachunkach bankowych i w kasie wykazany jest w bilansie na początek i koniec okresu sprawozdawczego.

Sporządziła:  
Księgowa  
Maria Welk

**UCHWAŁA Nr 60**  
**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej**  
**z dnia 27.01.1994 r.**  
**w sprawie przewidywań budżetowych Okręgowej Izby**

Na podst. art. 4 ust. 1 pkt. 14 i art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 19. 04.1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w zw. z Uchwałą Nr 4 III Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 24.02.1993 r. w spr. upoważnienia Okręgowej Rady do opracowania przewidywań budżetowych na I kwartał 1994 r.

Uchwała się:

§ 1.

przewidywań budżetowych Okręgowej Izby na I kwartał 1994 r. z uwzględnieniem:  
1. środków niezbędnych do funkcjonowania Okręgowej Izby przy wykonywaniu jej ustawowych zadań, oraz administrowania i zarządzania biurem Izby.

2. środków na utworzenie zakładowego funduszu nagród na różne nagrody (13-stki) dla pracowników Okręgowej Izby - zgodnie z wymogami ustawy z dn. 10.07.1985 r. o rocznych nagrodach z zakładowego funduszu nagród (Dz. U. Nr 32, poz. 141) oraz przepisów wykonawczych.
3. środków na refundację kosztów przejazdu środkami komunikacji miejskiej dla członków Okręgowej Izby korzystających z tych przejazdów przy wykonywaniu zadań na rzecz samorządu - zgodnie z Uchwałą Nr 58 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 27.01.1994 r.
4. środków na nagrody pieniężne za działalność społeczną na rzecz samorządu dla osób wyróżniających się w tej działalności i wykonujących swoje obowiązki nieodpłatnie - zgodnie z Uchwałą Okręgowej Rady Nr 57 z dnia 27.01.1994 r.

§ 2.

Prowizorium budżetowe stanowi załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 3.

Prowizorium będzie obowiązywało do dnia uchwalenia budżetu na br. przez IV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz  
*mgr Alicja Kozawska*

Przewodnicząca  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej  
*mgr Jadwiga Żwiruk*

## P r o w i z o r i u m

budżetowe Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej, za okres od 1.01. do 31.03.1994 r.  
opracowane zgodnie z uchwałą nr 4 III Okręgowego Zjazdu  
z dnia 24.02.1993 r. § 1 i 2

### I. Wpływy

1. Wpływy ze składek	150 000 000
2. Wpływy z WUP na utw. st. pr.	160 000 000
3. Kapitaliz. odsetek	2 500 000
4. Dotacja z NIPiP	27 100 000
5. Prowizje od ubez. oc	8 400 000
6. Przewid. inne wpływy	10 000 000

**R a z e m      358 000 000**

### II. Wydatki

1. Wynagrodzenia osobowe	36 822 000
2. Narzuty: ZUS i FP	15 136 000
3. Wynagr. bezosob. (umowy zlec.)	26 100 000
4. „13-tka” 8,5% od wynagr. osob.	3 130 000
5. Nagrody za działaln. społ.	8 000 000
6. Zakupy: - szafa panc.	7 500 000
komputer z oprzyrząd. i kserokop. (refund. WUP)	152 500 000



7. Obligatoryjny odpis składek 10% na rzecz NIPiP	15 000 000
8. Opłaty telefoniczne	3 000 000
9. Czysznz za 3 m-ce po 5 371 100 zł	16 113 000
10. Koszty szkolenia	3 000 000
11. Koszty socjalne - zapomogi	14 000 000
12. Koszty IV Zjazdu	12 000 000
13. Wydatki administrac.:	
mat. biur., opłaty poczt., prenum., prow. bank.	3 102 000
14. Ubezpiecz. majątku	3 034 000
15. Delegacje	3 000 000
16. Koszty posiedz. Izby	2 000 000
17. Dofinans. do ubezp. oc	13 000 000
18. Wydanie biuletynu	18 000 000
19. Zakup biurka i fot. obrot. pod komputer	3 563 000
<b>R a z e m</b>	<b>358 000 000</b>

**Zestawienie składek za 1993 r.  
w/g stanu na 31.12.1993 r.**

Lp.	Wyszczególnienie	Ilość pielęg.	Kwota składek	Zaległe składki	Uwagi
1.	Med. Stud. Zaw. Radzyń Podlaski	5	1 527 700		
2.	Med. Stud. Zaw. Parczew	12	2 856 100		
3.	Med. Stud. Zaw. Biała Podlaska	10	3 112 400		
4.	ZOZ Łosice	171	45 367 300		
5.	ZOZ Międzyrzec Podlaski	157	40 586 800		
6.	ZOZ Parczew	245	72 461 000		
7.	ZOZ Radzyń Podlaski	371	87 717 200		
8.	Woj. Szp. Zesp. Biała Podlaska	880	229 212 100		
9.	Woj. Szp. dla Nerw. i Ps. Ch. Suchowola	44	12 253 500		
10.	Państw. Dom Pom. Sp. Kozula	10	2 134 000		
11.	Dom Pom. Spol. Kostomłoty	7	2 009 000		
12.	Dom. Pom. Spol. Kalinka	12	2 137 000	VIII,X,XI,XII	
13.	Spółdz. Inwal. „Elremet” Biała P.	3	702 000		
14.	Spółdz. Inwal. „Simena” Radzyń P.	2	356 100		
15.	WSSE Biała Podlaska	2	586 000		
16.	TSSE Radzyń Podlaski	2	546 400		
17.	TSSE Parczew	2	448 000		
18.	U. W. Biała Podlaska	2	689 000		
19.	Złobek M. Radzyń P. od 1.08. zlikw.	-	156 000		
20.	MSW Lublin za KW Policji w B. P.	6	1 838 000		
21.	PKP nr 2 W-wa	15	5 659 000		
22.	Zesp. Ośw. K. i Sp. Biała Podl.	11	2 932 300		
23.	J. W. 5058 Biała Podlaska	3	733 700		
24.	Z-d Karny Biała Podlaska	2	593 000	XI	
25.	Emeryci	8	963 150		
	Razem za 1993 r.	1982	517 577 550		

Księgowa  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej  
Maria Welk

# KOMISJE PROBLEMOWE

## Zatrudnienie pielęgniarek i położnych w latach 1992 - 1993

Według sprawozdań statystycznych resortu zdrowia i opieki społecznej (Mz - 88) uwzględniających personel medyczny zatrudniony w jednostkach resortu finansowanych zarówno z budżetu centralnego jak i terenowego - na koniec grudnia 1993 r. w województwie białskopodlaskim zatrudnionych było **1721 pielęgniarek i 257 położnych**. W stosunku do roku 1992 nastąpił spadek zatrudnienia o 35 pielęgniarek i 6 położnych. W grupie pielęgniarek zatrudnienie w roku 1992 kształtowało się na poziomie 1756 osób, a w grupie położnych - 263.

Wśród pielęgniarek w roku 1992 - **52 osoby** legitymowały się dyplomem magistra pielęgniarstwa, a w roku 1993 **już 57**.

Asystentek pielęgniarstwa zatrudniano w województwie 27, natomiast w roku 1993 - 26.

Nastąpił również spadek w grupie pielęgniarek zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy. W roku 1992 ten rodzaj zatrudnienia stosowano w odniesieniu do 34, a w roku 1993 - tylko do 15. Na przestrzeni ostatnich 2 lat forma niepełnego wymiaru czasu pracy wśród położnych utrzymywała się na jednakowym poziomie i dotyczyła tylko 2 osób.

## Pielęgniarki i położne zarejestrowane w Rejonowych Urzędach Pracy stan na 31.12.1993 r.

W województwie białskopodlaskim według stanu na 31 grudnia ub.r. w Rejonowych Urzędach Pracy zarejestrowanych było 307 pielęgniarek i położnych, w tym 183 osoby pobierały zasiłek dla bezrobotnych. W liczbie tej 124 osoby to absolwenci.

Sytuacja w poszczególnych rejonach przedstawiała się następująco:

Rejonowy Urząd Pracy	Ilość	
	zarejestr.	pob. zasiłek
Biała Podlaska	114	77
Losice	18	17
Międzyrzec Podlaski <sup>†</sup>	22	20
Parczew	42	18
Radzyń Podlaski	78	26
Terespol	21	14
Wisznice	12	11

Obserwowane tendencje, to stopniowy wzrost liczby bezrobotnych pielęgniarek i położnych, oraz spadek ilości osób, którym przysługuje zasiłek z tytułu bezrobocia.

Pełnomocnik d/s Zatrudnienia OIPiP  
mgr Halina Borys

**I n f o r m a c j a**  
**o działalności komisji problemowych**  
**przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych**  
**w Białej Podlaskiej**  
**z a r o k 1 9 9 4**

Przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej działają komisje problemowe powołane Uchwałą Nr 18 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 30.09.1992 r. Są to:

1. Komisja d/s Etyki i Deontologii Zawodowej
2. Komisja Legislacyjno-Prawna
3. Komisja d/s Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia
4. Komisja d/s Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego
5. Komisja Finansowo-Socjalna
6. Komisja Skarg i Wniosków
7. Komisja Informacji

**Komisja d/s Etyki i Deontologii Zawodowej**

- Przewodnicząca mgr Ewa Wikierska

Komisja w składzie 7 osób odbyła 5 posiedzeń (3 nie odbyły się z powodu braku quorum). Na tych posiedzeniach członkowie Komisji analizowali nadesłane dokumenty:

- projekt Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej, opracowany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi,
- projekt dotyczący przeszczepiania tkanek i narządów,
- projekt specjalizacji pielęgniarek i położnych.

Na posiedzeniu w dniu 4 listopada 1993 r. analizowano projekt Ustawy o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej. Proponowane przez Komisję poprawki zostały przekazane Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Przewodnicząca Komisji uczestniczyła w posiedzeniach Komisji d/s Etyki przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych.

**Komisja Legislacyjno-Prawna**

- Przewodnicząca mgr Krystyna Roszko

Komisja licząca 6 osób odbyła 5 posiedzeń.

Opracowano:

- regulamin trybu postępowania w przypadku zagubienia zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
- projekt tabeli stanowisk pracy, kwalifikacji i zaszeregowania pracowników Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Ponadto Komisja dokonała analizy i oceny nadesłanych propozycji aktów normatywnych i wypracowała stanowisko w sprawach:

- zasad organizacji oraz zadań poradni Ekologicznej,
- wytycznych Centrum Onkologii w sprawie bezpieczeństwa personelu w placówkach służby zdrowia stosujących leki cytostatyczne,
- utworzenia Centrum Edukacji Medycznej,
- akceptacji założeń do rozporządzenia o specjalizacji pielęgniarek i położnych.

Komisja zbierała od pełnomocników informacje na temat organizacji i problemów lecznictwa psychiatrycznego w województwie białskopodlaskim.

Analizowano również projekt „Założeń Ubezpieczeń Zdrowotnych”.

### **Komisja d/s Zmian Systemowych w Ochronie Zdrowia**

W Komisji tej, która liczy 5 osób, zmieniła się przewodnicząca. Po wyjeździe p. Urszuli Delikat przewodniczącą została mgr Teresa Cetnarowicz. Komisja odbyła 4 spotkania, na których analizowała i opiniowała otrzymane projekty aktów prawnych dotyczących:

- kompetencji dyrektora d/s pielęgniarstwa,
- utworzenia stanowiska pielęgniarki przyszpitalnej,
- zatrudnienia pielęgniarek w zakładach przemysłowych,
- medycyny szkolnej,
- zadań i kompetencji pielęgniarki i położnej zatrudnionej w zespole opieki domowej,
- dokumentacji procesu pielęgnowania,
- projektu norm zatrudnienia.

### **Komisja d/s Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego**

- Przewodnicząca mgr Krystyna Bujnik

Komisja liczy 9 osób i odbyła 10 spotkań realizując założenia planu pracy na rok 1993. W swoich działaniach Komisja popiera wszelkie poczynania mające na celu doskonalenie zawodu pielęgniarki i położnej na różnych szczeblach szkolenia. Na posiedzeniach opiniowano między innymi projekty kształcenia pielęgniarek i położnych oraz korespondencyjnie wymieniano uwagi, wnioski i doświadczenia z poszczególnymi Komisjami na terenie kraju.

W ciągu roku, zgodnie z regulaminem, Komisja pokryła koszty specjalizacji 1 osobie, - 10 osobom koszty kursów specjalistycznych oraz 6 osobom zwróciła koszty związane z udziałem w konferencjach i sympozjach naukowych.

Zostały zorganizowane 2 kursy doskonalące dla pielęgniarek na tematy: „Techniki organizatorskie w kierowaniu zespołem pielęgniarskim” oraz „Współczesne problemy pielęgniarstwa psychiatrycznego, zdrowia psychicznego i higieny psychicznej”. W roku 1993 został utworzony Wydział Ratownictwa Medycznego w Medycznym Studium Zawodowym w Białej Podlaskiej.

Na działalność finansową Komisja wydała 33 194 100 zł na planowanych 70 000 000 zł.

### **Komisja Finansowo-Socjalna**

- Przewodnicząca mgr Eugenia Denicka

Komisja liczy 15 osób i jest podzielona na dwie podkomisje: finansową i socjalną. W sprawach pilnych odbyło się 15 posiedzeń w składzie co najmniej 3-osobowym. W preliminarzu budżetowym na rok 1993 na działalność Komisji przewidziano kwotę 200 000 000 zł.

Na II Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej uchwałą zjazdową została powołana Kasa Pożyczkowa. Na działalność Kasy Komisja przeznaczyła kwotę 100 000 000 zł, a następnie postanowiono zwiększyć ją o następne 50 000 000 zł. Po opracowaniu Regulaminu Kasy Pożyczkowej i zatwierdzeniu go przez Okręgową Radę - w miesiącu maju zostały przydzielone pierwsze pożyczki. W sumie do końca roku 1993 pożyczki otrzymało 121 osób na sumę 361 000 000 zł. Kwota ta powstała dzięki pobieranej 5% kwocie kosztów własnych od przydzielonej pożyczki. Ponadto udzielono 15 bezzwrotnych zapomóg na sumę 37 000 000 zł.

Wydatki socjalno-okolicznościowe wyniosły 2 247 100 zł. Komisja Socjalna zorganizowała spotkanie z emerytkami i rencistkami członkiniami samorządu z okazji Dnia Pielęgniarki w dniu 11 maja. Również z okazji Świąt Bożego Narodzenia członkowie Komisji Socjalnej złożyli wizyty w domach emerytkom i rencistkom (członkiniom) wręczając im drobne okolicznościowe upominki.

Komisja kontynuowała ubezpieczenia pielęgniarek i położnych. Tym osobom, które wpłaciły 60 000 zł. dopłacono po 40 000 zł.

Ubezpieczono 1344 osoby, za kwotę 134 400 000 zł a dopłata wyniosła 53 760 000 zł. Powstała prowizja w wysokości 33 600 000 zł przeszła do budżetu Izby.

#### **Komisja Skarg i Wniosków**

- Przewodnicząca piel. Wanda Gromysz

W roku 1993 nie wpłynęła żadna skarga.

#### **Komisja Informacji**

Komisja ta została powołana Uchwałą Nr 45 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w dniu 28.05.1993 r. Na przewodniczącą powołano piel. Danutę Dryżałowską pozostawiając jej skompletowanie składu osobowego i opracowanie regulaminu pracy Komisji. Komisja działa w składzie 6 osób i ma za zadanie zbieranie i selekcjonowanie materiałów do Biuletynu Informacyjnego w celu przekazywania najistotniejszych informacji wszystkim członkom samorządu, oraz przygotowywanie materiałów na zjazdy.

Na zakończenie tej informacji chciałabym zaapelować do wszystkich członków naszego samorządu o kontakty i współpracę z poszczególnymi Komisjami. Prosimy o zgłaszanie problemów i tematów do przeanalizowania i opracowania szczegółowego, a następnie przekazania informacji wszystkim zainteresowanym.

Na podstawie sprawozdań komisji problemowych  
opracowała Wiceprzewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
*Elżbieta Maksymiuk*

# REFERATY

## Cholesterol oraz inne czynniki ryzyka choroby wieńcowej

Dopiero po roku 1970 ustalono jednoznacznie, że wysokie poziomy cholesterolu w surowicy zwiększają zagrożenie zawałem serca i nazwano cholesterol czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej.

Ludzie, u których występuje wysoki poziom cholesterolu we krwi, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, otyłość, cukrzyca lub mała aktywność fizyczna chorują znacznie częściej na chorobę wieńcową niż ludzie, u których tych czynników przy okazji pierwszego badania nie stwierdzono.

Wszystkie wyżej wymienione cechy nazwano czynnikami ryzyka choroby wieńcowej. Należy przez to rozumieć, że ludzie u których one występują mają większe prawdopodobieństwo zachorowania na zawał niż ci, którzy czynników ryzyka nie mają. Bardzo ważnym spostrzeżeniem było także i to, że współistnienie kilku z nich u jednej osoby zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na zawał serca w stopniu większym, niż by to wynikało z sumowania się czynników ryzyka. Osoby z wysokim poziomem cholesterolu i nadciśnieniem tętniczym, które jednocześnie paliły dużo papierosów miały nieporównywalnie wyższe wskaźniki zachorowalności niż osoby z jednym lub dwoma wymienionymi czynnikami ryzyka. Późniejsze badania, prowadzone do dnia dzisiejszego, wzbogaciły listę czynników ryzyka, która obecnie przedstawia się następująco:

1. podwyższony poziom cholesterolu
2. nadciśnienie tętnicze
3. palenie papierosów
4. otyłość brzuszna
5. upośledzona tolerancja glukozy
6. niskie stężenie HDL
7. podwyższony poziom trójglicerydów w surowicy
8. podwyższone poziomy Lp(a)
9. niskie spożycie witamin antyoksydacyjnych
10. podwyższone poziomy homocysteiny w surowicy

Występowanie wymienionych czynników ryzyka, za wyjątkiem palenia papierosów i niskiego spożycia witamin antyoksydacyjnych, zależne jest zarówno od podatności genetycznej jak i czynników środowiskowych. Spośród tych ostatnich wadliwe żywienie i małą aktywność fizyczną należy uznać za najważniejsze.

## Jak cholesterol wywołuje miażdżycę

Miażdżycę związana jest z odkładaniem się w ścianach tętnic cholesterolu krążącego we krwi. Odłożony cholesterol przyczynia się do zgrubienia i przez to zwężenia tętnic. Przepływ krwi przez zwężoną tętnicę jest rzecz jasna utrudniony, a narządy zaopatrywane w krew przez zwężoną tętnicę są niedokrwione. Jeżeli tętnica ulegnie bardzo znacznemu zwężeniu i powstanie w niej skrzep krwi, to może nastąpić martwica części niedokrwionego narządu. Tak właśnie powstaje zawał serca.

Odkładanie się cholesterolu w ścianie tętnic jest tym większe, im wyższe jest stężenie cholesterolu w surowicy. Na podstawie licznych badań ustalono, że pożądany poziom cholesterolu wynosi poniżej 200 mg/dl (5,2 mmol/l). Warto zwrócić

uwagę, że przy stężeniu poniżej 200 mg/dl zależność ta jest stosunkowo mała, natomiast szybko rośnie w miarę wzrostu poziomu cholesterolu, szczególnie przy poziomach powyżej 250 mg/dl (6,5 mmol/l).

Przenikanie cholesterolu do ściany tętnic jest wyraźnie nasilone przez wysokie ciśnienie krwi, dlatego właśnie nadciśnienie tętnicze zwiększa ryzyko zawału serca. Przenikanie cholesterolu jest także szybsze, jeżeli ściana tętnicy jest uszkodzona, jak to bywa u palaczy tytoniu. Dlatego współlistnienie kilku czynników ryzyka u tej samej osoby wybitnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zawału serca.

Osiągnięciem ostatnich lat było wykazanie, że cholesterol krążący we krwi może być bardziej lub mniej „złośliwy”. Szkodliwe działanie cholesterolu bardzo się nasila po jego utlenieniu, lub po utlenieniu kwasów tłuszczowych, które mu towarzyszą w surowicy. To utlenianie możemy sami wywołać, podgrzewając tłuszcz i zawarty w produktach spożywczych cholesterol w czasie smażenia potraw. Po spożyciu smażonego produktu, poziom utlenionego cholesterolu i utlenionych kwasów tłuszczowych w surowicy wzrasta. Utlenianie może zresztą nastąpić także w samej surowicy, jeżeli spożycie witaminy E, C oraz karotenu jest niskie. Te witaminy chronią tłuszcze przed utlenianiem.

Zaleca się, aby pierwszą kontrolę poziomu cholesterolu wykonać w 20 roku życia i następnie powtarzać co pięć lat. Ludzie starsi potrzebują częstszych badań. Jeżeli stężenie cholesterolu jest znacznie podwyższone, wówczas lekarz powinien rozpatrzyć celowość jego zbadania także u krewnych w prostej linii, bowiem rodzinne występowanie wysokiego stężenia cholesterolu jest znacznie częstsze niż się powszechnie przypuszcza. Szczególnie ważne jest oznaczenie poziomu cholesterolu, jeżeli w rodzinach występują nagle zgony oraz choroby układu krążenia w młodym wieku.

Do innych czynników ryzyka powrócimy omawiając profilaktykę i leczenie miażdżycy.

## **Gdy poziom cholesterolu spada miażdżycy cofa się**

Jest rzeczą nadzwyczaj ważną, że miażdżycy jest procesem dynamicznym wykazującym skłonność do cofania się. W badaniach oceniano wpływ na zachowanie się miażdżycy tętnic wieńcowych takich czynników, jak dieta bardzo niskotłuszczowa (około 10% ogółu energii) i bardzo niskocholesterolowa (około 5 mg dziennie), zaprzestanie palenia papierosów, umiarkowany wysiłek fizyczny oraz kontrolowanie stresu psychicznego. Po roku przestrzegania zaleceń wystąpiła regresja miażdżycy udokumentowana badaniami angiograficznymi, oraz znaczna poprawa kliniczna. Obserwowano również znaczny spadek poziomu cholesterolu całkowitego i cholesterolu LDL. Było to pierwsze badanie kliniczne, które wykazało, że daleko idące zmiany stylu życia, są w stanie spowodować regresję nawet ciężkiej miażdżycy tętnic wieńcowych już po roku.

Programów badawczych mających na celu ocenę skuteczności zapobiegania i leczenia miażdżycy poprzez obniżanie poziomu cholesterolu we krwi było więcej. We wszystkich wykazano, że spadek stężenia cholesterolu, wywołany właściwie dobraną dietą lub dietą i lekami, owocował zmniejszeniem ryzyka wystąpienia zawału serca i zahamowaniem progresji miażdżycy, a nawet jej częściowym cofaniem się.

Ważnym dowodem na skuteczność działań profilaktycznych jest także spadek umieralności na niedokrwienną chorobę serca w krajach zachodnich. USA były pierwszym krajem, który odnotował sukces pod tym względem. Spadek umieralności wystąpił tam w 1968 roku i trwa nieprzerwanie do chwili obecnej. Ta wysoce ko-



rzystna zmiana w trendzie umieralności poprzedzona była zmianami w sposobie żywienia Amerykanów. Zwraca uwagę znaczny spadek spożycia tłuszczów zwierzęcych i produktów będących ich źródłem oraz wzrost spożycia tłuszczów roślinnych.

Z korzystnym trendem umieralności na niedokrwienną chorobę serca w krajach zachodnich kontrastuje ciągle wzrost zgonów w krajach Europy wschodniej. Znajduje to swoje wytłumaczenie w zaniedbaniu działań profilaktycznych w tych krajach i niekorzystnych zmianach w spożyciu żywności.

Z przytoczonych obserwacji wynika jasno, że miażdżycy i związanym z nią chorobom można skutecznie zapobiegać.

## Dlaczego i jaka dieta

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy profilaktyka miażdżycy sprowadza się do zwalczania czynników ryzyka. Realizuje się to przede wszystkim poprzez racjonalizację modelu życia, ze szczególnym uwzględnieniem żywienia i aktywności fizycznej. Zastosowanie leków ma miejsce tylko w tych przypadkach gdy racjonalizacja modelu życia nie przynosi oczekiwanych efektów.

Celem leczenia podwyższonych poziomów cholesterolu we krwi, jest uzyskanie wartości poniżej 200 mg/dl (5,2 mmol/l). Podstawą postępowania jest dieta, która prawidłowo przestrzegana, daje szansę obniżenia poziomu cholesterolu co najmniej o 15%.

Z badań wynika, że w krajach śródziemnomorskich choroby układu krążenia na tle miażdżycy występują rzadko, a stężenie cholesterolu jest niskie. Dietę na tych obszarach cechuje niewielkie zastosowanie tłuszczów zwierzęcych, powszechnie natomiast spożywaną jest olej oliwkowy oraz warzywa i owoce.

Fakt, że sposób żywienia wpływa na umieralność spowodowaną zawałem serca potwierdzają obserwacje u imigrantów japońskich w Stanach Zjednoczonych. Japończycy żyjący w Kalifornii, którzy odżywiają się jak Amerykanie, mają podobnie do nich podwyższone poziomy cholesterolu we krwi, czego konsekwencją jest częste występowanie wśród nich zawałów serca. Natomiast w Japonii zawał serca jest rzadką chorobą, a także niskie są poziomy cholesterolu. Powstaje to w związku z tradycyjnym sposobem żywienia Japończyków, którzy spożywają mało tłuszczów zwierzęcych.

Podobne spostrzeżenia poczyniono na Jemenitach, którzy wyemigrowali do Izraela. Początkowo cechowali się ono niskimi stężeniami cholesterolu i rzadkim występowaniem zawału serca. Jednakże po dłuższym okresie życia w Izraelu i przyswojeniu sobie sposobu żywienia typowego dla Żydów z Europy, ich poziomy cholesterolu stały się wyższe i wzrosła częstość zachorowań na zawał serca.

Na podstawie tych i wielu innych informacji można przyjąć, że wysokie spożycie tłuszczów zwierzęcych jest ważnym czynnikiem przyczynowym w występowaniu hipercholesterolemii (wysokie stężenie cholesterolu), miażdżycy i zawału serca.

Tłuszcze nasycone nie tylko podnoszą poziom cholesterolu, ale także zwiększają krzepliwość krwi, co również jest zjawiskiem niekorzystnym ze względu na predyspozycję do zawału serca.

W przeciwieństwie do tłuszczów nasyconych kwasy tłuszczowe nienasycone, które występują w obfitości w olejach roślinnych, takich jak kukurydziany, słonecznikowy, sojowy, oliwkowy, rzepakowy i arachidowy, obniżają poziom cholesterolu we krwi.

Natomiast kwasy tłuszczowe nienasycone, obecne w dużych ilościach w tłuszczu ryb i ssaków morskich, obniżają poziom trójglicerydów. Podkreślić należy, że



omawiane kwasy tłuszczowe wykazują także działanie przeciwkrzepliwe. Dlatego w profilaktyce miażdżycy, poza ograniczeniem spożycia tłuszczów zwierzęcych, przywiązuje się wagę do odpowiedniego spożycia olejów roślinnych.

Należy jednak zwrócić uwagę, że oleje obfitujące w wielonienasycone kwasy tłuszczowe (NNKT), takie jak kukurydziany, słonecznikowy i sojowy, łatwo ulegają utlenianiu w czasie smażenia i w związku z tym nadają się do stosowania na surowo, np. jako dodatek do surówek lub sałatek.

Do smażenia natomiast poleca się oleje obfitujące w jednonienasycony kwas tłuszczowy, to jest olej oliwkowy i rzepakowy. Trzeba podkreślić, że smażenie na jakimkolwiek tłuszczu jest niepożądane u ludzi przestrzegających profilaktyki miażdżycy, utrudnia to bowiem przestrzeganie podstawowej zasady wskazującej na potrzebę ograniczenia tłuszczu w ogóle.

W ostatnich latach pojawiły się na rynku polskim różnego rodzaju oleje w kapsułkach, w tym również oleje rybne. Nie ma wystarczających dowodów, że ich spożywanie sprzyja profilaktyce miażdżycy. Nie mogą one zastąpić diety przeciwmiażdżycowej. Jeżeli chodzi o oleje rybne, to ich działanie jest wyraźnie mniej korzystne niż spożycie tłustej ryby. Dlatego spożywanie ryb uznane jest za ważną zasadę profilaktyki miażdżycy, nie poleca się natomiast stosowania w tym celu kapsułkowanych olejów rybnych.

Silnie zakorzeniony jest w Polsce zwyczaj smarowania pieczywa. Bardzo trudno pogodzić go z ograniczaniem spożycia tłuszczu. Masło ma silnie wyrażone właściwości miażdżycorodne, dlatego osoby przestrzegające diety przeciwmiażdżycowej nie powinny smarować pieczywa. Jeżeli nie są w stanie zaakceptować tej zasady, wówczas w rachubę wchodzi smarowanie niewielkimi ilościami wysokogatunkowych margaryn, które zawierają mało nasyconych kwasów tłuszczowych.

Przyjmuje się również, że profilaktyka miażdżycy wymaga ograniczenia spożycia produktów zawierających dużo cholesterolu. Należą do nich w szczególności podroby i jaja.

Podwyższony poziom trójglicerydów we krwi nie jest co prawda tak silnym czynnikiem ryzyka jak cholesterol, praktyka wykazuje jednak, że obniżanie ich stężenia jest korzystne. Hipertroficjocerydemia bowiem kojarzy się z nasiloną krzepliwością krwi, a w przypadku bardzo wysokich poziomów trójglicerydów także ze skłonnością do ostrego zapalenia trzustki. Należy dążyć do utrzymania poziomu trójglicerydów poniżej 200 mg/dl (2,3 mmol/l). Służyć temu powinno przede wszystkim zapobieganie nadwadze i otyłości oraz unikanie alkoholu, cukru i słodczy, które sprzyjają wzrostowi stężenia trójglicerydów.

Cukier nie zawiera żadnych niezbędnych dla organizmu składników odżywczych. Jest natomiast substancją wysokoenergetyczną i wypiera z diety inne produkty, które z kolei zawierają dużą ilość wartościowych składników odżywczych. Dlatego spożywanie dużych ilości cukru uważa się za sprzeczne z zasadami ochrony zdrowia, tym bardziej, że jest on jedną z przyczyn próchnicy zębów.

Nieco inaczej natomiast przedstawia się sprawa spożycia innych węglowodanów, w szczególności - skrobi, obficie występującej w produktach zbożowych i ziemniakach. Produkty te nie tylko nie powodują miażdżycy, ale mogą być źródłem witamin i składników mineralnych.

Wspomnieliśmy już o potrzebie zapobiegania otyłości dla utrzymania niskich poziomów trójglicerydów we krwi. Należy jednak podkreślić, że otyłość sprzyja także podwyższonemu stężeniu cholesterolu, nadciśnieniu tętniczemu i cukrzycy, jak również kojarzy się z niskimi stężeniami cholesterolu HDL. Wszystkie te nieprawidłowości przyspieszają rozwój miażdżycy. Unikanie nadwagi i otyłości poprzez kontrolę spożycia kalorii oraz uprawianie ćwiczeń fizycznych nie tylko sprzyja

utrzymaniu prawidłowego poziomu cholesterolu, trójglicerydów i cukru we krwi oraz prawidłowych wartości ciśnienia tętniczego, ale także podnosi stężenie HDL, czyli „dobrego cholesterolu”.

Lp. (a) jest nowo odkrytą lipoproteiną zawierającą cholesterol, będącą niezależnym czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej. Zwiększa ona krzepliwość krwi. Nieznane są dotychczas sposoby leczenia wysokich poziomów tej lipoproteiny.

Coraz więcej dowodów gromadzi się na poparcie tezy, że pełne pokrycie zapotrzebowania organizmu na witaminy oksydacyjne tj. witaminę E, C i beta karoten, jest ważne w profilaktyce miażdżycy. Witaminy te chronią, jak już wspomniano, cholesterol i inne lipidy przed utlenianiem. Pełne pokrycie zapotrzebowania możliwe jest poprzez wysokie spożycie warzyw, owoców, pieczywa razowego i płatków owsianych.

Ważnym czynnikiem ryzyka choroby wieńcowej jest podwyższony poziom homocysteiny we krwi, która silnie uszkadza ścianę tętnicy i zwiększa krzepliwość krwi. Powstaje ona w organizmie z metioniny występującej obficie w białkach zwierzęcych np. mięsie. Do prawidłowych przemian homocysteiny potrzebne są kwas foliowy, witamina B6, B12, B2. Udowodnione jest, że niewystarczające spożycie tych witamin może prowadzić do wzrostu poziomu homocysteiny, w szczególności u ludzi z genetycznie uwarunkowaną predyspozycją. Wykazano także, że podanie tych witamin obniża podwyższony poziom homocysteiny we krwi. Dlatego do zasad profilaktyki miażdżycy należy także umiarkowane spożycie białka zwierzęcego oraz pełne pokrycie zapotrzebowania na wymienione witaminy.

Ważne jest również wysokie spożycie błonnika, w który obfitują warzywa, owoce, nasiona roślin strączkowych i produkty z pełnego przemiału. Błonnik hamuje uczucie łaknienia, co sprzyja profilaktyce otyłości. Ponadto niektóre jego frakcje obniżają poziom cholesterolu we krwi.

## Realizacja diety w praktyce

Profilaktyce miażdżycy sprzyja w stopniu zasadniczym przestrzeganie następujących 10 zasad racjonalnego żywienia:

1. Dbaj o urozmaicenie posiłków. Różnorodność spożywanych produktów zabezpiecza przed niedoborami składników pokarmowych.
2. Unikaj otyłości.
3. Spożywaj produkty zawierające dużo błonnika.
4. Pij mleko chude. Dwie duże szklanki mleka dziennie zapewniają wystarczającą ilość wapnia.
5. Spożywaj ryby 2 - 3 razy w tygodniu. Ryba jest zdrowszym źródłem białka niż mięso.
6. Warzywa i owoce spożywaj codziennie. Dostarczają one organizmowi witamin i błonnika.
7. Unikaj tłuszczów zwierzęcych. Zastępuj je częściowo olejami roślinnymi.
8. Unikaj słodczy. Sprzyjają one otyłości.
9. Ograniczaj spożycie soli. Podnosi ona ciśnienie krwi.
10. Unikaj alkoholu. Wysokie jego spożycie powoduje nagle zgony.

Zastosowanie tych zasad w praktyce ułatwia podział produktów spożywczych na pięć grup. W tabeli przedstawiono zalecenia dotyczące wyboru produktów z każdej grupy.

Na podstawie Narodowego Programu Ochrony Serca  
- Instytutu Kardiologii opracowała:  
*mgr Danuta Weremczuk*

## ZALECENIA DOTYCZĄCE WYBORU PRODUKTÓW

Wybieraj	Unikaj
<p><b>Produkty zbożowe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* razowy chleb, chleb Grahama</li> <li>* grube kasze: gryczana, jęczmienna</li> <li>* makaron bez jaj</li> <li>* płatki owsiane</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* pieczywo cukiernicze: ciasto, ciastka, torty</li> <li>* makaron i kluski zawierające jaja</li> </ul>
<p><b>Mleko, sery</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* mleko chude, najlepiej po zebraniu warstwy tłuszczu z powierzchni; mleko w proszku odtłuszczone. Pożądane spożycie 2 duże szklanki dziennie</li> <li>* chudy jogurt</li> <li>* chude sery</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* mleko pełne</li> <li>* tłusty twaróg, żółte sery</li> </ul>
<p><b>Produkty białkowe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* chudy drób: kurczęta, indyki</li> <li>* ryby</li> <li>* nasiona roślin strączkowych: groch, fasola, soja</li> <li>* chude gatunki wędlin: polędwica, szynka, kielbasa szynkowa</li> </ul> <p>Pożądane jest ograniczenia spożycia mięsa, wędlin i drobiu do 100 gramów dziennie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* tłuste gatunki mięsa</li> <li>* tłuste gatunki wędlin: kielbasy, parówki, serdelki</li> <li>* tłusty drób: gęś, kaczka</li> <li>* podroby: wątroba, mózg, nerki, płuca, serca</li> <li>* paszety, wędlina podrobowa: kiszka, paszтетowa, kiszka wątrobiana, salcesony</li> <li>* żółtka jaj nie więcej niż 2 na tydzień (włączając w to żółtka zawarte w wypiekach i innych produktach).</li> <li>Białka bez ograniczeń</li> <li>* krewetki, kawior</li> </ul>
<p><b>Warzywa, owoce i ziemniaki</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* doradza się spożywanie do 1000 gramów dziennie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* orzech kokosowy</li> </ul>
<p><b>Tłuszcze (w umiarkowanych ilościach)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* oleje: sojowy, słonecznikowy, kukurydziany, rzepakowy, oliwkowy</li> <li>* margaryny wysokogatunkowe</li> </ul> <p>Doradza się spożywanie 2 łyżek stołowych oleju i/lub margaryny dziennie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* masło, śmietana, smalec, słonina, boczec</li> </ul>

# DZIAŁ PRAWNY

## WYKAZ NIEKTÓRYCH AKTÓW PRAWNYCH I PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH ZAWODU PIELĘGNIARKI I ZAWODU POŁOŻNEJ ORAZ SŁUŻBY ZDROWIA W KONTEKŚCIE WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI I ZAWODU POŁOŻNEJ

### R o z d z i a ł I Przepisy ogólne

Ustawa z dnia 21 lutego 1935 r. o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 27, poz. 199, zm. 1991 r. Nr 41, poz. 178)

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej dotyczące wykonania ustawy o pielęgniarstwie (Dz. U. Nr 28, z 1936 r., poz. 229)

Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. z 1934 r. Nr 5, poz. 41; zm. Nr 110, poz. 976; zm. 1991 r. 41, poz. 178)

Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25 września 1928 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 r. o położnych (Dz. U. Nr 2, poz. 20)

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178)

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, zm. 1992 r. Nr 65, poz. 315)

Statut Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (nie publikowane)

### R o z d z i a ł II Przepisy prawne dotyczące zawodu pielęgniarki i zawodu położnej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzenia wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych (Dz. U. Nr 52, poz. 248)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1993 r. w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 9, poz. 45)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 grudnia 1981 r. w sprawie szkolenia specjalizacyjnego pielęgniarek i położnych (Dz. Urz. MZiOS Nr 1, poz. 2, zm. 1985 r. Nr 9, poz. 33) \*

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 lutego 1993 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach dotyczących pozbawienia i zawieszenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej z powodu niezdolności do wykonywania zawodu (MP Nr 8, poz. 60)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 7 września 1981 r. w sprawie wykonywania niektórych czynności zawodowych przez pielęgniarki i położne (Dz. Urz. MZiOS Nr 12, poz. 45)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1981 r. w sprawie odbywania kwalifikacji pielęgniarskich przez asystentki pielęgniarskie (Dz. Urz. MZiOS Nr 1, poz. 4)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 grudnia 1982 r. w sprawie egzaminu dojrzałości i egzaminu z przygotowania zawodowego w liceach medycznych kształcących w zawodzie pielęgniarka (pielęgniarz) o specjalności ochrona zdrowia i pielęgnowanie chorych (Dz. Urz. MZiOS z 1982 r. Nr 2, poz. 10, zm. 1985 r. Nr 12, poz. 46)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 marca 1984 r. w sprawie organizowania Olimpiady Pielęgniarstwa i Olimpiady Położnych (Dz. Urz. MZiOS Nr 7, poz. 41)

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 października 1985 r. w sprawie pielęgniarki środowiskowej (Dz. Urz. MZiOS z 1985 r. Nr 12, poz. 48)

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 lipca 1976 r. w sprawie okresowego zatrudniania niektórych pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych (Dz. Urz. MZiOS Nr 14, poz. 41)

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 20 czerwca 1955 r. w sprawie zabiegów, które może wykonywać położna gminna (miejska) i położna izby porodowej (Dz. Urz. MZiOS Nr 13, poz. 75, zm. Nr 16, poz. 98, z 1962 r.)

Instrukcja Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 czerwca 1979 r. w sprawie zadań i kwalifikacji zawodowych pracowników medycznych zatrudnionych na niektórych stanowiskach średniego personelu medycznego (Dz. Urz. MZiOS Nr 8, poz. 22)

Wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 marca 1977 r. w sprawie stosowania penicyliny i wykonywania skórnych prób uczuleniowych (Dz. Urz. MZiOS Nr 6, poz. 19)

Komunikat Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1978 r. w sprawie postępowania w razie polekowego wstrząsu anafilaktycznego (Dz. Urz. MZiOS Nr 2, poz. 5)

### R o z d z i a ł   I I I

## Przepisy prawne dotyczące służby zdrowia

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 55, poz. 273)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. Nr 51, poz. 326, zm. 1990 r. Nr 65, poz. 387, zm. 1991 r. Nr 69, poz. 294, zm. 1992 r. Nr 20, poz. 79)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 marca 1992 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 30, poz. 131)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu oraz trybu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 22, poz. 96, zm. Dz. U. Nr 91, poz. 459)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 14 kwietnia 1992 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 37, poz. 162, zm. Dz. U. Nr 104 z 1983 r. poz. 477)

Wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1987 r. w sprawie docelowych wskaźników zatrudniania pielęgniarek (położnych) w placówkach służby zdrowia i opieki społecznej dla potrzeb planistycznych (Dz. Urz. MZI OS Nr 7)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. w sprawie specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, magistrów farmacji oraz innych pracowników z wyższym wykształceniem, zatrudnionych w służbie zdrowia i opiece społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 3, poz. 19, zm. 1986 r. Nr 7, poz. 26)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 stycznia 1992 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 9, poz. 37)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 lutego 1992 r. w sprawie wzoru i sposobu prowadzenia rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 16, poz. 66)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 grudnia 1992 r. w sprawie zlecenia kontroli zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 96, poz. 477)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1974 r. w sprawie zadań i organizacji służby pracowniczej w resorcie zdrowia i opieki społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 17, poz. 70)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 18 listopada 1988 r. w sprawie warunków jakie powinny spełniać pracownice rentgenowskie oraz zasad pracy związanej z posługiwaniem się aparatami rentgenowskimi (MP Nr 32, poz. 295)

## R o z d z i a ł IV Przepisy ogólne

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 czerwca 1989 r. o postępowaniu w zakresie orzeczeń wydawanych przez komisję kontroli zawodowej oraz prowadzenia Centralnego Rejestru Ukaranych (Dz. Urz. MZiOS Nr 13-14, poz. 36)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 września 1978 r. w sprawie rodzajów dyżurów zakładowych oraz zasad wynagradzania za te dyżury i za gotowość do pracy (Dz. Urz. MZiOS Nr 19, poz. 52, zm. 1979 r. Nr 5, poz. 16, zm. 1982 r. Nr 3, poz. 11)

Wytyczne Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 listopada 1977 r. w sprawie zasad postępowania przy przechodzeniu pracowników na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe (Dz. Urz. MZiOS Nr 20, poz. 57)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 czerwca 1985 r. w sprawie norm przydziału i zużycia odzieży ochronnej oraz sprzętu ochrony osobistej (Dz. Urz. MZiOS Nr 6, poz. 21)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 3 marca 1978 r. w sprawie ustalenia wykazu jednostek organizacyjnych resortu zdrowia i opieki społecznej uprawnionych do wydawania ocen i opinii (Dz. Urz. MZiOS Nr 7, poz. 17)

Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 24 grudnia 1982 r. w sprawie organizacji przyjmowania i załatwiania skarg w jednostkach organizacyjnych oraz przedsiębiorstwach resortu służby zdrowia i opieki społecznej (Dz. Urz. MZiOS Nr 1 z 1983 r., poz. 5)

Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 95, poz. 425) (dotyczy m.in. szkół kształcących pielęgniarki)

### **Uprawnienia pracowników w zakresie otrzymywania środków ochrony indywidualnej**

Do przysługujących pracownikom środków ochrony indywidualnej należą: odzież ochronna, ochrony kończyn górnych i dolnych, ochrona głowy, oczu i twarzy, słuchu, układy oddechowego, sprzęt chroniący przed upadkiem z wysokości i środki izolujące cały organizm. Środki te winny być używane w miejscu pracy zgodnie z przeznaczeniem, w celu zabezpieczenia pracownika przed niebezpiecznymi i szkodliwymi czynnikami występującymi w środowisku pracy. Środki ochrony indywidualnej wykonywane są wg wzorów zatwierdzonych przez Central-



ny Instytut Ochrony Pracy, zgodnie z wytycznymi Ministra Pracy i Polityki Socjalnej, zaś odzież i obuwie robocze wykonywane są zgodnie z polskimi normami.

Zakład pracy nie może dopuścić pracownika do pracy bez środków ochrony indywidualnej przewidzianych dla danego stanowiska oraz jest obowiązany przeszkolić go w zakresie zasad posługiwania się tymi środkami.

Rodzaj i ilość środków ochrony indywidualnej i odzieży roboczej przydzielanej na danym stanowisku pracy oraz przewidywane okresy jej używalności określają tabele norm przydziału, ustalone przez zakład pracy w porozumieniu z zakładowymi organizacjami związkowymi i innymi przedstawicielami pracowników. W tym samym trybie zakład pracy ustala szczegółowe zasady gospodarowania środkami ochrony indywidualnej oraz odzieżą i obuwiem roboczym.

Środki ochrony winny być używane do czasu utraty ich cech ochronnych, a odzież i obuwie robocze - do czasu utraty ich cech użytkowych w stopniu uniemożliwiającym dokonanie naprawy. Pracownik jest obowiązany utrzymać przydzielone mu środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze w należyłym stanie. Konserwacja w/w środków ochrony, odzieży i obuwia, należą do obowiązków zakładu pracy. Jeśli natomiast zakład pracy nie ma możliwości prania i naprawy odzieży roboczej, wydanej do stałego indywidualnego użytkowania, wypłaca, za zgodą pracownika, ekwiwalent pieniężny w wysokości (ustalonej przez zakład, w porozumieniu z w/w przedstawicielstwem załogi) kosztów tych czynności i środków piorących. Zasada powyższa nie dotyczy przypadków odzieży skażonej bakteriologicznie lub substancjami szkodliwymi (środkami chemicznymi, promieniotwórczymi lub biologicznie zakaźnymi).

W razie utraty lub zniszczenia środków ochrony lub odzieży i obuwia robocze - zakład pracy obowiązany jest wydać inne środki, odzież lub obuwie, zgodnie z tabelami norm. Jeśli utrata lub zniszczenie w/w przedmiotów nastąpiło z winy pracownika, jest on zobowiązany uiścić kwotę równą nie zamortyzowanej części wartości utraconych lub zniszczonych środków, obuwia lub odzieży, przy czym zakład może tę kwotę obniżyć, w zależności od okoliczności zniszczenia.

**Podstawa prawna:** Uchwała Nr 44 Rady Ministrów z dnia 27 marca 1990 r. w sprawie zasad przydzielania pracownikom środków ochrony indywidualnej oraz dostarczania odzieży roboczej. (Monitor Polski Nr 14, poz. 109, zmiana: Nr 28 z 1991 r., poz. 201)

**Szczegółowy rodzajowy wykaz** wszystkich rodzajów środków ochrony indywidualnej, odzieży i obuwia roboczego zawarty jest w załączniku nr 1 do w/w uchwały.

Radca Prawny  
mgr Renata Doroszuk

## Zasady nabywania, obliczania i wypłacania nagrody jubileuszowej

Nabywanie prawa do nagrody jubileuszowej (gratyfikacji) następuje po przepracowaniu określonego w przepisach resortowych okresu pracy lub innego, określonego przepisami uprawniającego okresu. Pracownicy zakładów opieki zdrowotnej nabywają - zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 2.07.1992 r. - prawo do nagrody jubileuszowej po 20, 25, 30, 35 i 40 latach pracy.

Za okres pracy uprawniający do gratyfikacji uważa się okresy zatrudnienia w



uspołecznionych oraz prywatnych, a następnie uspołecznionych zakładach pracy, pod warunkiem, że nie zakończyły się rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia lub porzucenia pracy.

Do okresu uprawniającego do nagrody należą też m.in. okresy:

- czynnej służby wojskowej i służby w obronie cywilnej,
- nauki w szkole ponadpodstawowej, odbywanej na podstawie skierowania zakładu pracy, pod warunkiem jej ukończenia,
- niezdolności do pracy wskutek choroby lub macierzyństwa, jeśli w związku z tym przysługiwało prawo do zasiłku,
- opieki nad dzieckiem w wieku do 4 lat lub nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny, na którego przysługuje zasiłek pielęgnacyjny - łącznie nie dłużej, niż 6 lat,
- okresy służby wojskowej, pobytu w niewoli, obozach pracy, obozach koncentracyjnych, robót przymusowych, przesiedleń i deportacji - przed i w czasie II wojny światowej,
- okresów podlegania represjom ze względów politycznych po II wojnie światowej,
- okresów zatrudnienia repatriantów za granicą,
- okresu prowadzenia własnego gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym swego współmałżonka,
- pracy w gospodarstwie rolnym współmałżonka w okresie przed 1 stycznia 1983 r., pod warunkiem posiadania w tym okresie ukończonego 16 roku życia,
- pracy w gospodarstwie rolnym rodziców lub teściów w okresie przed 1 stycznia 1983 r., o ile zostało ono osobiście lub wraz ze współmałżonkiem przejęte do prowadzenia.

Prawo do nagrody pracownik nabywa w dniu upływu okresu uprawniającego do nagrody, zaś jej wypłata winna nastąpić niezwłocznie po nabyciu tego prawa.

Jeżeli w aktach zakładu pracy brak jest odpowiedniej dokumentacji, pracownik winien ją dostarczyć, na nim bowiem spoczywa ciężar udowodnienia prawa do gratyfikacji. Udowodnienie polega na dostarczeniu stosownych dokumentów, zaś w razie niemożności ich uzyskania - na przedstawieniu zeznań wiarygodnych świadków (przedstawienie dowodu zeznań świadków celem udowodnienia okoliczności mających wpływ na uzyskanie różnych świadczeń - zostanie omówione w odrębnej publikacji).

W razie, gdy pracownik udokumentował swoje prawo do nagrody w takim okresie, że wciąż 12 miesięcy nabędzie prawo do nagrody wyższego stopnia, w dniu nabycia tej wyższej nagrody otrzyma różnicę między kwotą nagrody wyższej i niższej. Jeśli natomiast pracownik odchodzi na emeryturę lub rentę (szczegóły - §9 niżej, wym. zarządzenia) w dniu, w którym brakuje mu mniej niż 12 m-cy do nabycia prawa do nagrody - nagrodę tą w pełnej wysokości wypłaca mu się w dniu rozwiązania stosunku pracy. Podstawę obliczenia nagrody stanowi wynagrodzenie przysługujące pracownikowi w dniu jej wypłaty, a jeśli jest to dla pracownika korzystniejsze - wynagrodzenie obliczone jak ekwiwalent za urlop w dniu wypłaty.

**Podstawa prawna:** Zarządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 23 grudnia 1989 r. w sprawie ustalonych okresów pracy i innych okresów uprawniających do nagrody jubileuszowej oraz zasad jej obliczania i wypłacania (M.P. Nr 44, poz. 358), ustawa z dnia 20 lipca 1990 r. o wliczaniu okresów pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym do pracowniczego stażu pracy (Dziennik Ustaw Nr 54, poz. 310).

Radca Prawny  
mgr Renata Doroszuk

# Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Koleżance

**Barbarze Semeniuk**

Pielęgniarce oddziału chirurgicznego ZOZ w Międzyrzecu Podlaskim

wyrazy współczucia z powodu zgonu

**O J C A**

składają  
Koleżanki i Koledzy

