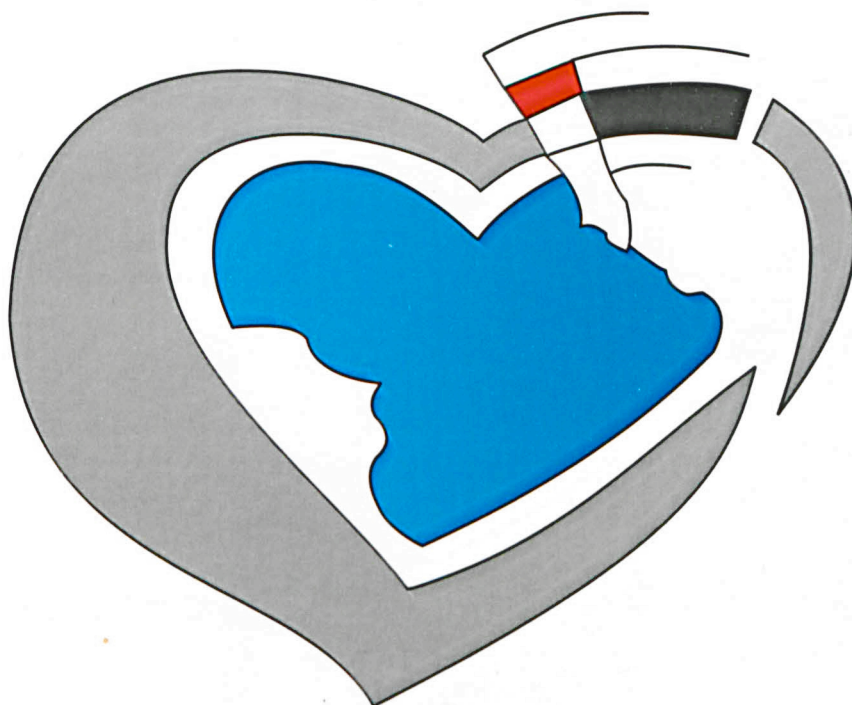


BIULETYN INFORMACYJNY

**OKRĘGOWEJ IZBY
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Nr 4/32/
1998r.



WYDAWCA:

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

ADRES REDAKCJI:

Ul. L. Waryńskiego
21 – 500 Biała Podlaska
tel. (0-83) 343 60 83

KOMITET REDAKCYJNY:

Przewodnicząca OIPiP Elżbieta Maksymiuk
Członkowie Prezydium OIPiP

Redakcja biuletynu: Joanna Głowacka, Grażyna Papińska, Maria Dymidiuk,
Bożena Chodzińska, Danuta Żmuda, Maria Hładoniuk, Edyta Krutel
Korekta: -Komisja Informacji

Komputerowy skład tekstu: **P.U. „EDYTOR” Jolanta Kondraszuk**
Biała Podlaska, ul. Parkowa 6/16, tel. 342 – 22 – 67

Biuletyn rozprowadzany jest nieodpłatnie wśród członków Samorządu

Druk Wydawnictwo „Atronic”
Biała Podlaska

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej ul. L. Waryńskiego 3

Czynne codziennie oprócz sobót w godz. 8⁰⁰ – 16⁰⁰

Nr konta bieżącego: BGŻ 20301068 – 6738 – 2706 – 11

Nr konta Kasy Pożyczkowej: BGŻ 20301068 – 6738 – 2756 – 11

Księgowa OIPiP oraz Kasjer

urzędują w każdy wtorek w godz. 11⁰⁰ – 13⁰⁰

Wnioski w sprawie pracy samorządu przyjmują:

Przewodnicząca Okręgowej Rady Elżbieta Maksymiuk

w czwartki w godz. 8⁰⁰ – 16⁰⁰

Sekretarz Okręgowej Rady mgr Alicja Kozawska

wtorek w godz. 8⁰⁰ – 12⁰⁰

czwartek w godz. 8⁰⁰ – 12⁰⁰

Dyżury pełnią:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych Halina Ślosarska

- ostatni czwartek miesiąca w godz. 12⁰⁰ – 14⁰⁰

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarek i Położnych mgr Barbara Kowalska

W każdy pierwszy i trzeci czwartek miesiąca

w godz. 12⁰⁰ – 14⁰⁰

Radca Prawny Marek Opalko

udziela porad w sprawach związanych z wykonywaniem zawodu

w środy w godz. 10⁰⁰ – 14⁰⁰

Posiedzenia Komisji odbywają się:

Socjalnej

- w trzeci wtorek każdego miesiąca o godz. 12⁰⁰

Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

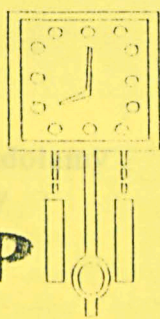
- w pierwszy czwartek każdego miesiąca o godz. 10⁰⁰

Informacji

- w trzecią środę każdego miesiąca w godz. 10⁰⁰ – 14⁰⁰

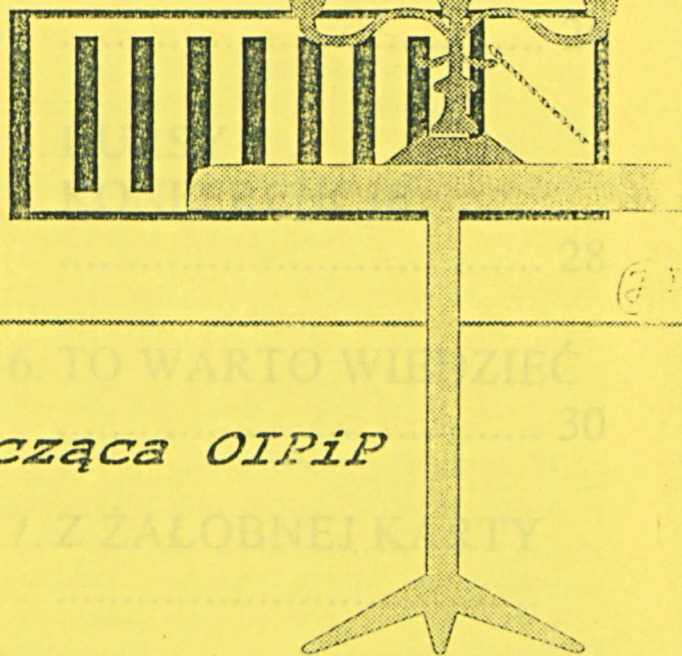
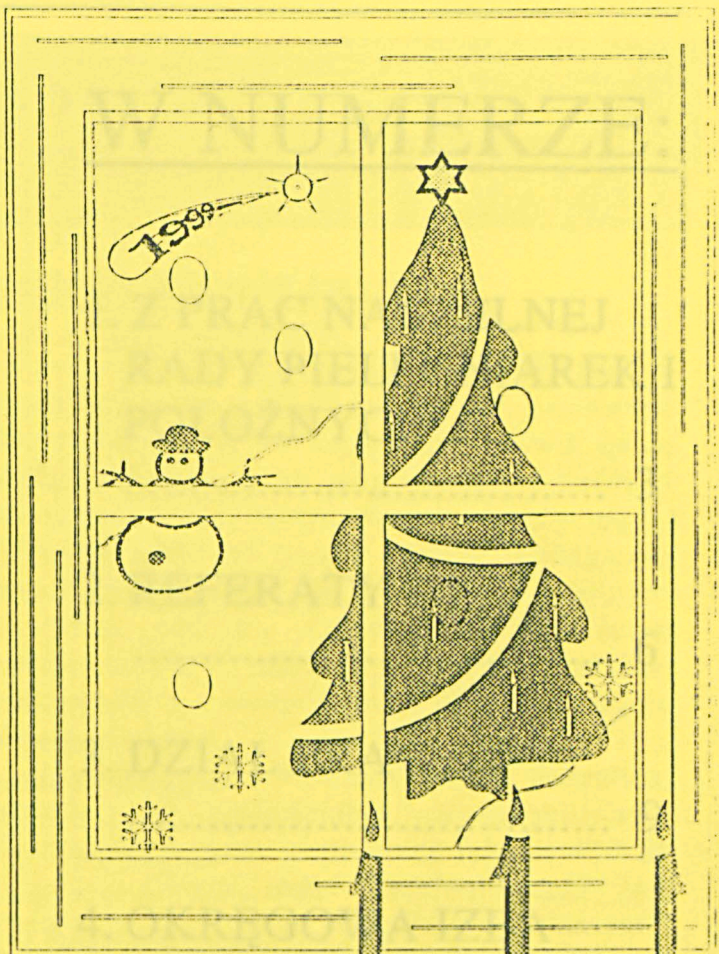
w biurze Okręgowej Izby

Wesołych Wam Świąt
i wiele zdrowia
i pomyślności
na nowym roku



P
o
m
y
ś
l
n
e
g
o

1999



- życzy:
Przewodnicząca OIPiP

oraz

Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

Wojciech Bellon

Pieśń łagodnych

... Ile światłem prowadzeni
dróg powietrza przejść zdołamy
w ilu rzekach zanurzymy stopy
ile w nas zdumienia jeszcze
ile marzeń nie spełnionych
światów nie odkrytych wokół
zadajemy te pytania głosem ptasim
niech prowadzą nas
bez odpowiedzi nawet
niech się wznoszą niech się wznoszą
aż zabłyszczą tęczą
do krainy łagodności bramą

Stanisław Grochowiak

Na słotę

Na słotę
Najlepszy jest parasol lampy.
Na słotę
Najczystsze niebo księżycowych stronic.
Na słotę
Liście na niebie trzepoczący goniec.
I wiatr
Spoza deszczu migocącej rampy.
I pies jest dobry podczas słoty,
Gdy cieplej niż wełna ogrzewa ci stopy.



W NUMERZE:

1. Z PRAC NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH	3
2. REFERATY	6
3. DZIAŁ PRAWNY	9
4. OKRĘGOWA IZBA INFORMUJE	26
5. KURSY I KONFERENCJE	28
6. TO WARTO WIEDZIEĆ	30
7. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	

Z PRAC NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

APEL

do pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

zwraca się

do

wszystkich

pielęgniarek i położnych

o natychmiastowe informowanie

organów samorządu zawodowego

o przypadkach łamania obowiązującego prawa,

dotyczącego procedury ogłaszania

i toku przeprowadzania konkursu ofert

na świadczenia pielęgniarek i położnych

wykonywane w ramach umów kontraktowych.

PREZES

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Ilona Tułodziecka

NACZELNA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

w dn. 29 – 30.09.1998 r. podjęła następujące stanowiska:

1. W sprawie utrzymania w brzmieniu zapisów ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych art. 25 ust. 7, oraz art. 27 ust. 8.
2. W sprawie wprowadzenia w życie rozporządzenia MZiOS z dn. 19.08.1998 w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzenia konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu bez konsultacji z samorządem zawodowym, żądając nowelizacji rozporządzenia.
3. NRPIP popiera protest pracowników ochrony zdrowia, którzy zdecydowanie opowiadają się przeciwko drastycznie wysokim kwotom w zawartych umowach kontraktowych z anestezjologami.

Na posiedzeniu NRPIP w dn. 29 – 30.09.1998 podjęła 2 uchwały:

Uchwała nr 94/98 i 95/98 w sprawie zasad przyznawania miesięcznego ryczałtu na pokrycie kosztów administracyjnych, ponoszonych przez niektórych członków samorządu pełniących społeczne funkcje w organach NRPIP za lipiec, sierpień, wrzesień 98.

Pełna treść stanowisk i uchwał do wglądu w Biurze OIPiP w Białej Podlaskiej.

REFERATY

Fizykoterapia stosowana w oddziałach szpitalnych

Fizykoterapia to dział lecznictwa, w którym stosuje się bodźce fizyczne, mechaniczne, ciepłone, elektryczne oraz różnego rodzaju promieniowanie.

Do fizykoterapii należą też masaże, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, elektroterapia, leczenie ultradźwiękami (ultrasonoterapia), itp.

Teoretyczną podstawą fizykoterapii jest biofizyka.

W rehabilitacji leczniczej fizykoterapia odgrywa znaczną rolę w przywracaniu funkcji uszkodzonych narządów.

Ze względu na częste zastosowanie w oddziałach szpitalnych bodźców ciepłych, ciepłolecznictwa oraz naświetlania promieniami podczerwieni bądź nadfioletu chcę przybliżyć zainteresowanym te zagadnienia, a w szczególności koleżankom pielęgniarkom i położnym, które w swojej codziennej pracy często stosują te zabiegi.

W praktyce pielęgniarskiej bądź położnej najczęściej stosowane są lampy lecznicze, czyli przyrządy wytwarzające:

- * promieniowanie podczerwone, świetlne (widzialne),
- * promieniowanie nadfioletowe, tj. promieniowanie elektromagnetyczne, które dzięki właściwościom oddziaływania na żywy organizm, znajdują zastosowanie w celach leczniczych i zapobiegawczych.

Efekty fizyczne, chemiczne i biologiczne promieniowania wytwarzanego przez lampy lecznicze, zależą od długości fali:

- * promienie o krótszej fali wykazują silniejsze działanie biologiczne i chemiczne,
- * promienie o dłuższej fali – ciepłone.

Promieniowanie podczerwone, inaczej ciepłone – niewidzialne promieniowanie elektromagnetyczne mieszczące się w widmie między czerwienią a mikrofalami. Jest emitowane przez ogrzane ciała. W lecznictwie znajduje zastosowanie promieniowanie podczerwone o długości fali 770 do 15000 nm. Urządzeniami

leczniczymi są promienniki, w których źródłem promieniowania jest spirala z drutu oporowego nagrzewająca się w czasie przepływu prądu oraz lampy lecznicze wyposażone w żarówki emitujące promieniowanie podczerwone i widzialne jak np. lampa Sollux. Biologiczne działanie polega na wpływie ciepłym, powoduje ono m. in. rozszerzenie naczyń krwionośnych skóry, naczyń głębiej położonych – zmniejszenie bólu i napięcia mięśni.

Promieniowanie nadfioletowe (ultrafioletowe) – niewidzialne promieniowanie elektromagnetyczne o długości fali od 400 do 10 nm: widmo tego promieniowania jest umiejscowione między światłem widzialnym i promieniowaniem rentgenowskim. Obfitym źródłem promieniowania nadfioletowego jest słońce.

Do powierzchni ziemi dociera tylko część tego promieniowania, gdyż promienie długości fali mniejszej od 280 nm są całkowicie pochłonięte przez atmosferę. Promieniowanie nadfioletowe określa się skrótem UV od słów angielskich – ultra – violet.

W warunkach laboratoryjnych w celach leczniczych stosuje się **lampy kwarcowe**.

Pragnę opisać budowę oraz zasadę działania i stosowania najczęściej stosowanych dwóch lamp.

Lampa Sollux – lampa lecznicza wytwarzająca promieniowanie podczerwone i widzialne, służące do zabiegów leczniczych powodując miejscowe przekrwienie powierzchni tkanek.

Stosuje się przy naświetlaniu dużych powierzchni skóry. Nie używa się wówczas tubusa. Naświetlania dokonuje się z odległości 100 cm.

Do naświetlań miejscowych stosuje się tubusa, który ogranicza w ten sposób wiązkę promieniowania. Odległość od otworu tubusa do powierzchni naświetlanej wynosi 40-50 cm.

Należy pamiętać, że odległość ustala się

indywidualnie uwzględniając wrażliwość pacjenta na ciepło oraz to aby reflektor lampy ustawić w taki sposób, aby światło obejmowało równomiernie naświetlaną powierzchnię ciała, z drugiej zaś strony ustawienie głowicy uniemożliwiło oparzenie chorego odłamkami szkła w wypadku pęknięcia żarówki. Do naświetlań tych można używać filtrów, których rodzaj dobiera się w zależności od wskazań. Jest to filtr niebieski i filtr czerwony.

Filtr niebieski – ogranicza oddziaływanie promieni podczerwonych. Światło niebieskie działa uśmierzająco na ból, stąd znalazło zastosowanie w leczeniu nerwobólów i przeczulicy.

Filtr czerwony – stosuje się w naświetlaniu stanów zapalnych tkanek miękkich, leczeniu trudno gojących się ran, w przypadku wystąpienia odczynów rumieniowych po naświetlaniu promieniami nadfioletowymi, promieniami rentgenowskimi.

Do naświetlań miejscowych używa się przenośnej lampy Sollux, która ma mniejszą moc żarówki, stąd można dokonywać naświetlań z mniejszej odległości.

Zasady stosowania lampy Sollux.

- Lampa Sollux musi być sprawna technicznie i skutecznie uziemiona.
- Lampa Sollux nie może znajdować się w pobliżu urządzeń wodociągowych, ponieważ jednoczesne dotknięcie obudowy lampy i urządzeń wodociągowych może grozić porażeniem prądem elektrycznym.
- Przy wykonywaniu naświetlań należy chronić oczy chorego okularami ochronnymi.
- Osoba wykonująca zabiegi światłolecznice przy użyciu promieni podczerwonych obowiązana jest nosić okulary przeciwsłoneczne, ponieważ promienie te są czynnikiem wywołującym zaćmę.
- Należy pamiętać o możliwości oparzenia.
- Obserwować pacjenta pod kątem jego doznań i samopoczucia.

Wskazania do leczniczego stosowania promieni podczerwonych.

- W przewlekłych i podostrych stanach zapalnych, w których możliwe jest miejscowe stosowanie ciepła.
- W przewlekłych i podostrych zapaleniach okołostawowych i stawów.
- Nerwobólach i zespołach bólowych.
- W stanach po przebytych zapaleniu skóry i tkanek miękkich pochodzenia bakteryjnego.
- Naświetlanie promieniami podczerwonymi

można stosować jako zabieg wstępny przed masażem lub jontoforezą.

Przeciwwskazania do stosowania lampy

Sollux:

- niewydolność krążenia,
- czynna gruźlica płuc,
- skłonność do krwawień,
- zaburzenia w ukrwieniu odwodowych części kończyn,
- w stanach gorączkowych,
- w ostrych stanach zapalnych skóry i tkanek miękkich,
- w stanach wyniszczenia organizmu.

Do lamp leczniczych przyrządów wytwarzających promieniowanie podczerwone świetlnie – widzialne należą:

- Lampa Sollux – o której tak wiele napisałam,
- grzejniki rozmaitego kształtu, wielkości i obudowy ze spiralą oporową nawiniętą na szpulę izolatora (np. lampa infrarouge),
- żarówki o szkłe różnej barwy i włóknach oporowych, czyli żarzeniowe z prasowanego węgla lub wolframu (np. żarówki w tzw. świetlankach, czyli budkach cieplnych), np. Budka Polano lub lampa Minina.

Lampa kwarcowa – kwarcówka, sztuczne źródło promieniowania nadfioletowego emitowanego przez palnik argonowo – rtęciowo – kwarcowy, który działa na zasadzie łuku elektrycznego powstałego w parach rtęci.

Palnik argonowo – rtęciowy jest rurką ze szkła kwarcowego opróżnioną z powietrza, wypełnioną argonem i zawierającą niewielką ilość rtęci. W rurkach wtopione są dwie elektrody z trudno topliwego metalu, do których podłącza się prąd zmienny, zwykle o napięciu 220 V.

Zasada działania palnika polega na wytworzeniu łuku elektrycznego w parach rtęci i emitowaniu promieniowania nadfioletowego. Są to palniki zapalające się samoczynnie.

Istnieje wiele rodzajów lamp kwarcowych, np. lampy lecznicze używane w światłolecznictwie oraz lampy bakteriobójcze.

Spośród najczęściej używanych lamp emitujących promieniowanie nadfioletowe, zwane lampami kwarcowymi wymienić należy lampy naszej produkcji krajowej typu Helios, Bacha, Jesionka oraz Kromayera.

Lampy kwarcowe odznaczają się dużą aktywnością biologiczną, zabijają bakterie i inne drobnoustroje (najsilniej przy długości fali 253,7 – 265,0 nm), wpływają na przemianę ergosterolu

w witaminę D₂, wyzwalają produkcję pigmentu.

Zastosowanie:

W lecznictwie stosuje się naświetlania promieniowaniem nadfioletowym ogólne lub miejscowe.

Wskazania:

- krzywica,
- choroba zwyrodnieniowa stawów,
- gościec tkanek miękkich,
- nerwobóle,
- trądzik pospolity,
- stany zapalne skóry i tkanki podskórnej,
- łysienie plackowate,
- łuszczyca,
- stany rekonwalescencji.

Promieniowanie nadfioletowe znajduje szerokie zastosowanie w analizie fluoroscencyjnej, w biologii – głównie w badaniach histo- i cytologicznych, do badań spektroskopowych w nadfiolecie (spektroskop) stosuje się soczewki, pryzmaty, itd. wykonane z kwarcu, który przepuszcza promieniowanie nadfioletowe głównie o fali ponad 180 nm (szkło tylko ponad 340 nm).

Przed szkodliwym działaniem promieniowania nadfioletowego należy stosować

odpowiednie środki zapobiegawcze:

- należy używać okularów ochronnych,
- stosować kremy ochronne.

Najwyższe dopuszczalne natężenie promieniowania nadfioletowego wynosi 0,5 mikrowata na cm² powierzchni, przy stałym napromieniowaniu ciała w ciągu 24 godzin.

Czas promieniowania nadfioletowego jest bardzo istotny. Należy przestrzegać ściśle instrukcję ekspozycji działania lampy kwarcowej, ale bardzo krótki od kilku sekund do kilku minut. Czas ekspozycji promieniowania podczerwonego lamp świetlnych jest różny, od kilku minut do kilkudziesięciu.

nm – nanometr – jednostka długości
1 nm = 1000 μm = 10⁻⁹m.

Opracowała
mgr Eugenia Denicka

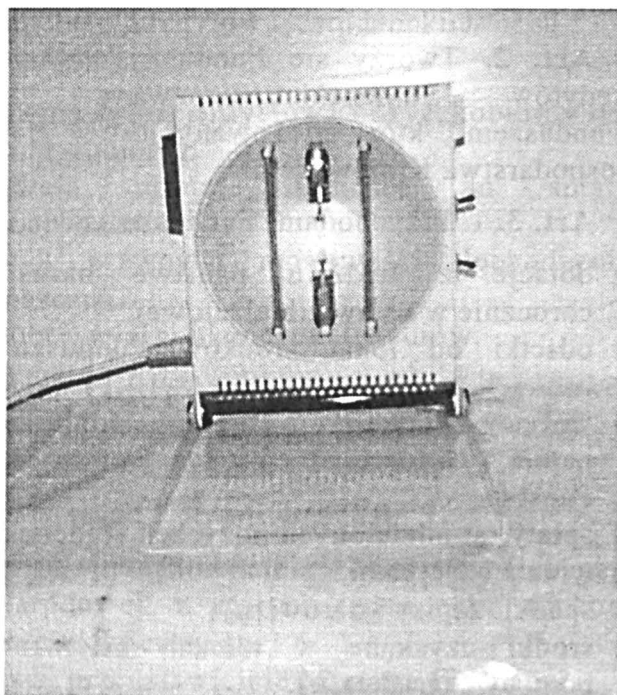
LITERATURA:

Fizykoterapia, PZWL Warszawa 1991 r.
Mała encyklopedia medyczna, PWN Warszawa 1989 r.

Lampa kwarcowa



Lampa Sollux



DZIAŁ PRAWNY

USTAWA

z dnia 17 lipca 1998 roku

o pożyczkach i kredytach studenckich

Art. 1. 1. Studenci szkół wyższych, o których mowa w ustawach z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 65, poz. 385, z 1992 r. Nr 54, poz. 254, Nr 63, poz. 314, z 1994 r. Nr 1, poz. 3, Nr 43, poz. 163, Nr 105, poz. 509, Nr 121, poz. 591, z 1996 r. Nr 5, poz. 34, Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 96, poz. 590, Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 770 i Nr 141, poz. 943 oraz z 1998 r. Nr 50, poz. 310) oraz z dnia 26 czerwca 1997 r. o wyższych szkołach zawodowych (Dz. U. Nr 96, poz. 590), mają prawo do otrzymania pożyczek i kredytów, zwanych dalej „pożyczkami studenckimi” i „kredytami studenckimi”, na zasadach określonych w ustawie.

2. Pożyczki studenckie udzielane są ze środków Funduszu, o którym mowa w art. 2.

3. Kredyty studenckie udzielane są przez banki.

Art. 2. Tworzy się Fundusz Pożyczek i kredytów Studenckich, zwany dalej „Funduszem”, który ulokowany jest w Banku Gospodarstwa Krajowego.

Art. 3. 1. Przychodami Funduszu są:

- 1) dotacje z budżetu państwa określone corocznie w ustawie budżetowej,
- 2) odsetki od lokat środków Funduszu w bankach,
- 3) wpływy z inwestycji środków Funduszu w papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa,
- 4) spłaty rat udzielonych pożyczek studenckich wraz z odsetkami,
- 5) spadki, zapisy i darowizny,
- 6) środki uzyskane w ramach bezzwrotnej pomocy zagranicznej,
- 7) inne dochody.

2. Suma lokat, o których mowa w ust. 1 pkt 2, w jednym banku lub grupie banków powiązanych ze sobą kapitałowo lub organizacyjnie, nie może przekroczyć 15% środków Funduszu nie zaangażowanych w

pożyczki.

Art. 4. Środki Funduszu przeznacza się na:

- 1) udzielanie pożyczek studenckich,
- 2) spłatę, zgodnie z przepisami ustawy, części należnej kwoty odsetek od kredytów pobranych przez studentów,
- 3) pokrywanie skutków finansowych umów o spłatę kredytów studenckich,
- 4) nabywanie papierów wartościowych emitowanych przez Skarb Państwa,
- 5) pokrywanie kosztów egzekucji roszczeń wynikających z nie spłaconych pożyczek studenckich,
- 6) pokrywanie kosztów realizacji zadań wymienionych w pkt 1-5, ponoszonych przez Bank Gospodarstwa Krajowego.

Art. 5. 1. Wykorzystanie środków Funduszu na cele, o których mowa w art. 4 pkt 2 i 3, dotyczy kredytów studenckich udzielanych przez banki, które podpiszą z Bankiem Gospodarstwa Krajowego umowę określającą zasady korzystania ze środków Funduszu.

2. Zasady zawierania umów, o których mowa w ust. 1, określi w drodze rozporządzenia Minister Edukacji Narodowej w porozumieniu z Ministrem Finansów.

Art. 6. 1. Pożyczki studenckie i kredyty studenckie mogą otrzymać studenci, którzy są obywatelami polskimi, z zastrzeżeniem ust. 3, i rozpoczęli studia przed ukończeniem 25 roku życia.

2. Pierwszeństwo w otrzymaniu pożyczki studenckiej lub kredytu studenckiego mają studenci o niskich dochodach na osobę w rodzinie lub preferowanych kierunków studiów, określonych w trybie art. 15 ust. 1 pkt 5.

3. Warunku posiadania obywatelstwa polskiego nie stosuje się, jeżeli odrębne przepisy lub umowy międzynarodowe stano-

wią inaczej, a także wobec:

- 1) pracowników migrujących i ich rodzin będących obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej, jeżeli mieszkają w Polsce,
- 2) pracowników i ich dzieci, będących obywatelami państwa członkowskiego Unii Europejskiej, jeżeli są zatrudnieni w Polsce,

Art. 7. 1. Kwota kredytu studenckiego lub udzielonej pożyczki studenckiej nie może przekroczyć w ciągu jednego roku studiów 6-krotności przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za kwartał poprzedzający kwartał, w którym dokonano ustalenia wysokości kredytów studenckich i pożyczek studenckich, o której mowa w art. 15, ust. 1, pkt. 2.

2. Pożyczki studenckie i kredyty studenckie udzielane są na okres nie dłuższy niż okres studiów, przy czym okres ten nie może przekroczyć łącznie 6 lat.

3. Pożyczki studenckie i kredyty studenckie wypłacane są w ratach miesięcznych nie dłużej niż przez 10 miesięcy w roku, z wyłączeniem okresów urlopów udzielonych zgodnie z regulaminem studiów.

Art. 8. 1. Spłata należnych odsetek, o których mowa w art. 4, pkt. 2, obejmuje:

- 1) całą kwotę odsetek należnych w okresie studiów oraz w okresie ustalonym zgodnie z art. 9 ust. 1,
- 2) kwotę odsetek stanowiącą różnicę między kwotą odsetek wyliczoną przy zastosowaniu stopy procentowej określonej w umowie a kwotą odsetek spłaconych bankom przez kredytobiorców po okresie, o którym mowa w pkt. 1,

2. Odsetki należne od kredytów studenckich pokrywane są z Funduszu w okresie odbywania przez kredytobiorcę służby wojskowej.

3. Wysokość odsetek spłacanych przez kredytobiorcę od zaciągniętego kredytu studenckiego wynosi nie mniej niż połowę stopy redyskontowej Narodowego Banku Polskiego.

4. Stopę oprocentowania kredytów studenckich określa umowa, o której mowa

art. 5.

5. Stopa oprocentowania pożyczki studenckiej wynosi nie mniej niż połowę stopy redyskontowej Narodowego Banku Polskiego.

6. Odsetki od udzielonej pożyczki studenckiej płacone są przez pożyczkobiorcę od momentu rozpoczęcia spłaty pożyczki.

Art. 9. 1. Spłata kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej przez kredytobiorcę rozpoczyna się nie później niż po upływie roku od zakończenia studiów i trwa nie krócej niż dwukrotność okresu, na jaki zostały udzielone, chyba że kredytobiorca lub pożyczkobiorca wnioskuje o krótszy termin spłaty.

2. Wysokość raty spłat kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej nie może przekroczyć 20% miesięcznego dochodu pożyczkobiorcy lub kredytobiorcy.

3. Szczegółowe warunki spłaty kredytu studenckiego określa umowa, o której mowa w art. 5.

Art. 10. 1. Pożyczki studenckie i kredyty studenckie mogą być częściowo lub w całości umorzone.

2. Podstawą umorzenia pożyczek studenckich i kredytów studenckich są w szczególności:

- 1) trudna sytuacja życiowa pożyczkobiorcy lub kredytobiorcy,
- 2) trwała utrata zdolności do spłaty zobowiązań,
- 3) brak prawnych możliwości dochodzenia roszczeń,
- 4) dobre wyniki ukończenia studiów.

Art. 11. 1. Minister Edukacji Narodowej powołuje Komisję do spraw Pożyczek i Kredytów Studenckich, zwaną dalej „Komisją”.

2. W skład Komisji wchodzi:

- 1) dwaj przedstawiciele Ministra Edukacji Narodowej, z których jeden pełni funkcję przewodniczącego,
- 2) dwaj przedstawiciele Ministra Finansów,
- 3) rektor szkoły wyższej zawodowej powołany spośród kandydatów zgłoszonych przez rektorów szkół wyższych i wyższych szkół zawodowych,
- 4) czterej przedstawiciele studentów powołani spośród kandydatów zgłoszonych przez

ogólnopolskie organizacje studenckie.

Art. 12. 1. Do zadań Komisji należy analizowanie i opiniowanie w szczególności:

- 1) wysokości oprocentowania pożyczek studenckich spłacanych przez studentów,
- 2) projektu rocznego planu finansowego Funduszu,
- 3) szczegółowych zasad, trybu i kryteriów udzielania i spłacania oraz umarzania kredytów studenckich i pożyczek studenckich,
- 4) zasad zawierania umów, o których mowa w art. 5,
- 5) sytuacji materialnej i socjalno – bytowej studentów i przedstawianie Ministrowi Edukacji Narodowej wniosków i propozycji działań zmierzających do jej poprawy.

2. Minister Edukacji Narodowej zapewni obsługę administracyjną oraz środki finansowe niezbędne dla funkcjonowania Komisji.

Art. 13. 1. Fundusz działa na podstawie rocznego planu finansowego, wyodrębnionego w planie finansowym Banku Gospodarstwa Krajowego, ustalonego w porozumieniu z Ministrem Edukacji Narodowej i Ministrem Finansów.

2. Roczny plan finansowy zawiera w szczególności:

- 1) podział środków na fundusz obsługi odsetek, z którego dokonywane będą wypłaty zgodnie z art. 4 pkt 2, fundusz rezerwowy, z którego dokonywane będą wypłaty umorzeń spłaty kredytów studenckich zgodnie z art. 4 pkt 3, oraz fundusz pożyczek, z którego dokonywane będą wypłaty zgodnie z art. 4 pkt 1,
- 2) wysokość kosztów, o których mowa w art. 4 pkt 6.

3. Bank Gospodarstwa Krajowego sporządza dla Funduszu odrębny bilans oraz rachunek zysków i strat.

Art. 14. 1. Bank Gospodarstwa Krajowego przedstawia Ministrowi Edukacji Narodowej, nie później niż do 31 maja, sprawozdanie z działalności oraz wyników Funduszu, obejmujące także bilans i rachunek wyników za poprzedni rok obrotowy, wraz z wnioskami co do wysokości dotacji budżetowej, o której mowa w art. 3 ust. 1 pkt. 1.

2. Sprawozdanie z działalności oraz

wyników Funduszu zatwierdza Minister Edukacji Narodowej po zasięgnięciu opinii Komisji.

Art. 15. 1. Minister Edukacji Narodowej w porozumieniu z Ministrem Finansów określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe zasady, tryb i kryteria udzielania, spłacania oraz umarzania kredytów studenckich i pożyczek studenckich,
- 2) wysokość kredytu studenckiego i pożyczki studenckiej w danym roku akademickim,
- 3) warunki i tryb rozliczeń z tytułu pokrywania odsetek należnych bankom od kredytów studenckich,
- 4) wysokość oprocentowania pożyczki i kredytu spłacanego przez pożyczkobiorcę lub kredytobiorcę,
- 5) preferowane kierunki studiów.

2. Rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1, uwzględni w szczególności:

- 1) okres, na jaki może być udzielony kredyt studencki lub pożyczka studencka, nie dłuższy niż 6 lat,
- 2) wypłacanie kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej w ratach miesięcznych przez 10 miesięcy w roku,
- 3) rozpoczęcie spłaty kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej nie później niż rok od daty ukończenia studiów,
- 4) minimalną liczbę rat nie mniejszą niż dwukrotność otrzymanych rat kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej,
- 5) wysokość raty spłat kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej, która nie może przekroczyć 20% miesięcznego dochodu pożyczkobiorcy lub kredytobiorcy,
- 6) podstawy umarzania całości lub części kredytu studenckiego lub pożyczki studenckiej za ukończenie studiów z dobrym wynikiem, a także wynikające z trudnej sytuacji życiowej absolwenta, z trwałej niezdolności do pracy lub braku prawnych możliwości dochodzenia roszczeń.

Art. 16. Minister Skarbu Państwa, w porozumieniu z Ministrem Finansów, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Bankowego, dostosuje, w drodze rozporządzenia, status Banku Gospodarstwa Krajowego do przepisów ustawy, biorąc pod uwagę zasady

tworzenia i wykorzystywania Funduszu.

Art. 17. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 1993 r. Nr 90, poz. 416 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 43, poz. 163, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602 i Nr 126, poz. 626, z 1995 r. Nr 5, poz. 25 i Nr 133, poz. 654, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 87, poz. 395, Nr 137, poz. 638, Nr 147, poz. 686 i Nr 156, poz. 776, z 1997 r. Nr 28, poz. 153, Nr 30, poz. 164, Nr 71, poz. 449, Nr 85, poz. 538, Nr 96, poz. 592, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776, Nr 137, poz. 926, Nr 139, poz. 932-934 i Nr 141, poz. 943 i 945 oraz z 1998 r. nr 66, poz. 430 i Nr 74, poz. 471) w art. 21 w ust. 1 po pkt 60 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 61 w brzmieniu:

„61) kwoty umorzonych pożyczek studenckich lub kredytów studenckich.”

Art. 18. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 1993 r. Nr 106, poz. 482 i Nr 134, poz. 646, z 1994 r. Nr 1, poz. 2, Nr 43, poz. 163, Nr 80, poz. 368, Nr 87, poz. 406, Nr 90, poz. 419, Nr 113, poz. 547, Nr 123, poz. 602, Nr 127, poz. 627, z 1995 r. Nr 5, poz. 25, Nr 86, poz. 433, Nr 96, poz. 478, Nr 133, poz. 654 i Nr 142, poz. 704, z 1996 r. Nr 25, poz. 113, Nr 34,

poz. 146, Nr 90, poz. 405, Nr 137, poz. 639 i Nr 147, poz. 686, z 1997 r. Nr 9, poz. 44, Nr 28, poz. 158, Nr 79, poz. 484, Nr 96, poz. 592, Nr 107, poz. 685, Nr 118, poz. 754, Nr 121, poz. 770, Nr 123, poz. 776 i 777, Nr 137, poz. 926, Nr 139, poz. 932-934, Nr 140, poz. 939 i Nr 141, poz. 945 oraz z 1998 r. Nr 60, poz. 383) w art. 17 w ust. 1 po pkt 4s dodaje się pkt 4t w brzmieniu:

„4t) dochody Funduszu Pożyczek i Kredytów Studenckich, prowadzonego przez Bank Gospodarstwa Krajowego.”

Art. 19. W ustawie z dnia 14 grudnia 1994 r. o Bankowym Funduszu Gwarancyjnym (Dz. U. z 1995 r. Nr 4, poz. 18 i Nr 133, poz. 654 oraz z 1997 r. Nr 24, poz. 119, Nr 79, poz. 484, Nr 85, poz. 538, Nr 88, poz. 554 i Nr 140, poz. 940) w art. 14 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Nie nalicza się obowiązkowej opłaty rocznej od aktywów Funduszu Pożyczek i Kredytów Studenckich utworzonego w Banku Gospodarstwa Krajowego.”

Art. 20. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
Aleksander Kwaśniewski

Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej w świetle prawa za błąd w sztuce – przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Poznaniu

I Odpowiedzialność karna

Błąd w sztuce pielęgniarki lub położnej może spowodować postawienie jej zarzutu przestępstwa nieumyślnego.

Warunkiem odpowiedzialności za przestępstwo nieumyślne jest łączne spełnienie następujących przesłanek:

- czyn obwinionej musi być sprzeczny z ogólnie przyjętymi regułami ostrożnego postępowania z takimi dobrami jak życie lub zdrowie pacjenta. Aby przyjąć, że zachowanie obwinionej było sprzeczne z wymaganą od niej ostrożnością w postępowaniu wobec pacjenta, musi mieć ona obiektywną możliwość rozpoznania w chwili przystępowania do czynu, że jej zachowanie jest niebezpieczne dla jego życia lub zdrowia. Wspomnianą obiektywną możliwość ustala się w

w prawie karnym odwołując się do normatywnego wzorca, w tym wypadku „dobrej pielęgniarki”. Zatem przyjmuje się, że obwiniona miała ową obiektywną możliwość rozpoznania, że jej czyn stwarza zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjenta, jeżeli postawiona na jej miejscu „dobra pielęgniarka”, to znaczy kompetentna osoba, wyposażona w fachową wiedzę z dziedziny pielęgniarstwa i położnictwa oraz dostateczne doświadczenie zawodowe, przewidziałaby wspomniane niebezpieczeństwo.

- wywołany czynem obwinionej skutek musi być powiązany z jej zachowaniem, najogólniej można przyjąć, że wspomniane powiązanie przyczynowo – skutkowe zachodzi, jeżeli czyn obwinionej jest warunkiem koniecznym do wystąpienia określonego skutku. Oczywiście odpowiedzialność karna nie obejmuje każdego

skutku, który stanowi normalne typowe następstwo określonego czynu. Dodatkowo prawo karne wymaga, aby nieostrożne zachowanie, które wywołało przestępny skutek naruszyło właśnie tę regułę postępowania, która ma na celu zabezpieczyć życie lub zdrowie pacjenta przed takim właśnie skutkiem, jaki rzeczywiście nastąpił.

- obwiniona musiała mieć w chwili przystępowania do czynu indywidualną możliwość zachowania się zgodnego z wymaganą w danej sytuacji ostrożnością. W praktyce raczej nie tyle ustala się wspomnianą indywidualną zdolność do postępowania zgodnie z wymaganiami prawa, ile wyklucza się występowanie w chwili czynu okoliczności, które mogłyby ową zdolność ostrożnego postępowania i przewidywaną możliwość nastąpienia skutku wyłączyć.

Jakie okoliczności mogą wyłączyć odpowiedzialność pielęgniarki lub położnej?

- stan wyższej konieczności, który zachodzi w razie, gdy pielęgniarka lub położna działa w celu uchylenia bezpośredniego niebezpieczeństwa grożącego życiu lub zdrowiu pacjenta, jeżeli niebezpieczeństwa nie można inaczej uniknąć, a dobro poświęcone nie przedstawia wartości oczywiście większej niż dobro ratowane. Wyraźnie jednak trzeba zaznaczyć, że pielęgniarka nie może powoływać się na kontratyp stanu konieczności w razie ratowania swojego zdrowia poświęcając zdrowie czy życie pacjenta, należy ona bowiem z racji wykonywanego zawodu do osób, na których ciąży obowiązek chronienia życia czy zdrowia pacjenta nawet z narażeniem się na niebezpieczeństwo osobiste.
- błąd co do okoliczności faktycznej całego zdarzenia pod warunkiem jednak, że był to błąd niezawiniony to znaczy błąd, którego nie mogła obwiniona uniknąć.
- błąd co do bezprawności samego czynu również pod warunkiem, że obwiniona nie mogła błędnie uniknąć. (W praktyce najczęściej ten rodzaj błędu będzie występował przy popełnieniu przeciwko wolności – przykładowo pielęgniarka wykonuje zabieg, konieczny z punktu widzenia ochrony pacjenta, na który jednak pacjent nie wyraził zgody).
- działanie na pisemne polecenie ordynującego zabieg lekarza. Trzeba przypomnieć, że zgod-

nie z obowiązującym prawem pielęgniarka nie ma prawa odmówić wykonania polecenia lekarza, może jedynie żądać aby wspomniane polecenie zostało jej udzielone na piśmie.

- działanie w zaufaniu, że inni członkowie zespołu wykonują swoje obowiązki należycie. Trzeba jednak zapamiętać, że chodzi tutaj o ograniczone zaufanie, które oznacza, że członek zespołu może działać w zaufaniu do drugiego członka zespołu tak długo jak długo nie wystąpią w jego zachowaniu cechy wskazujące na to, że może on ciężący na nim obowiązek ostrożnego postępowania naruszyć.

Trochę inaczej problem ten przedstawia się w razie wystąpienia stosunku podporządkowania pomiędzy dwoma osobami (np. pielęgniarka stażystka i pielęgniarka przełożona). W takim wypadku osoba dysponująca większą wiedzą i doświadczeniem zawodowym może powołać się na zasadę ograniczonego zaufania tylko, jeżeli chodzi o czynność, której wykonanie mieści się w granicach wymagań stawianych mniej doświadczonej osobie.

Natomiast stosuje się zasady ograniczonego zaufania w tych wszystkich przypadkach, w których reguła staranności nakazuje lekarzowi przeprowadzenie określonej czynności samodzielnie, wykluczając zarazem zlecenie jej innej osobie (np.: pielęgniarce czy położnej).

Za jakie przestępstwa pielęgniarka lub położna może zostać skazana?

Przede wszystkim w grę wejdą przestępstwa zamieszczone w rozdziale XXI kodeksu karnego zatytułowanym „Przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu”.

Będą to:

- przestępstwo nieumyślnego spowodowania śmierci (art. 152 kodeksu karnego)
- nieumyślne ciężkie uszkodzenie ciała pacjenta (art. 155 § 2 kodeksu karnego)
- nieumyślne spowodowanie zwykłego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 156 § 3 kodeksu karnego)
- nieumyślne pozostawienie pacjenta w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia (art. 163 § 2 kodeksu karnego).

II Odpowiedzialność cywilna

W razie wyrządzenia skutku w postaci śmierci, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia

pacjenta jako następstwa błędu w sztuce, pielęgniarka lub położna będzie ponosić odpowiedzialność cywilną. Zakres wspomnianej odpowiedzialności zależy od tego, na podstawie jakiego stosunku prawnego świadczyła ona pracę. W razie pozostawania w stosunku zatrudnienia na podstawie umowy o pracę, odpowiedzialność pielęgniarki i położnej będzie oparta o zasadę wyrażoną w art. 120 kodeksu pracy. Zgodnie ze wspomnianym przepisem w razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków pracowniczych szkody osobie trzeciej, zobowiązany do naprawienia szkody jest wyłącznie zakład pracy. Natomiast wobec zakładu pracy, który naprawił szkodę wyrządzoną osobie trzeciej pracownik ponosi odpowiedzialność w wysokości wyrządzonej szkody, ale nie większej niż kwota trzymiesięcznego wynagrodzenia pracownika.

Inaczej natomiast przedstawia się odpowiedzialność cywilna pielęgniarki lub położnej zatrudnionej na podstawie umowy zlecenia. W takim bowiem przypadku ponosi ona odpowiedzialność na zasadzie art. 415 kodeksu cywilnego, a więc w wysokości

wyrządzonej szkody. Poszkodowany może żądać pokrycia wszelkich wynikłych z tego powodu kosztów, a w razie gdyby pacjent utracił całkowicie lub częściowo zdolność do pracy zarobkowej albo jeżeli zwiększyłyby się jego potrzeby lub zmniejszyły jego widoki powodzenia na przyszłość, może on żądać od zobowiązanej do naprawienia szkody pielęgniarki lub położnej odpowiedniej renty.

Co więcej, jeżeli skutek uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia nastąpiła śmierć pacjenta, obwiniona pielęgniarka lub położna musi zwrócić koszty leczenia lub pogrzebu temu kto je poniósł oraz może zostać na nią nałożony obowiązek świadczenia renty na rzecz osób, względem których ciążył na zmarłym pacjencie obowiązek alimentacyjny lub którym zmarły pacjent dobrowolnie i stale dostarczał środków utrzymania, w tym ostatnim przypadku o ile jest to zgodne z zasadami współżycia społecznego (art. 44, 445, 447 kodeksu karnego).

dr Alicja Kopeć
Pracownik naukowy
Uniwersytetu Jagiellońskiego

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r

w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

Na podstawie art. 35a ust. 6 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110 oraz z 1997 r. Nr 104, poz. 661, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041) zarządza się co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa konieczne elementy umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz minimalny czas, na który umowa może być zawarta, tryb ogłaszania konkursu ofert, tryb ich składania, sposób przeprowadzania konkursu, a także szczegółowe zasady i tryb zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów dotyczących tych czynności.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie – należy przez to rozumieć ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, po. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110 oraz z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041),
- 2) umowie – należy przez to rozumieć umowę o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne, o której mowa w art. 35 ustawy,

- 3) udzielającym zamówienia – należy przez to rozumieć organ, o którym mowa w art. 8 ust. 1 pkt. 1-3 ustawy.

§ 3. Umowa nie może być zawarta na czas krótszy niż 3 miesiące, chyba że z rodzaju i ilości świadczeń zdrowotnych wynika czas krótszy.

§ 4. Zawarcie umowy następuje na podstawie wyniku konkursu ofert, ogłoszonego i przeprowadzonego przez udzielającego zamówienia, przy czym przeprowadzenia konkursu ofert następuje za pośrednictwem komisji konkursowej.

§ 5. Udzielający zamówienia dokonuje ogłoszenia o konkursie ofert, zwanego dalej „ogłoszeniem”, wraz z zaproszeniem do składania ofert.

§ 6. Ogłoszenie zamieszcza się na łamach prasy codziennej, na tablicy ogłoszeń w siedzibie udzielającego zamówienia i w siedzibie terenowo właściwego okręgowego organu samorządu zawodu medycznego, odpowiedniego ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych ogłoszeniem.

§ 7. W ogłoszeniu należy skreślić:

- 1) nazwę i siedzibę organu ogłaszającego konkurs,
- 2) przedmiot konkursu obejmujący:
 - a) przyjęcie obowiązków udzielania okreś-

lonych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju wskazanej szacunkowo liczbie osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z danego terenu,

b) czas, na który może być zawarta umowa, w tym termin rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,

- 3) miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu, w tym z projektem umowy, a w przypadku określonym w § 8 ust. 2 – także miejsce, w którym można otrzymać obowiązujące formularze oferty,
- 4) miejsce i termin składania ofert,
- 5) miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu,
- 6) termin związania ofertą – nie dłuższy niż 30 dni od upływu terminu składania ofert,
- 7) zastrzeżenie o prawie do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert,
- 8) informację o możliwości składania skarg i protestów dotyczących konkursu ofert.

2. W ogłoszeniu można zawrzeć również proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia.

§ 8. 1. Oferta powinna zawierać:

- 1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia,
- 2) dane o referencie:
 - a) nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy,
- 3) określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności,
- 4) wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
- 5) proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia, z ewentualną kalkulacją elementów należności,
- 6) proponowany czas trwania umowy.

2. Udzielający zamówienia może żądać złożenia oferty na udostępnionym formularzu.

§ 9. Oferty składa się w zamkniętej kopercie w formie pisemnej pod rygorem nieważności, w miejscu i czasie określonym w ogłoszeniu.

§ 10. Oferty powinny być rozpatrzone w ciągu 14 dni od terminu określonego dla ich złożenia.

§ 11. 1. W celu przeprowadzenia konkursu ofert udzielający zamówienia powołuje komisję konkursową w składzie co najmniej 3 członków i wyznacza spośród nich przewodniczącego.

2. W pracach komisji ma prawo uczestniczyć z głosem doradczym przedstawiciel właściwego, ze względu na rodzaj świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, samorządu zawodu medycznego, zwany dalej „przedstawicielem” jeżeli do konkursu przystąpi osoba, o której mowa w art. 35 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy,

3. członek komisji konkursowej oraz przedstawiciel podlega wyłączeniu od udziału w komisji, gdy oferentem jest:

- 1) jego małżonek oraz krewny i powinowaty do drugiego stopnia,
- 2) osoba związana z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
- 3) osoba pozostająca wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej,
- 4) osoba, której małżonek, krewny lub powinowaty do drugiego stopnia albo osoba związana z nią z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli pozostaje wobec niego w stosunku nadrzędności służbowej.

4. Udzielający zamówienia w sytuacji, o której mowa w ust. 3, dokonuje wyłączenia i powołuje nowego członka komisji konkursowej oraz występuje do właściwego organu samorządu zawodowego o zmianę przedstawiciela.

1. Komisja konkursowa rozwiązuje się z chwilą rozstrzygnięcia konkursu ofert.

§ 12. 1. Konkurs ofert rozpoczyna się w miejscu i terminie wskazanym w ogłoszeniu i trwa do czasu rozstrzygnięcia.

2. Konkurs umarza się, jeżeli postępowanie konkursowe nie zostanie zakończone wyłonieniem właściwej oferty.

3. W razie, gdy do postępowania konkursowego zgłoszona została tylko jedna oferta, udzielający zamówienia może przyjąć tę ofertę, jeżeli komisja konkursowa stwierdzi, że spełnia ona wymagania określone rozporządzeniem.

4. W przypadku określonym w ust. 2 udzielający zamówienia dokonuje niezwłocznie ponownego ogłoszenia konkursu.

§ 13. 1. Komisja konkursowa, przystępując do rozstrzygnięcia konkursu ofert, dokonuje kolejno następujących czynności:

- 1) stwierdza prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
- 2) otwiera koperty z ofertami,
- 3) ustala, które z ofert spełniają warunki

określone w § 8,

- 4) odrzuca oferty nie odpowiadające warunkom określonym w § 8 lub zgłoszone po wyznaczonym terminie,
- 5) ogłasza oferentom, które z ofert spełniają warunki określone w § 8, a które zostały odrzucone,
- 6) przyjmuje do protokołu wyjaśnienia i oświadczenia zgłoszone przez oferentów,
- 7) wybiera najkorzystniejszą ofertę albo nie przyjmuje żadnej z ofert.

2. Komisja konkursowa w czasie przeprowadzania konkursu przyjmuje i rozstrzyga skargi oferentów.

3. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności określonych w ust. 1 pkt 1,2 i 5.

§ 14. Z przebiegu konkursu sporządza się protokół, który powinien zawierać:

- 1) oznaczenie miejsca i czasu konkursu,
- 2) imiona i nazwiska członków komisji konkursowej oraz przedstawiciela,
- 3) liczbę zgłoszonych ofert,
- 4) wskazanie ofert odpowiadających warunkom określonym w § 8,
- 5) wskazanie ofert nie odpowiadających warunkom określonym w § 8 lub zgłoszonych po terminie wraz z uzasadnieniem,
- 6) wyjaśnienia i oświadczenia oferentów,
- 7) wskazanie najkorzystniejszej dla udzielającego zamówienia oferty albo stwierdzenie, że żadna z ofert nie została przyjęta – wraz z uzasadnieniem,
- 8) ewentualne odrębne stanowisko członka komisji konkursowej lub przedstawiciela,
- 9) wzmiankę o odczytaniu protokołu,
- 10) podpisy członków komisji i przedstawiciela.

§ 15. Komisja konkursowa niezwłocznie zawiadamia oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku na piśmie.

§ 16. 1. W toku postępowania konkursowego, jednakże przed rozstrzygnięciem konkursu, oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowaną skargę.

2. Do czasu rozpatrzenia skargi postępowanie konkursowe zostaje zawieszane.

3. Komisja konkursowa rozpatruje skargę w ciągu 3 dni od daty jej złożenia.

4. O wniesieniu i rozstrzygnięciu skargi komisja konkursowa w formie pisemnej niezwłocznie informuje pozostałych oferentów i udzielającego zamówienia.

§ 17. 1. Oferent może złożyć do udzielającego

zamówienia umotywowany protest dotyczący rozstrzygnięcia konkursu w ciągu 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w § 15.

2. Wniesienie protestu jest dopuszczalne tylko przed zawarciem umowy.

3. Po wniesieniu protestu udzielający zamówienia do jego rozstrzygnięcia, nie może zawrzeć umowy.

4. Udzielający zamówienia rozpoznaje i rozstrzyga protest najpóźniej 7 dni od daty jego złożenia.

5. O wniesieniu i rozstrzygnięciu protestu udzielający zamówienia niezwłocznie informuje w formie pisemnej pozostałych oferentów.

6. W przypadku uwzględnienia protestu udzielający zamówienia powtarza konkurs ofert.

§ 18. Udzielający zamówienia obowiązany jest zawrzeć umowę zgodną z wybraną przez komisję konkursową najkorzystniejszą ofertą w terminie 21 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu ofert.

§ 19. Umowa powinna zawierać:

- 1) oznaczenie stron umowy,
- 2) określenie świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju,
- 3) określenie szacunkowej liczby osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń publicznych zakładów opieki zdrowotnej z danego terenu,
- 4) określenie sposobu zgłaszania się i rejestracji pacjentów, organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w lokalu i poza nim, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych i sposobu podania ich do wiadomości osobom uprawnionym do świadczeń zdrowotnych,
- 5) minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych lub świadczeń zdrowotnych określonego rodzaju,
- 6) określenie czasu, na który została zawarta umowa,
- 7) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzonej przez udzielającego zamówienia,
- 8) określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości,
- 9) ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności,
- 10) ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia,
- 11) postanowienia dotyczące szczegółowych

okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia,

- 12) postanowienia dotyczące rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku nieudokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy przez przyjmującego zamówienie, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w art. 35 ust. 6 ustawy,
- 13) w przypadku osób, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 3 ustawy, zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadze-

nia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

§ 20. W sprawach nie uregulowanych rozporządzeniem stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.

§ 21. Postępowania konkursowo wszczęte przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia toczą się według dotychczasowych przepisów.

§ 22. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od daty ogłoszenia.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
W. Maksymowicz

Załącznik nr 1 do rozporządzenia MZiOS

z dnia 6 lipca 1998 r.

część II Szczepienia zalecane i część III Informacje uzupełniające

I. B. SZCZEPIENIA OSÓB DOROSŁYCH NARAŻONYCH W SPOSÓB SZCZEGÓLNY NA ZAKAŻENIE

Szczepienie przeciw	Osoby podlegające szczepieniu	Uwagi
GRUŻLICY Śródskórnice szczepionką BCG	- tuberkulinoujemni studenci akademii medycznych i uczniowie policealnych szkół medycznych (w pierwszym miesiącu nauki) nie zbadani próbami tuberkulinowymi w ciągu ostatnich 12 miesięcy	Szczepienie należy wykonać w dniu odczytania próby tuberkulinowej Mantoux
WZW typu B - domięśniowo	- pracownicy publicznych zakładów opieki zdrowotnej o wysokim ryzyku zakażenia - uczniowie średnich i policealnych szkół medycznych oraz studenci akademii medycznych w ciągu pierwszego roku szkolnego/akademickiego - osoby z bliskiego otoczenia chorych na WZW typu B i nosicielei HBV (domownicy oraz osoby przebywające w zakładach opiekuńczych, wychowawczych i zakładach zamkniętych)	Szczepienia podstawowe wg schematu: 0, 1, 6 miesięcy. Pojedyncze dawki przypominające: w odstępach co pięć lat tylko dla pracowników służby zdrowia w sposób szczególny na zakażenie.
BŁONICY - podskórnice szczepionką monowalentną (d, D) lub skojarzoną ze szczepionką przeciw TĘŻCOWI (Td, DT)	- osoby ze stycznością z chorymi na błonicę, - pracownicy służby zdrowia, personel zatrudniony w ośrodkach dla uchodźców, wytypowani funkcjonariusze policji, osoby zatrudnione na przejściach granicznych oraz przy obsłudze pasażerów komunikacji lotniczej, kolejowej i autobusowej na trasach międzynarodowych w kierunku wschodnim, - osoby wyjeżdżające do państw, w których występują zachorowania na błonicę, - osoby w wieku 20-29 lat ze wschodnich województw przygranicznych	W szczepieniach przypominających należy podać: - osobom w wieku do 30 lat – jedną dawkę d (Td) - osobom w wieku 30 lat i starszym – jedną dawkę d (Td) dzieciom – jedną dawkę DT lub D, zależnie od wskazań
TĘŻCOWI – podskórnice szczepionką zabita	Ze wskazań indywidualnych osoby, które uległy zranieniu. Szczepienie wg zasad podanych w komunikacie MZiOS (Dz. U. MZiOS z 1997 r. Nr 2, poz. 9)	Liczba dawek zależna od daty i cyklu poprzedniego szczepienia; w uodpornieniu czynno-biernym podaje się także antytoksynę tężcową.
WŚCIEKLIŻNIE – domięśniowo szczepionką zabita	Ze wskazań indywidualnych osoby podejrzane o zakażenie wirusem wścieklizny (pokąsane przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, dzikie lub	Cykl szczepień wg zaleceń producenta. W przypadku ciężkich pokąsań należy zastoso-

	nieznane). Szczepienie w wytypowanych punktach szczepień przy szpitalach zakaźnych lub wojewódzkich stacjach sanitarno – epidemiologicznych.	wać swoistą immunoglobulinę jednocześnie z pierwszą dawką szczepionki.
DUROWI BRZUSZNEMU – podskórnie szczepionką Ty lub TyTe	Decyzję podejmuje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny zależnie od lokalnej sytuacji epidemiologicznej	Szczepienie podstawowe wg schematu 0, 1, 12 miesięcy. Pojedyncze dawki przypominające: w odstępach co trzy – pięć lat.

I. A. SZCZEPIENIA ZALECANE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW ZNAJDUJĄCYCH SIĘ W BUDŻECIE MINISTERSTWA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

Szczepienie przeciw	Zalecane osobom	Uwagi
WZW typu B - domięśniowo	<ul style="list-style-type: none"> - przewlekle chorym o wysokim ryzyku zakażenia - chorym przygotowywanym do zabiegów operacyjnych 	Szczepienie podstawowe wg schematu: 0, 1, 6 miesięcy
GRUŻLICA	<ul style="list-style-type: none"> - zakażonym wirusem HIV bez objawów choroby 	Szczepienie należy wykonać w dniu odczytania próby tuberkulinowej Mantoux

II. B. SZCZEPIENIA ZALECANE NIE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW ZNAJDUJĄCYCH SIĘ W BUDŻECIE MINISTERSTWA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ

Szczepienie przeciw	Zalecane osobom	Szczepionki zarejestrowane w Polsce
WZW typu B - domięśniowo – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	<ul style="list-style-type: none"> - dzieciom nie podlegającym szczepieniom obowiązkowym - młodzieży - wieku 20-40 lat, zwłaszcza kobietom, które ze względu na tryb życia lub wykonywanego zajęcia są narażone na zakażenia związane z uszkodzeniem ciągłości tkanek lub poprzez kontakt seksualny 	zaleca się szczepionki <i>rekombinowane</i> : ENGERIX – B (Smith Kline Beecham) HB – VAX – II (Merck Sharp Dohme)
WZW typu A – domięśniowo – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	<ul style="list-style-type: none"> - dzieciom w wieku przedszkolnym, szkolnym i młodzieży; szczególnie zalecane dzieciom rozpoczynającym naukę w szkole podstawowej, które nie chorowały na WZW typu A - wyjeżdżającym do krajów rozwijających się i innych o wysokiej zapadalności na WZW typu A - zatrudnionym przy produkcji i dystrybucji żywności 	HAVRIX (SmithKline Beecham) AVAXIM (Pasteur Merieux) tylko dla dorosłych
ODRZE, ŚWINCE, RÓŻYCZCE – podskórnie – jedną dawkę szczepionki skojarzonej	<ul style="list-style-type: none"> - dzieciom w wieku 13 –15 miesięcy oraz w 7 roku życia zamiast obowiązkowego szczepienia przeciw odrze; podawane w wywiadzie przebycie zachorowań na odrę i świnkę lub różyczkę nie jest przeciwwskazaniem do szczepienia; szczepionkę należy podać po upływie dwóch miesięcy od wyzdrowienia 	zaleca się szczepionkę: MMR II (Merck Sharp Dohme) <i>zawierającą atenuowany szczep świnkowy Jeryl Lynn</i>
GRYPIE – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	ze wskazań klinicznych i indywidualnych: <ul style="list-style-type: none"> - przewlekle chorym (astma, cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddychania, nerek) - w podeszłym wieku ze wskazań epidemiologicznych: - pracownikom służby zdrowia, szkolnictwa, handlu, transportu, budownictwa oraz 	„split” – zawierające <i>roszczepione wiriony</i> : BEGRIVAC (Chiron Behring GmbH & Co) FLUARIX (Smith Kline Beecham) VAXIGRIP (Pasteur Merieux) <i>podjednostkowa</i> : INFLUVAC (Solvay Duphar B. V.) Ważne są tylko jeden rok ze

	osobom narażonym na kontakty z dużą liczbą ludzi bądź pracującym na otwartej przestrzeni	względu na coroczne zmiany składu szczepionki wg zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia
KLESZCZOWEMU ZAPALENIU MÓZGU – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	- przebywającym na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby: osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującemu wojsku, rolnikom, młodzieży odbywającej praktyki oraz turystom i uczestnikom obozów i kolonii	ENCEPUR (Chiron Behring GmbH & Co) FSME – IMMUN Inject (Immuno AG)
Zakażeniom wywołanym przez HAEMOPHILUS INFLUNZAE typ b – domięśniowo lub podskórnie – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	- dzieciom od drugiego miesiąca życia dla zapobiegania zapaleniom opon mózgowo – rdzeniowych, posocznicy, zapaleniom narządów itp. <i>Jeżeli szczepienie stosuje się w pierwszym roku życia dziecka najlepiej dwie pierwsze dawki podać jednocześnie ze szczepionkami DTP, POLIO i WZW B, natomiast dawkę trzecią ze szczepionkami DTP i POLIO</i>	Act – HIB (Pasteur Merieux) HIBERIX (Smith Kline Beecham) Hib-TITER (Wyeth – Lederle Pharma GmbH) PEDVAX HIB (Merck Sharp Dohme)
BŁONICY, TĘŻCOWI – podskórnie – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	- dorosłym (szczepionym podstawowo) pojedyncze dawki przypominające co 10 lat, nie szczepionym w przeszłości - szczepienie podstawowe	Td (Biomed Kraków)
RÓŻYCZCE – podskórnie – dawkowanie i cykl szczepień wg wskazań producenta szczepionki	- młodym kobietom, zwłaszcza pracującym w środowiskach dziecięcych (przedszkole, szkoły, szpitale, przychodnie) dla zapobiegania różyczce wrodzonej Nie wolno szczepić w okresie ciąży. Przez trzy miesiące po szczepieniu nie należy zachodzić w ciążę.	ERVEVAX (Smith Kline Beecham) MERUVAX II (Merck Sharp Dohme) RUDIVAX (Pasteur Merieux)
ŻÓLTEJ GORĄCZCE I INNYM CHOROBYM	- wyjeżdżającym za granicę, według wymogów kraju docelowego oraz międzynarodowych przepisów zdrowotnych. Szczegółowych informacji udzielają wojewódzkie stacje sanitarno - epidemiologiczne	Wszystkie szczepionki stosowane w punktach szczepień dla wyjeżdżających za granicę są zarejestrowane w Polsce

I. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

A. FINANSOWANIE SZCZEPIEŃ

1. Szczepienia wymienione w częściach IA, IB, IIA PSO są wykonywane szczepionkami finansowanymi ze środków znajdujących się w budżecie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (bezpłatne dla pacjenta).

2. Szczepienia wymienione w części II B PSO (szczepienia zalecane przez Głównego Inspektora Sanitarnego) nie finansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej powinny być wykonywane z użyciem szczepionek zarejestrowanych w Polsce, dostępnych odpłatnie. Badanie kwalifikacyjne, zabieg i wpis do dokumentacji (ewentualnie wydanie świadectwa szczepienia), wykonane na zlecenie lekarza publicznego zakładu opieki zdrowotnej w tym zakładzie, są bezpłatne.

Ze względu na wymagania łańcucha chłodniczego wskazane jest prowadzenie szczepień zalecanych w placówkach dysponujących szczepionkami i przechowującymi je zgodnie z zasadami.

3. Odpłatność szczepień osób wyjeżdżających za granicę regulują odrębne przepisy.

B. SZCZEPIENIA PRZECIW WIRUSOWEMU ZAPALENIU WĄTROBY TYPU B

1. Szczepienia podstawowe noworodków prowadzone są 4 dawkami szczepionki (w cyklu: 0, 1, 2, 12), a osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie – 3 dawkami szczepionki (w cyklu: 0, 1, 6).

2. Jednorazową dawkę przypominającą należy podać pracownikom służby zdrowia o wysokim ryzyku zakażenia HBV szczepionym podstawowo przed pięciu laty lub wcześniej; nie przewiduje

się podania dawki przypominającej osobom z innych grup ryzyka.

3. Osoby dializowane powinny być bezpłatnie szczepione podwójnymi dawkami szczepionki w cyklach zalecanych przez lekarza; pozostali przewlekle chorzy, narażeni w sposób szczególny na zakażenie, szczepieni są trzema dawkami pojedynczymi (W CYKLU 0, 1, 6).

4. Wyjaśnia się, że **szczepienia osób przewlekle chorych oraz przygotowywanych do zabiegów operacyjnych** w publicznych zakładach opieki zdrowotnej nie są **szczepieniami obowiązkowymi** (część IIA PSO – SZCZEPENIA ZALECANE FINANSOWANE ZE ŚRODKÓW ZNAJDUJĄCYCH SIĘ W BUDŻECIE MINISTERSTWA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ). **Należy traktować je jako uprawnienia pacjenta.** Nie dopuszczalne jest odmawianie zabiegu pacjentowi w przypadku rezygnacji ze szczepienia.

Wykonuje się je bezpłatnie w cyklu 0, 1, 6 miesięcy. Przed operacją należy podać co najmniej dwie dawki, a zabieg przeprowadzić nie wcześniej niż po dwóch tygodniach od drugiej dawki (tj. po sześciu tygodniach od rozpoczęcia szczepień). Po sześciu miesiącach od pierwszej dawki należy podać dawkę trzecią.

W przypadku podjęcia szczepień w innym cyklu, wymagającym większej ilości szczepionki, należy zapewnić bezpłatnie dwie dawki przed operacją i jedną dawkę w okresie do 12 miesięcy od rozpoczęcia szczepień; pozostałe dawki należy wykonać jako szczepienie dodatkowe (preparatem zakupionym przez pacjenta).

C. SZCZEPIENIE PRZECIW ODRZE

1. Szczepienie przypominające w 7 roku życia należy wykonać przed przypadającym w tym samym roku życia szczepieniem przeciw gruźlicy ze względu na długie gojenie się zmian po szczepieniu przeciw gruźlicy.

2. Zaleca się uzupełnienie dawki przypominającej szczepienia przeciw odrze dzieciom w 8-15 roku życia, które nie otrzymały jej we właściwym terminie.

D. SZCZEPIENIA PRZECIW ODRZE, ŚWINCE I RÓŻYCZCE

Szczepienie szczepionką potrójną przeciw odrze, śwince i różyczce można podać według wskazań dla szczepień zalecanych (cz. IIB PSO) w miejsce podstawowego szczepienia

przeciw odrze w drugim roku życia oraz w miejsce uzupełniającego szczepienia przeciw odrze w siódmym roku życia.

E. PRÓBY TUBERKULINOWE I SZCZEPIENIA PRZECIW GRUŹLICY

1. Próby tuberkulinowe przed szczepieniem BCG u dzieci zdrowych, nie pozostających w styczności z chorym na gruźlicę, należy wykonywać począwszy od 12 roku życia (w kalendarzu – I próba tuberkulinowa).

2. Studenci akademii medycznych i uczniowie policealnych szkół medycznych rozpoczynający naukę i niezbadani próbami tuberkulinowymi w ciągu ostatnich 12 miesięcy powinni wykonać to badanie w pierwszym miesiącu nauki, a osoby tuberkulinoujemne poddać się szczepieniu.

3. Szczepienia przeciw gruźlicy zalecane są osobom zakażonym wirusem HIV bez objawów choroby (część IIA PSO).

F. SZCZEPIENIA PRZECIW POLIOMYELITIS

1. Szczepienia przeciw poliomyelitis prowadzone są szczepionką żywą (OPV) doustnie.

2. Dzieci mające przeciwwskazania do szczepień szczepionką zabitą (IPV) podskórnie w cyklu jak szczepionką żywą. Szczepionka zabita może być zamawiana przez wojewódzkie stacje sanitarno epidemiologiczne dla poradni konsultacyjnej lub na wniosek indywidualny.

G. SZCZEPIENIA PRZECIW KRZTUŚCOWI

1. Dzieciom z przeciwwskazaniami do szczepienia **szczepionką komórkową przeciw krztuścowi**, które wg opinii lekarza mogłyby być szczepione **szczepionką acelularną (DTPa)**, można podać tę szczepionkę według zaleceń producenta. Obecnie szczepionka może być dostarczana na zasadzie importu indywidualnego.

2. Dzieciom nie szczepionym przeciw krztuścowi z powodu przeciwwskazań, które już zostały uodpornione szczepionką DT, można po ustąpieniu przeciwwskazań w stopniu umożliwiającym uzupełnienie odporności przeciw krztuścowi przy użyciu szczepionki acelularnej zastosować **pojedynczą szczepionkę przeciw krztuścowi (Pa)** według zaleceń producenta. Szczepionka dostarczana jest tylko na zasadzie importu indywidualnego.

H. ORGANIZACJA SZCZEPIEŃ

1. Przeprowadzanie szczepień dzieci w

wieku szkolnym na jesieni, tj. u rozpoczynających naukę, jest uzasadnione względami merytorycznymi:

* wyprzedza sezonową zwyżkę zachorowań (I-V następnego roku kalendarzowego)

* chroni dzieci w nowym środowisku przed zakażeniami kontaktowymi,

* dopiero na jesieni większość dzieci urodzonych w tym samym roku osiąga wiek wskazany w programie szczepień.

Jeżeli duża koncentracja szczepień utrudnia ich wykonanie albo przemawiają za tym ważne względy organizacyjne, część szczepień (zwłaszcza u dzieci kończących szkoły podstawowe lub ponadpodstawowe) można przeprowadzić w I połowie roku kalendarzowego. Wówczas należy szczepić wcześniej (przed wakacjami) dzieci kończące określony wiek w danym roku kalendarzowym, tzn. dopuszcza się wcześniejsze o około 0,5 roku wykonywanie szczepień, a nie przekładanie ich na kolejny rok kalendarzowy.

2. Określony w części IA wiek dziecka należy rozumieć jak w przykładzie: dziecko, które ukończyło 3 lata, jest w czwartym roku życia.

II. ODSTĘPY MIĘDZY SZCZEPIENIAMI

Przypomina się, że skracanie odstępów między dawkami szczepionek bardziej pogarsza skuteczność szczepienia niż ich wydłużanie. Na wniosek Komisji Epidemiologii Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno – Epidemiologicznej przy Głównym Inspektorze Sanitarnym wydłużono zalecany okres między podaniem szczepionek zabitych (nieżywych) po zabitych do 4 (czterech) tygodni (w miejsce wcześniej przyjmowanych 2 tygodni). Jednocześnie pozostają aktualne zalecenia, że szczepionkę żywą można podać po szczepionce żywej po upływie 6 (sześciu) tygodni.

Po niżej wymienionych rodzajach szczepionek można rozpocząć kolejne szczepienia po upływie co najmniej:

Po podaniu szczepionki	można podać			
	żywą	zabita		
żywej	6 tyg.	4 tyg.	szczepionki żywe:	- wirusowe: OPV, przeciw odrze, śwince, różyczce, żółtej gorączce; - bakteryjne: BCG
zabitej	4 tyg.	4 tyg.	szczepionki nieżywe: (zabite anatoksyny i inne)	- wirusowe: IPV, przeciw wzv B i A, wścieklicznie, grypie, k. z. m. - bakteryjne: DTP, DT, Td, D, Te, TyTe, Hib i przeciw cholerze

A. Wybrane szczepionki zarejestrowane w Polsce, które nie zostały wymienione jako zalecane przez Głównego Inspektora Sanitarnego:

- przeciw śwince MUMPSVAX (Merck Sharp Dohme) zawiera szczep świnkowy Jeryl Lynn
- przeciw zakażeniom pneumokokowym

- PNEUMO 23 (Pasteur Merieux) PNEUMO-VAX 23 (Merck Sharp Dohme)
- przeciw odrze, śwince i różyczce TRIMOVAX (Pasteur Merieux) zawiera szczep świnkowy Urabe AM – 9
- przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi i wzv B TRITANTRIX HB (Smith Kline Beecham)

Informujemy, że w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego na stanowisko Oddziałowej Zespołu Opieki Paliatywnej w Szpitalu Zespolonym została wytypowana przez komisję konkursową pielęgniarka Elżbieta Krzyżanowska

Gratulujemy i życzymy sukcesów w pracy i życiu osobistym

Samorząd P i P

Ustawa

z dnia 24 lipca 1998 r.

o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej – w związku z reformą ustrojową państwa

Art. 70. W ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178 oraz z 1996 r. Nr 24, poz. 1101, Nr 91, poz. 410) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Obszar działania poszczególnych okręgowych izb pielęgniarek i położnych, ich liczbę i siedziby ustala Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na wniosek zjazdów okręgowych, uwzględniając zasadniczy podział terytorialny państwa.”;

2) użyte w art. 11 w ust. 1 i w art. 41 w ust. 3 wyrazy „Zakład pracy” zastępuje się wyrazem „Pracodawca”;

3) w art. 44 w ust. 4 wyrazy „do zakładu pracy” zastępuje się wyrazem „pracodawcy”.

Art. 77. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110 oraz z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 8 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez:

- 1) ministra lub centralny organ administracji rządowej,
- 2) wojewodę, w przypadkach określonych w ustawie o Inspekcji Sanitarnej,
- 3) jednostkę samorządu terytorialnego,
- 4) kościół lub związek wyznaniowy,
- 5) pracodawcę,
- 6) fundację, związek wyznaniowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie,
- 7) inną krajową albo zagraniczną osobę prawną lub fizyczną,
- 8) Spółkę nie mającą osobowości prawnej.”;

2) w art. 32f w ust. 1 wyrazy „naczelnym i centralnym organom administracji rządowej, wojewodom, organom samorządu terytorialnego” zastępuje się wyrazy „organom administracji rządowej, organom jednostek samorządu terytorialnego”;

3) art. 36 otrzymuje brzmienie:

„Art. 36. Tworzenie, przekształcenie i likwidacja publicznego zakładu opieki zdrowot-

nej następuje w drodze zarządzenia właściwego organu administracji rządowej albo w drodze uchwały właściwego organu jednostki samorządu terytorialnego, chyba że przepisy ustawy lub przepisy odrębne stanowią inaczej.”;4) art. 37 otrzymuje brzmienie:

„Art. 37. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii organów samorządów zawodowych medycznych ustala, w drodze rozporządzenia, plan rozmieszczenia szpitali publicznych.”;

5) w art. 43 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Projekt zarządzenia lub uchwały o likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej wymaga opinii wojewody oraz opinii właściwych organów gminy i powiatu, których ludność zakład udziela świadczeń zdrowotnych, a także sejmiku województwa, jeśli zasięg działania zakładu obejmuje województwo lub jego znaczną część.”;

6) w art. 45 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W skład rady społecznej działającej przy publicznych zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez organy, o których mowa w art. 8 ust. 1-3, wchodzi:

1) jako przewodniczący:

- a) przedstawiciel organu administracji rządowej – w zakładach utworzonych przez te organy,
- b) przewodniczący zarządu jednostki samorządu terytorialnego lub osoba przez niego wyznaczona – w zakładzie utworzonym przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa.

2) jako członkowie:

- a) przedstawiciel wojewody – w zakładzie utworzonym przez organ gminy, powiatu lub samorządu województwa,
- b) przedstawiciele wyłonieni przez radę powiatu, z zastrzeżeniem przepisu lit. c) – w liczbie określonej przez organ, który utworzył zakład,
- c) przedstawiciele wyłonieni przez sejmik województwa – w zakładzie o wojewódzkim obszarze działania – w liczbie nie przekraczającej 15 osób,
- d) osoby powołane przez organ, który utworzył zakład o ogólnokrajowym lub ponadwojewódzkim obszarze działania – w liczbie nie przekracza-

jącej 15 osób, w tym po jednym przedstawicielu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

- e) przedstawiciel rektora państwowej uczelni medycznej lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych – w zakładzie, w którym oddział szpitalny jest użytkowany na cele kliniki tej uczelni.”;

7) w art. 53a w ust. 2 wyraz „gminy” zastępuje się wyrazami „właściwej jednostki samorządu terytorialnego”;

8) w art. 57 wyraz „gminy” zastępuje się wyrazami „właściwej jednostki samorządu terytorialnego”;

9) w art. 60 w ust. 6 wyraz „gminy” zastępuje się wyrazami „właściwej jednostki samorządu terytorialnego”;

10) w art. 63c w ust. 1 wyrazy „województwo, wójt (burmistrz, prezydent miasta)” zastępuje się wyrazami „przewodniczącym zarządu jednostki samorządu terytorialnego.”

Art. 112. W ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410) art. 9 otrzymuje brzmienie:

„Art. 9.

1. Pielęgniarka po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej, a położna po ukończeniu szkoły położnych, w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu, obowiązana jest do odbycia 12-miesięcznego stażu podyplomowego w zakładzie opieki zdrowotnej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia zapewnia środki finansowe niezbędne do odbycia stażu podyplomowego dla absolwentów szkół pielęgniarskich i szkół położnych.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program stażu pielęgniarki i stażu położnej, sposób i tryb odbywania oraz zaliczania stażu podyplomowego, zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w okresie odbywania stażu podyplomowego oraz warunki, jakie

powinien spełniać zakład opieki zdrowotnej, w którym odbywane są staże podyplomowe.

4. Marszałek województwa, po zasięgnięciu opinii właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych, ustala listę zakładów opieki zdrowotnej, uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego.”

Art. 132. W ustawie z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. Nr 96, poz. 593) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w ust. 3 pkt. 2 skreśla się wyrazy „lub międzywojewódzkie”

2) w art. 10:

a) w ust. 1 skreśla się wyrazy „lub międzywojewódzkim”

b) w ust. 3 wyrazy „Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze zarządzenia” zastępuje się wyrazami „Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia”;

3) w art. 15. ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Samorząd województwa tworzy i utrzymuje wojewódzki ośrodek medycyny pracy”;

4) skreśla się art. 16;

5) w art. 17:

a) w ust. 1:

- skreśla się wyrazy „lub międzywojewódzkiego”,

- w pkt. 7 skreśla się wyraz „województwo”,

b) w ust. 2 skreśla się wyrazy „lub międzywojewódzki”;

6) w art. 18 w ust. 2 skreśla się wyrazy „lub międzywojewódzkiego”

7) w art. 19 skreśla się wyrazy „lub międzywojewódzkiego”

8) w art. 20 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia zleca kontrolę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy oraz kontrolę realizacji zadań, o których mowa w art. 17 ust. 1, jednostkom badawczo – rozwojowym w dziedzinie medycyny pracy”;

9) art. 21 otrzymuje brzmienie:

”Art. 21.

1. Ze środków pochodzących z dotacji celowej na zadania samorządu województwa finansuje się:

1) zadania służby medycyny pracy, o

których mowa w art. 6 ust 1 pkt. 2 lit. d) –f) oraz pkt. 3 i 4.

- 2) zadania służby medycyny pracy, wykonywane zgodnie z art. 6 ust. 3.
- 3) profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawowaną w odniesieniu do osób świadczących prace w czasie odbywania kary pozbawienia wolności w zakładach karnych, przebywania w aresztach śledczych lub wykonujących pracę w ramach kary ograniczenia wolności, jeżeli obowiązek objęcia opieką profilaktyczną nie spoczywa na pracodawcy.

2. Ze środków budżetów województw finansuje się:

- 1) działalność wojewódzkich ośrodków medycyny pracy,
- 2) działalność profilaktyczną wynikającą z programów prozdrowotnych dotyczących zapobiegania i zwalczania określonych chorób oraz programów promocji zdrowia ustalanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia lub samorządy województw,
- 3) okresowe badania lekarskie realizowane w trybie art. 229 § 5 kodeksu pracy w przypadku, kiedy podmiot, który zatrudniał pracownika uległ likwidacji”.

Zmiany

w systemie opodatkowania działalności pielęgniarstwa

W dniu 24 lipca 1998 r. w Ministerstwie Finansów odbyło się spotkanie z wicepremierem i ministrem finansów Leszkiem Balcerowiczem poświęcone planowanym zmianom w systemie opodatkowania działalności pielęgniarstwa.

Poniżej drukujemy komunikat w tej sprawie:

Wykonujące wolny zawód pielęgniarki oraz położne mogą korzystać z opodatkowania w formie karty podatkowej. Wysokość stawki karty podatkowej zależy jedynie od liczby przepracowanych godzin. Obecnie stawka karty podatkowej wynosi 1,70 zł za godzinę. W projekcie ustawy o zryczałtowanym podatku dochodowym od

niektórych przychodów osób fizycznych zaproponowano podniesienie tej stawki do 2 zł za godzinę. Jednak zgodnie z propozycją Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Minister Finansów zaproponował, aby stawka karty podatkowej na rok 1999 wynosiła 1 zł za każdą godzinę.

Obniżenie tej stawki ma zachęcić kolejne przedstawicielki zawodu do prowadzenia własnej działalności gospodarczej i przechodzenia na kontraktowy system zatrudnienia.

Obniżenie wysokości stawki karty podatkowej do 1 zł będzie oznaczało realny przyrost dochodów osób wykonujących wolny zawód pielęgniarki i położnej.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień

W odpowiedzi na fax z dnia 2.X. 1998 r., Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej uprzejmie informuje, że zgodnie z § 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27.XII. 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz. U. Nr 51, poz. 326 z późn. zm.) w przypadkach uzasadnionych potrzebami zakładu służby zdrowia pracownik medyczny może mieć powierzone wykonywanie zadań w różnych komórkach organizacyjnych zakładu.

W) wym. pracownik może być zobowiązany do:

- 1) wykonywania dodatkowych zadań odpowiadających jego kwalifikacjom, wynikających z potrzeby doraźnego zastępstwa innego pracownika,
- 2) pracy w danym zakładzie w komórce organizacyjnej nie przewidzianej w umowie o pracę, a położonej w danej miejscowości na okres do 30 dni w ciągu roku.

Podobnie art. 42 § 4 Kodeksu pracy przewiduje możliwość powierzenia pracownikowi w przypadkach uzasadnionych potrzebami pracodawcy, innej pracy niż określona w umowie o pracę na okres nie prze-

kraczący 3 miesiące w roku kalendarzowym, jeśli nie powoduje to obniżenia wynagrodzenia i odpowiada kwalifikacjom pracownika.

Opisane sytuacje przewidują możliwość oddelegowania pracownika w ramach tego samego pracodawcy, a nie u innego pracodawcy. Chyba, że zachodziłyby przesłanki, o których mowa w art. 174 Kodeksu pracy, tzn. gdyby chodziło o udzielenie pracownikowi urlopu bezpłatnego z inicjatywy pracodawcy. Należy jednak wówczas pamiętać, iż udzielenie takiego urlopu nie może nastąpić na drodze jednostronnej decyzji pracodawcy

lecz wymaga wyrażonej na piśmie zgody pracownika i następuje na czas ustalony w porozumieniu między dotychczasowym a nowym pracodawcą. W wyniku podjęcia pracy u innego pracodawcy, wynikające z dotychczasowego stosunku pracy prawa i obowiązki stron ulegają zawieszeniu. Przejmuje je bowiem nowy pracodawca czasowo zatrudniający tego pracownika.

wicedyrektor
Biura Kadr i szkolenia
Barbara Grudzińska

Zarządzenie Nr 9/98
Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku
z dnia 21 lipca 1998 r.

w sprawie powołania Oddziału Pielęgniarstwa na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku

Zgodnie z Uchwałą Senatu AMG z dnia 29 czerwca 1998 r. powołuję z dniem 22.07.1998 r. na Wydziale Lekarskim AMG Oddział Pielęgniarstwa, który będzie prowadził zaoczne studia płatne.

Rozpoczęcie I semestru studiów przewidziano na 21 lutego 1999 r.

prof. Zdzisław Wajda
Rektor

Zasady i tryb przyjmowania oraz zakres egzaminów wstępnych na zaoczne studia płatne na Oddziale Pielęgniarstwie Akademii Medycznej w Gdańsku w roku akademickim 1999

80-210 Gdańsk, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a,
tel. 349-13-90, 301-34-23; fax 301-61-15

1. Przyjęcie na pierwszy rok studiów następuje w drodze egzaminu wstępnego złożonego w tutejszej Akademii.
 2. Zakres egzaminu wstępnego: egzamin testowy z anatomii, fizjologii i pielęgniarstwa (60 pytań z zakresu średniej szkoły medycznej).
 3. Ocena egzaminu jest punktowa (za jedną poprawną odpowiedź jeden punkt).
 4. Kandydatom ubiegającym się o przyjęcie na I rok studiów nie dolicza się żadnych dodatkowych punktów.
 5. Na studia zostaną przyjęci ci kandydaci, którzy na podstawie egzaminu wstępnego uzyskają liczbę punktów kwalifikacyjnych, mieszczących się w ramach ustalonego limitu miejsc.
 6. Obowiązuje opłata egzaminacyjna w wysokości 50 zł.
- Numer konta: WBK S.A. o/Gdańsk 10901098-488-128-00-0**
7. Limit w roku akademickim 1999/2000 wynosi 75 miejsc.
 8. Wykaz dokumentów, które kandydat zobowiązany jest złożyć:
 - podanie na ustalonym formularzu zawierające również życiorys kandydata,
 - świadectwo dojrzałości,
 - cztery fotografie,
 - orzeczenie lekarskie, stwierdzające przydatność kandydata do studiów,
 - kserokopia dowodu osobistego (1, 2, 3 strona, nr pesel),
 - dyplom ukończenia studium medycznego (wydziału pielęgniarstwa/wydziału położnych) lub świadectwo ukończenia liceum medycznego,
 - zaświadczenie z zakładu pracy o co najmniej dwuletnim stażu pracy

- dowód uiszczenia opłaty egzaminacyjnej.
9. Planowany termin składania dokumentów: od początku roku 1999 do końca stycznia 1999 r.
 10. Planowany termin egzaminu wstępnego: 06.03.1999 r.
 11. Planowany początek roku akademickiego: 9 kwietnia 1999 r.

Wysokość opłat za studia

Na podstawie § 9 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 1991 r. w sprawie zasad gospodarki finansowej uczelni (Dz. U. Nr 84, poz. 380) ustalono wysokość opłaty za studia zaoczne na Oddziale Pielęgniarstwie Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku: 1200 zł/semestr.

Program nauczania

1. Program opracowany jest w modułowym systemie kształcenia według dyscyplin naukowych.
2. Zajęcia obejmują: wykłady, seminaria, ćwiczenia oraz praktyki.
3. Nauka trwa 4 lata (8 semestrów) i zakończona jest obroną pracy magisterskiej. Absolwenci uzyskują dyplom magistra pielęgniarstwa.
4. Nauczanie obejmuje wiedzę z zakresu medycznych dyscyplin podstawowych i klinicznych, pielęgniarstwa oraz dyscyplin humanistycznych:
 - nauki podstawowe: anatomia prawidłowa, fizjologia, patofizjologia, biologia z genetyką, biochemia, biofizyka, farmakologia, mikrobiologia;
 - nauki kliniczne: choroby wewnętrzne, chirurgia, anestezjologia i intensywna terapia, pediatria, ginekologia i położnictwo, psychiatria, onkologia, opieka paliatywna;
 - pielęgniarstwo: zajęcia z pielęgniarstwa w ramach każdej z klinik oraz pielęgniarstwo społeczne/środowiskowe;
 - nauki humanistyczne: psychologia, historia pielęgniarstwa, socjologia ogólna i medyczna, filozofia;
 - inne: informatyka, język angielski, zarządzanie i kierowanie w służbie zdrowia, zagadnienia prawne, teoria pielęgniarstwa, zdrowie publiczne, promocja zdrowia, medycyna społeczna, medycyna katastrof, wychowanie fizyczne;
 - praktyki: praktyka z zarządzania.

OKRĘGOWA IZBA INFORMUJE

Sprawozdanie z działalności Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej za okres od 28.08.98 do 28.10.98 r.

W okresie od 20.08.98 – 28.10.98 odbyły się dwa posiedzenia Prezydium.

W dniu 10 września 1998 r. na posiedzeniu podjęto Uchwały w sprawach:

- refundacji chesnego w kwocie po 350 zł. pielęgniarkom po ukończeniu III semestru na Wydziale Pielęgniarskim w Akademii Medycznej w Lublinie.

(ZOZ Międzyrzec Podl. – 1)

(ZOZ Radzyń Podl. – 1)

(ZOZ Parczew – 1)

- zwrotu kosztów po ukończeniu pierwszego roku specjalizacji z pielęgniarstwa anestezyjologicznego pielęgniarki zatrudnionej w ZOZ Parczew.

- pokrycia kosztów uczestnictwa w I Ogólnopolskim Szkoleniu w Zakresie Ubezpieczeń Zdrowotnych w Warszawie 11 uczestniczkom w kwocie po 195 zł.

- pokrycia kosztów uczestnictwa, podróży, wyżywienia i zakwaterowania dwóm położnym zatrudnionym w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w „Szkole Rodzenia” w Łodzi

- zgłoszenia trzech osób do udziału w szkoleniu nt. „Organizacja Zakładów Pielęgnacyjno – Opiekuńczych”

- pokrycia kosztów uczestnictwa w szkoleniu organizowanym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych dla Przewodniczących i Sekretarzy Okręgowych Rad

- stwierdzenie prawa wykonywania zawodu

- skreślenie z rejestru

- wpisu w rejestr

W dniu 1 października 1998 r. – Prezydium podjęło Uchwały w sprawie – powołania przedstawicieli do Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej bloku operacyjnego w Szpitalu Miejskim w Łosicach.

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu

dla trzech pielęgniarek

- skreślenia z rejestru jednej pielęgniarki, która przeniosła się na teren działania Okręgowej Izby w Warszawie.

W dniach 28.09. – 30.09.98 Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

W dniach 20 – 23.10.98 Przewodnicząca i Sekretarz Okręgowej Rady wezmą udział w III cyklu szkolenia nt. „Kierunku zmian w systemie ochrony zdrowia”.

W dniu 07.10.98 na zaproszenie Lekarza Wojewódzkiego Pani Przewodnicząca uczestniczyła w otwarciu Gminnego Ośrodka Zdrowia w Janowie Podlaskim. Uroczystość połączono z podpisaniem kontraktów na usługi pielęgniarstwa i położnicze w ramach indywidualnych praktyk lub niepublicznych zakładów.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych na posiedzeniu w dniu 20.08.98 podjęła Uchwały w sprawie:

- wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletynu Informacyjnego 3/98

- wypłaty zapomogi emerytalno – rentowej pielęgniarkom, które odeszły na emeryturę i rentę w I półroczu 98

- zaprzestania działalności gospodarczej przez OIPiP w Białej Podlaskiej

- organizacje szkoleń nt. „Kontraktowania świadczeń medycznych samodzielnych zakładów”

- prawa pracy, prawa podatkowego i ubezpieczeń zdrowotnych – emerytury i renty po nowemu

- wydanie zezwolenia na powadzenie indywidualnej praktyki pielęgniarstwa trzem pielęgniarkom

- przyjęcie sprawozdań z działalności komisji problemowych – za I półrocze 1998 r.

- wydanie zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – dwóm pielęgniarkom i

- i jednej położnej
- wpisu w rejestr – jednej położnej

Na posiedzenie został zaproszony przedstawiciel firmy ubezpieczeniowej Euro Finans, który przedstawił propozycję współpracy w zakresie przeszkolenia agentów

do prowadzenia spraw związanych z ubezpieczeniem w ramach tkz. III filaru nowego systemu ubezpieczeń społecznych w części dotyczącej nowej regulacji emerytur i rent.

Sekretarz
mgr Alicja Kozawska

Uwaga! Pielęgniarki i Położne Instrumentariuszki, Pielęgniarki Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Powstał Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii z siedzibą w Warszawie.

Związek zrzesza średni personel, zatrudniony bez względu na podstawę prawną stosunku pracy. Członkami Związku mogą być także pracownicy, którzy przeszli na emeryturę, rentę lub stali się bezrobotni. Zachęcamy do tworzenia organizacji zakładowych. Szczegółowe informacje do zdobycia pod nr tel. (0-81) 742-52-62 przed godz. 8⁰⁰.

AKADEMIA MEDYCZNA

im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Wydział Pielęgniarski

Akademia Medyczna im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy organizuje nabór na zaoczne studia pielęgniarskie na Wydziale Pielęgniarskim tut. Akademii.

Kandydaci na studia, legitymujący się maturą i dyplomem pielęgniarski, proszeni są o składanie dokumentów w **Dziewiątym Wydziale Pielęgniarskiego Akademii ul. M. Skłodowskiej – Curie 9,**

tel. /0-52/ 340-11-92, 340-12-59 do dnia 30 listopada 1998 r.

Egzamin wstępny z anatomii, fizjologii i pielęgniarstwa odbędzie się w dniu 8 grudnia 1998 r.

Z poważaniem
Dziekan
Wydziału Pielęgniarskiego
dr hab. med. Andrzej Dziedziczko

W związku z odejściem na emeryturę,
położnej **Krystynie Siluszyk**

– Oddziałowej II Oddziału Ginekologii i Położnictwa WSzZ w Białej Podlaskiej,
pielęgniarki **Stanisławie Łaskiewicz**

– pielęgniarki Oddziału Zakaźnego WSzZ w Białej Podlaskiej,
pielęgniarki **Krystynie Niewińczany**

– pielęgniarki Poradni Dermatologicznej ZWP i PS,
pielęgniarki **Czesławie Przychodzkiej**

– pielęgniarki w środowisku nauczania w Białej Podlaskiej POZ Międzyrzec Podlaski

serdeczne słowa podziękowania za długoletnią pracę i życzenia zdrowia, pomyślności
w życiu osobistym

składa
Samorząd Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

KURSY I KONFERENCJE

II Ogólnopolska

Konferencja Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy

W dniach 09-11.09.1998 r. w Bydgoszczy odbyła się II Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek i Położnych.

W zjeździe udział wzięły dwie pielęgniarki zatrudnione w WSzZ w Białej Podlaskiej z oddziału Neurologii: Małgorzata Nestorowicz i Małgorzata Skulimowska.

Organizatorem Konferencji był 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Oddziału Paraplegii Pourazowej w Bydgoszczy.

Wiodącymi tematami konferencji były:

- zasady rehabilitacji pacjentów,
- profilaktyka w pielęgnacji pacjentów,
- tematy wolne.

Honorowy patronat konferencji sprawował Szef Służby Zdrowia Sztabu Generalnego WP gen. bryg. dr n. med. Andrzej Trybusz oraz Prezes Rady Pielęgniarek i Położnych Ilona Tułodziecka. Miejscem konferencji był Wojskowy Klub Sportowy „Zawisza” w Bydgoszczy przy ulicy Gdańskiej. Uczestniczki zostały zakwaterowane w Hotelu „Zawisza”, gdzie miały zapewnione całodzienne wyżywienie. Do Bydgoszczy przyjechało ok. 200 pielęgniarek i położnych z całej Polski.

Obrady rozpoczęły się 9 września o godz. 9⁰⁰, które uroczyście otworzył przewodniczący Komitetu Organizacyjnego ppłk lek. med. Stanisław Sosnowski.

Tematem pierwszego dnia były: „Zasady rehabilitacji pacjentów”. Drugiego dnia poruszano problem „Profilaktyki w pielęgnacji pacjentów”. Natomiast trzeci dzień poświęcono „Tematom wolnym”. Uczestnicy wysłuchali referaty przygotowane przez lekarzy i pielęgniarki, którzy przyjechali z całej Polski. Poruszano problemy związane z opieką nad niepełnosprawnymi i obłożnie chorymi. Szczególną uwagę zwrócono na problem zapobiega-

nia i leczenia odleżyn. Konferencji towarzyszyły targi sprzętu rehabilitacyjnego, leków i opatrunków oraz wyposażenia szpitali.

Referaty, które były wygłaszane trwały od 10 do 20 minut. Między wykładami był czas na dyskusję. Udzielano odpowiedzi i wyjaśnień na nurtujące nas pytania. W programie Konferencji przewidziano również przerwy, podczas których zwiedzano wystawy zorganizowane przez firmy reklamujące sprzęt rehabilitacyjny i medyczny. Ekspozycja w/w sprzętu odbywała się w budynkach bydgoskiego klubu „Zawisza”. Najlepsze produkty zostały nagrodzone.

Po zakończeniu wykładów nie zabrakło czasu na relaks. Uczestnicy wzięli udział w ognisku w pobliskim Myślęcinku, a wcześniej zwiedzano bydgoskie ZOO. Następnego dnia odbył się sprawdzian umiejętności strzeleckich na strzelnicy WKS „Zawisza”. Zwycięzców nagrodzono podczas bankietu, który zorganizowano w restauracji „Zawisza”. W czasie obu imprez nie zabrakło licznych atrakcji. Przebieg sympozjum utrwalono na video i wykonano wiele pamiątkowych zdjęć. Krótkie informacje zamieściła bydgoska prasa łącznie z grupową fotografią uczestniczek spotkania.

Po wystąpieniach wykładowców podsumowano obrady i zakończono II Ogólnopolską Konferencję Pielęgniarek i Położnych.

Małgorzata Nestoruk
Małgorzata Skulimowska

„Dobrą rzeczą jest pomagać innym,
ale jeszcze lepszą jest uczyć ich
jak mogą pomóc sobie sami”

George Orwell

III KRAKOWSKIE DNI DIALIZOTERAPII

Kraków 7-9 września 1998 r.

Organizatorem III Krakowskich Dni Dializoterapii są:

- Fundacja Amicus Renis
- Oddział Nefrologii i Dializoterapii WSS im.

L. Rydygiera

Środowisko pielęgniarskie z naszego województwa reprezentowało 8 pielęgniarek dializyjnych w osobach:

Barbara Waszczuk
 Anna Lesiuk
 Danuta Mackiewicz
 Grażyna Żelazowska Henryka Warchoł
 Jolanta Chajkaluk
 Bogusława Kucharuk
 Katarzyna Sejbuk

Obrady III Krakowskich Dni Dializoterapii rozpoczęły się 7 września o godz. 18⁰⁰ w Teatrze im. J. Słowackiego wykładem inauguracyjnym prof. W. Strużewskiego „Człowiek – istota zależna”. Po interesującym wykładzie pana profesora wszystkim uczestnikom zjazdu uprzyjemnił czas występ krakowskiego zespołu „Pod Budą”.

W zjeździe uczestniczyło ok. 900 osób: lekarzy, pielęgniarek, dietetyczek i techników dializyjnych. Byli również zaproszeni goście z Litwy i Białorusi.

Wykłady były prowadzone przez profesorów, pielęgniarki i dietetyczki z wiodących ośrodków hemodializ z Gdańska, Krakowa, Warszawy, Poznania. Wśród wielu interesujących wykładów, ale dotyczących różnych grup zawodowych (lekarzy, pielęgniarki, dietetyczki) pozwolę sobie wybrać te, które bezpośrednio dotyczą pracy pielęgniarskiej tzn.

1. Pielęgniarka wobec problemu jakości dializ (wykład pielęgniarki oddziałowej Małgorzaty Liber),

2. Bezpieczeństwo pracy w stacjach hemodializ (wykład prof. Andrzeja Miłkowskiego).

Praca w stacji dializ (przeprowadzanie w krążeniu pozaustrojowym zabiegów hemodializy) wymaga nie tylko odpowiednich predyspozycji, ale i dodatkowego specjalistycznego przeszkolenia oraz długiej praktyki. Pielęgniarka musi umieć obsługiwać skomplikowaną aparaturę, szybko i właściwie rozpoznawać oraz reagować na ostre powikłania hemodializy. W swojej pracy musi przestrzegać zasad bezpieczeństwa pracy. Jednocześnie winna posiadać umiejętność długotrwałego, wieloletniego opiekowania się nieuleczalnymi chorymi ludźmi, których życie zależy od zabiegów hemodializy.

Nie oznacza to jednak, że pielęgniarka pracująca w stacji dializ prowadzi samodzielnie leczenie – wykonując hemodializę, realizuje zlecenia lekarskie zgodnie z planem leczenia, ustalonym indywidualnie dla każdego pacjenta. Nie powinna być jednak bierna wykonawczynią zleceń. Bliższa znajomość pacjentów i ich reakcja na hemodializę, a także lepsza orientacja w technicznej stronie zabiegu, określają ważną rolę pielęgniarki w zespole dializyjnym.

Samodzielnie pracować może tylko taka pielęgniarka, która w ocenie przełożonych posiada odpowiednie predyspozycje, wiedzę i umiejętności. Nie wolno dopuszczać do pracy w stacji na zasadzie zastępstwa pielęgniarek zatrudnionych w innych oddziałach.

Do obowiązków pielęgniarki dializyjnej należy:

1. sprawne technicznie i bezpieczne przeprowadzenie zabiegu hemodializy:

- a) sprawdzenie i przygotowanie stanowiska,
- b) przygotowanie aparatu i kontrola jego sprawności,
- c) przygotowanie dializatora,
- d) kontrola koncentratu,
- e) przeprowadzenie hemodializy,
- f) sterylizacja i dekalcyfikacja aparatu po hemodializie,
- g) reutilizacja dializatora,
- h) segregacja zużytych materiałów.

2. Opieka nad chorym w czasie jego pobytu w stacji dializ:

- a) przygotowanie chorego do zabiegu hemodializy, ocena stanu ogólnego,
- b) ocena i wykorzystanie dostępu naczyniowego,
- c) monitorowanie funkcji życiowych (ciśnienie, tętno, oddech, temperatura) oraz waga przed, w czasie i po zabiegu,
- d) pobieranie krwi do badań,
- e) podawanie leków zgodnie z kartą zleceń,
- f) dokumentacja przeprowadzonej hemodializy.

3. Procedury zapobiegające szerzeniu się infekcji krwiopochodnych.

4. Współpraca z członkami Zespołu Dializyjnego.

Na efekt leczenia hemodializami ma wpływ praca całego zespołu, ale pielęgniarka jest jedyną osobą, która przez cały czas zabiegu przebywa z pacjentami, nakłusza przetokę, prowadzi dializę, pierwsza udziela pomocy w sytuacjach awaryjnych.

Stała obecność pielęgniarki w sali zabiegowej nie tylko zapewnia bezpieczeństwo pacjenta, ale umożliwia oddziaływanie na niego przy pomocy prostych środków psychologicznych: uśmiech, gest, dotyk, „dobre słowo”. Powoduje to, że pomiędzy pielęgniarką a pacjentem wytwarza się szczególna więź i zaufanie.

Udział w konferencji pomógł nam w zdobyciu nowych wiadomości a koleżankom, stworzył okazję do przybliżenia roli jaką spełniamy w procesie dializoterapii.

Uczestniczki III Krakowskich Dni Dializoterapii
 z WSzZ w Białej Podlaskiej

TO WARTO WIEDZIEĆ

PTP Lecznictwa Zamkniętego przy WSzZ w Białej Podlaskiej

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie to organizacja z wieloletnim stażem, bogatą historią i śmiem twierdzić, że grupująca w swych szeregach elitę zawodu.

Organizacja stawia sobie do realizacji szczytne cele i zadania. Na pierwszy plan wysuwa się tu działalność naukowa, szkoleniowa, edukacyjna. Pod patronatem PTP-u odbywa się wiele konferencji, sympozjów, kongresów, na których pielęgniarki i pielęgniarze z kraju i za granicą mają szansę zaprezentować swój dorobek naukowy, refleksje i przemyślenia związane z wykonywanym zawodem, projekty nowatorskich rozwiązań lub nowych metod pracy.

W kuluarach odbywają się spotkania uczestników i słuchaczy, trwają burzliwe dyskusje, wymiana doświadczeń, padają pytania, słyszy się słowa zachwytu lub dezaprobaty. To wszystko sprzyja twórczemu myśleniu i działaniu, pokazuje po raz kolejny, iż pielęgniarki są prężną i dynamiczną grupą zawodową.

Tak się dzieje na spotkaniach ogólnopolskich, byłoby dobrze i bardzo dobrze gdyby choć trochę zaktywizować rodzime środowisko pielęgniarskie.

Taki właśnie cel wytoczył sobie „nowy” Zarząd Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Lecznictwa Zamkniętego przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białej Podlaskiej. Ponieważ dosyć duża liczba pielęgniarek zatrudnionych w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym korzysta z różnego rodzaju szkoleń, prelekcji, wykładów, bierze udział w konferencjach odbywających się zarówno w macierzystej placówce, jak również

wyjeżdża do ośrodków szkoleniowych na terenie całego kraju, dlatego „na razie” zrezygnowaliśmy z ambitnych wystąpień naukowych, koncentrując się raczej na sprawach bardziej przyziemnych, co nie znaczy mniej istotnych.

W myśl zasady, że nic tak nie jednoczy jak wspólna zabawa, w dniu 21 lutego 1998 r. odbył się I Bal Pielęgniarek, członkiń PTP-u. W tym kończącym karnawał balu wzięło udział 50 par – 100 osób. Przy dźwiękach orkiestry oraz suto zastawionych stołach bawiono się w szampańskich humorach do wczesnych godzin porannych. Niech żałują ci, których nie było. Na pocieszenie możemy dodać, iż zorganizowanie II Balu Pielęgniarek chcemy urzeczywistnić podczas tegorocznego karnawału. Na bal już teraz serdecznie zapraszamy wszystkie chętne koleżanki.

Ponieważ większość zatrudnionych w zawodzie osób stanowią kobiety, a ponieważ kobiety chcą być piękne i dbają o swą urodę, dlatego wychodząc naprzeciw oczekiwaniom chcemy zorganizować spotkanie, bądź cykl spotkań (zależy od liczby zainteresowanych osób) z przedstawicielkami firm AVON Oriflame, aby zaprezentowały nam pokaz profesjonalnego makijażu, powiedziały jak dbać o urodę, w jaki sposób ją pielęgnować, a być może połączyły pokaz ze sprzedażą kosmetyków tych firm.

Serdecznie zapraszamy wszystkie koleżanki do wzięcia udziału w/w przedsięwzięciach.

Joanna Wojciechowska
Przewodnicząca Koła PTP
Lecznictwa Zamkniętego przy
Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym
w Białej Podlaskiej

NOWY SYSTEM EMERYTALNY W POLSCE

opis systemu

ZAŁOŻENIA REFORMY

Podstawowym założeniem projektu reformy jest stworzenie bezpiecznego, sprawliwego, przejrzystego i stabilnego systemu.

Przygotowana reforma ma być głęboką przebudową systemu, a nie tylko korektą obowiązującego, opartego na monopolu ZUS. Autorzy, opracowując poszczególne rozwiązania, starali się wykorzystać najbardziej spraw-

dzone doświadczenia innych krajów i dostosować je do polskich warunków gospodarczych i społecznych.

Reforma ma stworzyć ludziom młodszym szansę na starość lepszą niż teraz mogą mieć ich rodzice. Jednak nie może ona zostać przeprowadzona kosztem obecnych emerytów i osób, które przejdą na emeryturę. Dlatego założono, że wprowadzając nowy system nie można:

- odebrać praw obecnym emerytom,
- zwiększać składki na ZUS,
- spowodować nadmiernego wzrostu obciążeń podatkowych.

PROJEKT NOWEGO SYSTEMU

Projekt zakłada, że nowy system będzie składał się z części opartej na zasadzie umowy pokoleniowej (pracujący płacą składki, które od razu idą na wypłatę bieżących emerytur) oraz z części opartej na zasadzie kapitałowej (każdy pracujący odkłada sobie „kapitał na starość”).

Zgodnie z projektem dochody na starość będą pochodziły z trzech źródeł – filarów systemu.

Pierwszy filar – to emerytura wypłacana jak dotychczas z ZUS finansowana z bieżących składek wszystkich pracujących, ale między innymi dzięki rejestracji składek na indywidualnych kontach ściśle powiązana z wysokością i czasem odprowadzania składek przez każdego ubezpieczonego.

Drugi filar – to emerytura z prywatnych otwartych funduszy emerytalnych. Część składki nie wpływałaby do ZUS, lecz byłaby zbierana na indywidualnych kontach, korzystnie i bezpiecznie inwestowana oraz pomnażana (czyli kapitalizowana). Nasze pieniądze „pracowałyby” na naszą przyszłość.

Trzeci filar – to emerytura z dobrowolnych oszczędności na starość w towarzystwach ubezpieczeniowych, zakładowych i branżowych programach emerytalnych organizowanych przez pracodawców, towarzystwach ubezpieczeń wzajemnych.

Taka konstrukcja systemu ma zapewnić jego:

ryzyka – dlatego system mieszany daje wyższy poziom bezpieczeństwa; co więcej, w II filarze poza rozbudowanym systemem zabezpieczeń przed złymi inwestycjami będą także istniały gwarancje państwa).

- **sprawiedliwość** (świadczenie będzie proporcjonalne do wysokości składek i czasu pracy, przy zachowaniu mechanizmu minimalnej emerytury, finansowanej jednak nie ze składek wszystkich ubezpieczonych, ale z podatków).
- **przejrzystość** (każdy będzie wiedział na bieżąco jakie składki płaci i ile uskładał, jakie zyski przynoszą inwestycje w II filarze i jakie świadczenia otrzyma, gdy przejdzie na emeryturę).
- **stabilność** (przez wprowadzone mechanizmy finansowania systemu) nie będzie podatny na manipulacje polityczne.

PIERWSZY FILAR

Cześć emerytury pochodząca z pierwszego filaru otrzymamy z ZUS, gdzie będziemy wpłacać 2/3 składki emerytalnej. Nadal będzie to system oparty na umowie generacyjnej, a więc ze składek pracujących będą na bieżąco finansowane świadczenia emerytów. Jednak wysokość świadczeń będzie zależeć od tego co „włożyliśmy” do systemu (od wysokości składek i czasu ich opłacania).

Emerytura zależełaby od tego, ile składek zgromadzimy w ciągu całego zawodowego życia. Aby było to wiadome, ZUS wprowadza od 1999 r. indywidualne konta. Będą one specjalnymi rachunkami, na którym ZUS rejestrowałby długość stażu, wysokość zarobków i płacowej składki, sumę wpłaconych składek, urlopy, zwolnienia i wszystkie inne dane istotne dla wymiaru świadczenia. Dzięki temu każdy będzie wiedział, ile zgromadził na swoim koncie, jaka jest sytuacja finansowa ZUS, a jeśli sobie tego zażyczy ubezpieczony – jaka będzie szacunkowa wielkość naszej emerytury w różnych momentach zakończenia kariery zawodowej. W momencie przejścia na emeryturę nasz kapitał zostanie zamieniony na złotówki i wypłacany jako emerytura lub renta.

Państwo będzie gwarantowało nam wypłatę świadczeń. Oznacza to, że jeżeli z

wysokości zgromadzonego kapitału wynika, że należy nam się co miesiąc określona kwota, to świadczenia w takiej wysokości musi być nam wypłacane do końca życia. Świadczenia będą waloryzowane zgodnie z obowiązującymi obecnie zasadami.

Emerytury zostaną uwolnione od elementów, które nie zależą od stażu i składki. Jednak zachowana zostanie minimalna emerytura, która jest formą gwarancji państwa, że nasz dochód na starość nie spadnie poniżej określonego minimum. Jednak prawo do niej nie będzie wszystkim bez wyjątku, lecz tym, którzy spełniają dwa warunki:

- osiągnięcia wymaganego wieku emerytalnego (65 lat dla mężczyzn i 60 dla kobiet),
- wypracowania określonego stażu (20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn).

Minimalna emerytura będzie częściowo finansowana z budżetu: jeśli ktoś nie wypracuje sobie emerytury na minimalnym poziomie, bo na przykład krótko pracował, **wtedy państwo dopłaci mu różnicę.**

Wiek emerytalny będzie elastyczny powyżej wymaganego minimum (60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn). Każdy będzie mógł zdecydować, kiedy chce przejść na emeryturę. Przepracowanie każdego roku ponad wymagane minimum znacznie zwiększy emeryturę. Ta zasada wydłuży także bardzo niski (jeden z najniższych w Europie) wiek emerytalny w Polsce. Statystyczny Polak przechodzi na emeryturę w wieku 59 lat (mężczyźni) i 55 lat (kobiety), podczas gdy podstawowy wiek emerytalny to 65 i 60 lat. Tymczasem statystyczny Belg przechodzi na emeryturę w wieku 63 lat (mężczyźni) i 60,7 lat (kobiety), a ustawowy wiek dla kobiet i mężczyzn w tym kraju wynosi 65 lat. W Niemczech – statystycznie w wieku 63,7 lat (mężczyźni) i 62 lata (kobiety) przy ustawowym wieku dla obu płci 65 lat. W Wielkiej Brytanii statystycznie 65,4 (mężczyźni) i 60,4 (kobiety), przy ustawowym wieku 65 lat dla mężczyzn i 60 dla kobiet.

Składkę będzie płacił w niemal równych częściach pracownik i pracodawca. zasada – która nie wpłynie na wysokość płac netto, ponieważ płace zostaną „ubruttowane”, czyli wzrosną o część składki – ma następujące

zalety:

pracownikowi będzie zależeć, by pracodawca odprowadzał za niego „swoją” część, co będzie zniechęcać do prób omijania systemu,

- każdy będzie wiedział ile wpłacił,
- każdy będzie sobie zdawał sprawę z realnych kosztów systemu.

Wpłacana do ZUS składka zostanie podzielona na kilka części w zależności od rodzaju ryzyka. W ten sposób pieniądze nie będą iść do wspólnego worka, będzie wiadomo, ile i jakie świadczenia kosztują, łatwiej będzie skalkulować wydatki.

Powstaną więc odrębne fundusze:

- po pierwsze **fundusz emerytalny**, z którego finansowane będą wypłaty emerytur,
- po drugie, **fundusz rentowy** – będą z niego wypłacane renty inwalidzkie i rodzinne. Reforma rent już się rozpoczęła. Od września zeszłego roku prawo do renty zależy od stopnia zdolności do pracy, a nie od samego tylko uszczerbku na zdrowiu. Prawo do stałej renty mają jedynie osoby, które całkowicie utraciły zdolność zarobkowania. III grupa inwalidzka przestanie więc istnieć.
- po trzecie, **fundusz ubezpieczenia na wypadek niezdolności do pracy, choroby i macierzyństwa**, z którego będą wypłacane renty inwalidzkie i rodzinne, zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, wydatki na rehabilitację przedrentową.
- po czwarte, **fundusz wypadkowy**, z którego będą wypłacane świadczenia w razie wypadków i chorób zawodowych. Te świadczenia będą finansowane ze składek pracodawców, których wysokość będzie zależeć od stopnia zagrożenia zdrowia w przedsiębiorstwie. To rozwiązanie skłoni pracodawców do poprawy warunków pracy i inwestowania w szeroko pojętą ochronę pracy.
- po piątę, **fundusz rezerwowy** – tworzony z nadwyżek wszystkich funduszy, który zapewni stabilność finansową systemu. Nadwyżki byłyby inwestowane w papiery wartościowe (głównie w obligacje skarbu państwa, ponieważ są to najbezpieczniejsze papiery).

ZUS zyska osobowość prawną. To umożliwi

mu samodzielność i lepszą kalkulację finansową, a także przejęcie majątku zabranego mu po wojnie.

Składkę będziemy płacić od dochodów nie przekraczających 250 proc. średniej płacy. Obecna zasada, że składka jest płacona od całości dochodów niezależnie od ich wysokości, a emerytura wyliczana od nie więcej niż 250 proc. średniej, jest niesprawiedliwa. Jeśli ktoś lepiej zarabia, czeka go drastycznie niska w stosunku do zarobków i wpłacanych składek emerytura.

Skoro jednak do ZUS będzie wpływać składka w wysokości 36 proc., a nie 45 proc. naszej płacy, to skąd wziąć pieniądze na bieżące wypłaty emerytur? Nie można przecież zwiększać składek, nie można też zmniejszać świadczeń. Z kolei im więcej pieniędzy będzie wpływać do ZUS, a mniej do funduszy emerytalnych, tym bardziej reforma rozciągnie się w czasie.

Aby załatać dziurę w ZUS, państwo wytypuje kilkadziesiąt dużych przedsiębiorstw, które znajdują się w dobrej kondycji finansowej. Zostaną one sprywatyzowane, a przychody z ich prywatyzacji zasila ZUS. W praktyce będzie to wyglądać tak, że Skarb Państwa wyemituje tak zwane obligacje prywatyzacyjne, przypisane konkretnym przeznaczonym do sprywatyzowania przedsiębiorstwom. Zysków z prywatyzacji nie będzie można wydać na żaden inny cel. W ten sposób prywatyzacja będzie służyć reformie i zostanie „uspołeczniona” – wiadomo, na co pójdą pieniądze, państwo nie będzie mogło sprzedać na przykład banku, który jest na liście i przeznaczyć zysków na cel inny niż reformę.

Zreformowany I filar obejmie wszystkie osoby, które w momencie rozpoczęcia reformy nie ukończyły 50 lat.

DRUGI FILAR

W tym filarze nasze pieniądze będą inwestowane i w ten sposób będą „pracować” na przyszłą emeryturę. Do jednego z kilkunastu funduszy emerytalnych będzie wpływać około 1/3 składki emerytalnej. Każdy będzie mógł

należać tylko do jednego funduszu, ale może sobie wybrać fundusz i fundusz nie będzie mógł odmówić mu uczestnictwa.

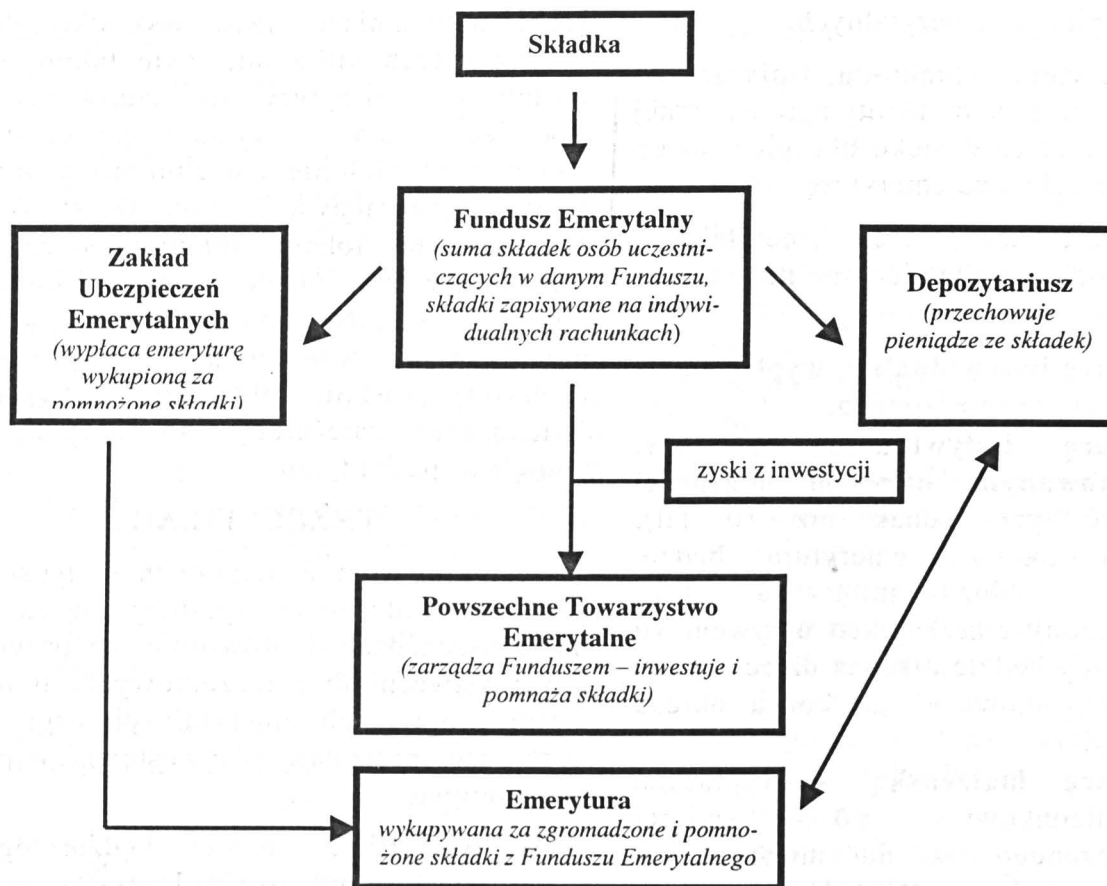
Będziemy sami decydować o tym jak będą inwestowane nasze pieniądze, ponieważ to my będziemy wybierać najlepszy naszym zdaniem fundusz emerytalny i będziemy mogli przenieść swoje pieniądze do innego funduszu, jeśli okaże się, że nie są właściwie inwestowane. Nie będziemy mogli zrobić tylko jednego – wydać ich przed osiągnięciem wieku emerytalnego.

Składki wpływające do funduszy będą inwestowane w papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa, w akcje, w inne instrumenty finansowe.

Fundusze będą zarządzane przez wyspecjalizowane firmy – Powszechne Towarzystwo Emerytalne – pod ścisłym nadzorem i gwarancjami państwa. Prywatny zarząd funduszami przez wyspecjalizowane instytucje daje pewność, że nasze pieniądze będą inwestowane i pomnażane przez fachowców – finansistów, a nie urzędników. Natomiast ścisły nadzór państwa daje gwarancje, że nasze pieniądze będą bezpieczne. Ustawa o funduszach emerytalnych zawiera cały system zabezpieczeń, w tym także gwarancje budżetu państwa.

Towarzystwo Emerytalne nie będzie właścicielem naszych pieniędzy, nie będzie mogło trzymać ich w „kasie”. Będą one przechowywane w niezależnym banku – depozytariuszu. Jeżeli pieniądze zostaną użyte niezgodnie z zasadami i interesem członków funduszu, bank będzie musiał odpowiedzieć finansowo za straty.

Każdy będzie mógł dowiadywać się na bieżąco o wynikach finansowych swego funduszu. Jeśli uzna, że inny fundusz lepiej wykorzystuje jego składki, będzie mógł zmienić fundusz. W tej sytuacji funduszom będzie zależeć, by nasze składki były jak najlepiej inwestowane, bo inaczej mogą stracić klientów.



Ustawa o funduszach emerytalnych przewiduje wiele zabezpieczeń, by w pełni ochronić nasze pieniądze.

System będzie zabezpieczony na różne sposoby:

- aktywa funduszu będą w pełni odseparowane od aktywów towarzystwa,
- zasady inwestowania naszych składek będą bardzo precyzyjnie określone. Na przykład obowiązywałby zakaz inwestowania więcej niż 5 proc. aktywów funduszu w papiery wartościowe jednego remitenta. Towarzystwo nie będzie też mogło dokonywać zakupu papierów wartościowych uważanych za bardziej ryzykowne,
- ubezpieczeni będą regularnie informowani o wynikach finansowych funduszu, będą otrzymywać wyciągi ze swego rachunku z aktualną wartością zgromadzonego kapitału, by na bieżąco śledzić, co się dzieje z ich pieniędzmi,
- fundusz musi osiągać minimalną

wymaganą stopę zwrotu, czyli tempo wzrostu wartości zainwestowanych składek – nie może ona być mniejsza niż 50 proc. średniej stopy zwrotu wszystkich funduszy. Jeśli zyski ze składek nie osiągną wymaganego minimum, wtedy Towarzystwo zarządzające naszym funduszem będzie musiało dopłacić z własnych pieniędzy,

- jeżeli Towarzystwo będzie miało za mało własnych środków, niedobór zostanie pokryty z Funduszu Gwarancyjnego tworzonego przez wszystkie Towarzystwa,
- jeśli także w Funduszu Gwarancyjnym jest za mało środków, niedobór pokrywa budżet państwa.

Składka, którą wpłacilibyśmy do funduszu byłaby przeliczana na tzw. jednostki przeliczeniowe i księgowana na rachunku. Wpłacana kwota odpowiadałaby określonej liczbie jednostek. Wartość jednostki rosłaby w zależności od zysków z inwestycji.

Kiedy uczestnik funduszu osiągnie wiek emerytalny, wykorzysta środki zgromadzone w funduszu wykupując dożywotnią emeryturę w nowej, wyspecjalizowanej instytucji –

zakładzie ubezpieczeń emerytalnych.

Nasza emerytura z funduszu, wpłacana co miesiąc, będzie zależeć od kwoty zgromadzonej na rachunku funduszu i wieku ubezpieczonego w momencie przejścia na emeryturę.

W zakładzie ubezpieczeń emerytalnych będziemy mogli wykupić różne formy emerytury:

- **emeryturę indywidualną**, wypłacaną aż do śmierci ubezpieczonego,
- **emeryturę indywidualną z tzw. gwarantowanym okresem płatności** (nie krótszym jednak niż 10 lat). Oznacza to, że emerytura będzie wypłacana dożywotnio, a jeśli ubezpieczony umrze przed upływem 10 lat – wtedy będzie płacona dzieciom lub współmałżonkowi aż do końca okresu gwarancji,
- **emeryturę małżeńską** – wypłacana współmałżonkowi po śmierci ubezpieczonego aż do miesiąca, w którym współmałżonek umrze. Emerytura wypłacana współmałżonkowi byłaby niższa,
- **emeryturę małżeńską z gwarantowanym okresem płatności** (nie krótszym niż 10 lat).

Docelowo wszyscy będą otrzymywać emeryturę z reformowanego ZUS i funduszu emerytalnego. Jednak przejściowo:

- składkę na fundusz będą płacili obowiązkowo wszyscy urodzeni po 31 grudnia 1968 roku,
- osoby urodzone po 31 grudnia 1948 roku, a przed 1 stycznia 1969 roku będą mogły wybrać, czy chcą, aby całość ich składki wpływała do zreformowanego ZUS-u, czy aby była dzielona pomiędzy I i II filar,
- osoby po 50-tce zostają w starym systemie, a więc będą otrzymywać emeryturę według dotychczasowych zasad.

Dlatego wszyscy pracujący, a więc także ci, którzy mają ponad 50 lat, nie mogą automatycznie wejść do II filaru? Byłoby najlepiej, gdyby był to system obejmujący od razu wszystkich. Ale niestety, nie można tego

zrobić natychmiast. Przede wszystkim dlatego, że przez tych kilka lat, jakie takim osobom zostały do emerytury, nie zdążą one sobie uskładać w funduszu wystarczających środków na emeryturę. Ich pieniądze po prostu nie zdążą jeszcze „zapracować”, ponieważ lokaty w funduszu to lokaty długookresowe, które przyniosą wystarczająco duże zyski dopiero po jakimś czasie. Nie można również zmieniać przepisów w stosunku do osób, którym do emerytury zostało kilka lat, ponieważ ich świadczenie zależałoby od decyzji, które podjęli wiele lat temu.

TRZECI FILAR

Jeśli ktoś uzna, że jego dochody na starość z ZUS i z funduszu emerytalnego są za niskie, może oszczędzać dobrowolnie, na przykład w towarzystwach ubezpieczeniowych, pracowniczych programach emerytalnych organizowanych przez pracodawcę, inwestować w papiery wartościowe.

W tym filarze istnieć będzie ogromna różnorodność form oszczędzania – wszystko zależy od naszej aktywności i zapobiegliwości.

Ubezpieczenia dodatkowe nie są, wbrew temu co powszechnie twierdzi, tylko dla najbogatszych Polaków. W III filarze będą działały pracownicze programy emerytalne, które dają szansę na dodatkowe świadczenia ludziom bliżej emerytury, których nie obejmie reforma.

Program może utworzyć jeden lub kilku pracodawców, jedna lub kilka branż, przedsiębiorstwa z jednej dzielnicy czy gminy. To bardzo atrakcyjna forma oszczędzania na starość. Atrakcyjna dla pracownika – bo jeśli pracodawca założy w przedsiębiorstwie program emerytalny, to pracownik, zwłaszcza w starszym wieku i gorzej zarabiający ma więcej szans na uczestnictwo w programie niż na wykupienie polisy w komercyjnym towarzystwie ubezpieczeniowym. Musiałby wtedy bowiem zapłacić bardzo wysoką składkę, a na to nie wszystkich stać.

Atrakcyjna także dla pracodawcy – bo może zatrzymać w zakładzie najlepszych pracowników i kształtować system wynagrodzeń (na przykład zamiast dawać pracownikowi podwyżkę, jej całość lub część wpłacić za niego w postaci składki do progra-

mu emerytalnego).

Zachęcające dla pracodawcy będzie także i to, że jego wpłaty na program – do 7 proc. przeciętnego wynagrodzenia pracownika – byłyby wliczane w koszt przedsiębiorstwa oraz zwolnione ze składki na ZUS. Zwolnienie ze składki jest również korzystne dla pracownika.

Jeśli pracodawca chce w przedsiębiorstwie założyć program emerytalny i ma akceptacje pracowników, negocjuje szczegółowe zasady działania programu z zakładowymi organizacjami związkowymi, a jeśli nie ma ich w przedsiębiorstwie, wtedy z reprezentacją pracowników – tak jak negocjuje się zbiorowe układy pracy.

Pracownicze programy emerytalne będą mogły działać w trzech formach:

- pracodawca zawiera umowę ubezpieczenia z zakładem ubezpieczeń na życie – to znaczy wykupuje grupowe ubezpieczenie dla pracowników,
- pracodawca zawiera umowę z funduszem powierniczym (inwestycyjnym),
- pracodawca opłaca składki za pracowników w towarzystwie ubezpieczeń wzajemnych,
- pracodawca tworzy pracownicze towarzystwo i fundusz emerytalny i wpłaca składki na rachunek pracownika w tym funduszu.

Aby założyć program, pracodawca musi objąć nim co najmniej połowę pracowników, nie może także odmówić uczestnictwa w programie żadnemu pracownikowi, który speł-

nia kryteria wieku i stażu. Może jednak uzależnić udział pracownika w programie od tego, czy wniesie on część akcji przedsiębiorstwa, które dostał w ramach jego prywatyzacji.

Jeśli ktoś zmieni pracę, odkładane w programie środki „pójdą za nim”, czy zostaną ulokowane w programie emerytalnym nowego przedsiębiorstwa.

Pierwszą wypłatę z programu będzie można otrzymać:

- w wieku 60 lat lub w momencie uzyskania renty inwalidzkiej,
- jeśli pracownik nie wystąpi o wypłatę wcześniej – dostanie pieniądze automatycznie po ukończeniu 70 roku życia,
- jeśli przedsiębiorstwo zostanie zlikwidowane, a środki funduszu emerytalnego nie zostaną przelane do programu innego zakładu, wtedy pracownik może otrzymać swoje pieniądze. Jeśli pracownik umrze, rachunek przechodzi na rzecz jego spadkobierców.

Co z tymi pieniędzmi zrobi pracownik gdy przejdzie na emeryturę, będzie jego indywidualną sprawą. Może na przykład zażyczyć sobie jednorazowej wypłaty i od razu ją wydać, może otrzymywać świadczenie w formie rat – co miesiąc czy pół roku.

Zakładowy program emerytalny może także rozwiązać problem przywilejów emerytalnych różnych grup zawodowych. Nauczyciele czy kolejarze mogliby tworzyć zakładowe lub branżowe programy emerytalne.

Z Misją Pokojową w Libanie

Joanna Peszuk – pielęgniarka Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Białej Podlaskiej przebywała z Misją Pokojową ONZ w Libanie. Przez rok pracowała w Polskim Batalionie Medycznym. Dzieli się z nami wrażeniami z pobytu w Libanie.

Liban, to kraj w którym przybywałam rok i z którym dzisiaj łączą mnie jedynie wspomnienia. Pobyt w tym pięknym i jednocześnie niebezpiecznym miejscu był okazją do samosprawdzenia się zarówno w pracy jak i w życiu prywatnym.

Wyjazd ten zorganizowany został przez Wojskową Instytucję Misji Pokojowych ONZ. Od 6 lat lekarze i pielęgniarki wyjeżdżają do Libanu by nieść pomoc ludziom poszkodowanym w wyniku toczących się tam działań wojennych. Tyle już bowiem lat, stacjonuje na terenie Libanu – Polski Batalion Medyczny. Podpisując umowę wiedziałam już, że moim nowym miejscem pracy będzie Izba Przyjęć. W kraju pracuję na oddziale kardiologii, a teraz miałam zetknąć się z czymś nowym, inną specyfiką pracy. Z odrobiną niepewności i niepokoju przed „nieznanym”, czekałam na wyjazd.

Moja „wojenna przygoda” rozpoczęła się w kwietniu 97 r., z chwilą startu samolotu z lotniska w Katowicach. Liban przywitał mnie gorącym i wilgotnym powietrzem oraz swoją egzotyką. Wszystko to, z czym spotykałam się każdego dnia odbiegało znacznie od warunków polskich.

Szpital polowy posiadał wszystko, co jest niezbędne do udzielenia I pomocy oraz opieki nad chorym. W skład jego wchodziły: Izba Przyjęć, oddziały szpitalne w tym OIOM, 2 sale operacyjne, sterylizatornie, Rtg oraz laboratorium.

Moja praca na Izbie przyjęć polegała na udzielaniu pomocy osobom zgłaszającym się do nas, a gdy tego wymagała konieczność również zapisywaniu na oddział.

Pacjentami byli głównie żołnierze, jednak dużą część stanowiła ludność miejscowa. Przyjmowani byli oni w ramach pomocy humanitarnej.

Ludzie zgłaszali się do szpitala z przeróżnymi dolegliwościami. Najczęściej były to urazy i różnego rodzaju rany. Nie brakowało też infekcji, chorób nadciśnieniowych i chorób zakaźnych u dzieci.

Jeśli chodzi o sposób komunikowania się z chorymi, to niezbędną w tym była znajomość języka angielskiego. Do szpitala zgłaszali się bowiem oprócz Polaków także żołnierze Irlandii, Włoch, Norwegii, Finlandii, Nepalu, Ghany i Fiji. Natomiast w kontakcie z Libańczykami pomocą służyli nam tłumacze, pracujący na Izbie Przyjęć. Oni to, tłumaczyli nam z języka arabskiego na język angielski.

Praca zarówno na oddziale jak i na izbie przyjęć była w systemie 12 godzinnym. Dyżur ranny zaczynał się o 7³⁰ a kończył o 19³⁰, nocny zaś trwał od 19³⁰-7³⁰. Były również 24 godzinne służby MEDEVAC-u (ang. Medical Evacuation). Zdarzały się one 3-4 razy w miesiącu. Dyżur taki niewiele różnił się od polskiego pogotowia ratunkowego, z tą róż-

nicą tylko, że transport chorego odbywał się drogą powietrzną. Helikoptery przeznaczone do celów medycznych, były odpowiednio wyposażone. Jedynie torba z lekami, defibrylator i ssak, były zabierane przez zespół Medevactowski.

W ciągu roku pracy, zobaczyłam wiele przypadków, z którymi do tej pory nie zetknęłam się w swojej pracy. Za przykład może posłużyć fakt kalectwa młodego Irlandczyka. Chłopiec ten stracił stopę jednej nogi i podudzie drugiej. Niestety to spotkało go na polu minowym. Jego towarzysze też cierpieli. To tylko jeden z przypadków, kiedy niewinny człowiek stał się ofiarą wojny w Libanie.

Oprócz pracy mieliśmy też i trochę przyjemności. Należały do nich między innymi wycieczki. Były one organizowane przez pracowników szpitala i zatwierdzane przez komendanta. To właśnie dzięki nim miałam okazję poznać ten tajemniczy kraj i jego kulturę. Jednak na takie wyjazdy można było pozwolić sobie 1 raz w miesiącu. Szpital bowiem musiał być w ciągłej gotowości i posiadać niezbędne minimum obsady.

Inną przyjemnością była kąpiel w Morzu Śródziemnym. Każdą wolną chwilę spędzało się w wodzie, tym bardziej, że nasz obóz położony był nad samym morzem.

Z perspektywy czasu oceniam ten wyjazd, jako coś niezwykłego i wspaniałego. Dzięki niemu zdobyłam nowe doświadczenie i wiele przeżyłam. Poznałam wielu wspaniałych ludzi, z którymi utrzymuję kontakty do dnia dzisiejszego.

Pobyt w Libanie był okazją doskonalenia umiejętności zawodowych oraz językowych.

Jednak z radością wróciłam do swojego macierzystego szpitala, w którym praca podoba mi się najbardziej i nie zamieniłabym jej na żadną inną

reportaż J. Peszuk

Przywiezione zdjęcia utrwalają wspomnienia, ożywiają i przywracają atmosferę tamtych dni.



Jak wszędzie
papierkowej” nie
brakuje.
Joanna podczas
pracy w Izbie
Przyjęć

Joanna z
koleżanką
pełnią dyżur
„pod
pejgerem”,
czyli w
gotowości
bojowej.



Polski
personel
pielęgniarsko
– lekarski
Izby Przyjęć i
bardzo
pomocni
tłumacze (w
cywilu).
Druga od
lewej od dołu
autorka
wspomnień.

**ANALIZA STANU ZATRUDNIENIA
I ROZMIESZCZENIE
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KRAJU**
– przedruk z Pielęgniarstwo 2000 2(37)'98

Według stanu na dzień 31.XII.1996 r. liczba pielęgniarek zatrudnionych w kraju wynosiła **215.295**, a wskaźnik na 10 tys. ludności osiągnął wartość 55,7⁽¹⁾. Stan zatrudnienia zwiększył się o **3735** i jest niższy od osiągniętego przyrostu w 1995 r. (+2989).

W liczbie zatrudnionych ogółem: 93,3% stanowią **pielęgniarki o pełnych kwalifikacjach – 211 746** (w tym 1,9% mgr pielęgniarstwa – 4.064); 1,5% asystentki pielęgniarskie – 3.324; 0,1% pielęgniarki o niepełnych kwalifikacjach – 225.

Analiza zatrudnienia pielęgniarek w kraju wykazuje znaczne dysproporcje w rozmieszczeniu kadr, w układzie terytorialnym województw. Przy średnim krajowym wskaźniku pielęgniarek na 10 tys. ludności – 55,7, rozstęp jego wartości wynosił **od najwyższej średniej – 68,9 w woj. jeleniogórskim do najniższej – 38,8 w woj. siedleckim**. W 19 województwach odnotowano wskaźnik powyżej średniej wartości krajowej (w tym w 11 powyżej 60,0) a w 30 poniżej tej wartości (w tym w 15 poniżej 50,0).

**Wskaźnik pielęgniarek na 10 tys. ludności w
wybranych województwach**

o najwyższej wartości			o najniższej wartości		
1.	68,9	jeleniogórskie	1.	38,8	siedleckie
2.	68,3	wrocławskie	2.	43,1	konińskie
3.	67,5	warszawskie	3.	44,1	pilskie
4.	66,8	chełmskie	4.	44,6	leszczyńskie
5.	66,3	białostockie	5.	45,0	ostrołęckie
6.	64,1	łódzkie	6.	45,2	łomżyńskie
7.	63,6	lubelskie	7.	45,2	radomskie

Liczba położnych zatrudnionych w kraju na koniec 1996 r. osiągnęła wartość **24.644**, a wskaźnik zatrudnienia na 10 tys. ludności wynosił **6,3⁽²⁾**. W stosunku do roku 1995 stan zatrudnienia zwiększył się o 192, utrzymując się na poziomie zbliżonym do odnotowanego przyrostu zatrudnienia w 1995 r. (+165). Znaczne dysproporcje w rozmieszczeniu kadr w układzie terytorialnym województw są charakterystyczne także dla tej grupy zawodowej. Przy średnim krajowym wskaźniku położnych na 10 tys. ludności – 6,3, rozstęp jego wartości wynosił **od najwyższej średniej – 9,6 w woj. gorzowskim do najniższej – 3,5 w woj. siedleckim**. W 27 województwach

odnotowano wskaźnik powyżej , a w 22 poniżej średniej wartości krajowej (w tym w 15-7,0 i powyżej a w 6 – 5,0 i poniżej).

Na koniec 1996 r. **19.382** pielęgniarek i położnych było zarejestrowanych w grupie bezrobotnych poszukujących pracy⁽³⁾. Liczba bezrobotnych stanowiła 8% ogółem zatrudnionych pielęgniarek i położnych. W stosunku do 1995 r. stan bezrobotnych (24.364) zmniejszył się o 4.982. Najwyższe liczby zarejestrowanych bezrobotnych pielęgniarek odnotowano w województwach: katowickim – 1.614, kieleckim – 1.034, bydgoskim – 876, nowosądeckim – 543, piotrkowskim – 538, gdańskim – 532, rzeszowskim – 522, wrocławskim – 501. Odnosząc liczbę bezrobotnych do ogółu zatrudnionych w województwach, najwyższy procent bezrobotnych odnotowano w województwach: śląskim – 15,6; przemyskim – 15,3; konińskim – 14,4; bydgoskim, kieleckim i piotrkowskim – 14,0; tarnobrzeskim – 13,8 oraz suwalskim i toruńskim – 12,9.

**Wskaźnik położnych na 10 tys. ludności w
wybranych województwach**

o najwyższej wartości			o najniższej wartości		
1.	9,6	gorzowskie	1.	3,5	siedleckie
2.	9,4	łomżyńskie	2.	4,6	jeleniogórskie
3.	9,1	rzeszowskie	3.	4,6	opolskie
4.	9,0	białsko-podlaskie	4.	4,7	koszalińskie
5.	8,2	chełmskie	5.	5,0	warszawskie
6.	7,8	białostockie	6.	5,0	leszczyńskie
7.	7,8	przemyskie	7.	5,1	elbląskie

**Zatrudnienie pielęgniarek i położnych w
wybranych działach opieki zdrowotnej**

Z liczby ogółem – 215.295 zatrudnionych pielęgniarek , 56,4% (121.362) zabezpiecza świadczenia w stacjonarnej opiece zdrowotnej (szpitale resortu zdrowia i zakłady psychiatrycznej opieki stacjonarnej), a 20,5% (44.131) świadczenia w podstawowej opiece zdrowotnej. Z liczby ogółem – 24.644 zatrudnionych położnych, 64,6% (15.915) pracuje w stacjonarnej opiece zdrowotnej (szpitale resortu zdrowia) a 23,8% (5.866) w podstawowej opiece zdrowotnej.

1) Sprawozdanie o zatrudnieniu MZ – 88
2) Sprawozdanie o zatrudnieniu MZ – 88

3) Opracowanie: Krajowego Urzędu Pracy – Departament Statystyki, Analiz, Prognoz

Stacjonarna opieka zdrowotna

W 677 szpitalach ogólnych resortu zdrowia o łącznej liczbie łóżek rzeczywistych 207.294⁴⁾ w 5.018 oddziałach, zatrudnionych było ogółem 129.777 pielęgniarek i położnych⁵⁾ (a w tym 113.862 pielęgniarek i 15.915 położnych), co stanowi 54,1% ogółu zatrudnionych pielęgniarek i położnych (239.939). W liczbie ogółem zatrudnionych pielęgniarek i położnych w szpitalach 17,3% stanowią zatrudnione poza oddziałami łóżkowymi, w innych komórkach organizacyjnych, (izba przyjęć, blok operacyjny, porodowy, pracownie diagnostyczne i laboratoria). Mając na względzie ograniczony udział osób pełniących funkcje pielęgniarek oddziałowych i przełożonych szpitali w bezpośredniej opiece pielęgnacyjnej – procent zatrudnionych poza oddziałami łóżkowymi ulegnie zwiększeniu o 4,3. Ponadto w zakładach psychiatrycznej opieki stacjonarnej o łącznej liczbie łóżek 32.827 w 701 oddziałach zatrudnionych było 7.500 pielęgniarek⁶⁾. Liczba (wskaźnik) łóżek rzeczywistych przypadająca na 1 pielęgniarkę/położną w odniesieniu do ogółem zatrudnionych w szpitalach wynosiła 1,6 przy zróżnicowanej wartości od 1,2-1,8 w układzie terytorialnym województw⁷⁾. Wskaźnik ten obliczony w odniesieniu do zatrudnionych wyłącznie w oddziałach (z wyłączeniem zatrudnionych poza oddziałami łóżkowymi) osiągnął średnią wartość w kraju 1,9 przy skrajnych wartościach 1,4-2,2 odnotowanych w województwach. Wartość omawianego wskaźnika w wybranych oddziałach szpitalnych kształtowała się następująco: 2,2 – wewnętrzne; 1,6 – kardiologiczne; 1,9 – dziecięce; 2,2 – chirurgiczne; 2,2 – urazowo – ortopedyczne.

Mając na uwadze charakter zatrudnienia w szpitalach tj. pracę w ruchu ciągłym „urealnienie” przedstawionych powyżej wartości wskaźników (przybliżenie do faktycznej średniej liczby łóżek przypadających na 1 pielęgniarkę/położną) można osiągnąć poprzez minimum trzykrotne ich zwiększenie. Posiłkując się tym założeniem „urealnienia” liczba łóżek przypadająca na 1 pielęgniarkę/położną średnio w kraju wynosi odpowiednio: dla ogółu zatrudnionych: 4,8; dla zatrudnio-

nych wyłącznie w oddziałach szpitalnych – 5,7; a w wybranych oddziałach: 6,6 – wewnętrzne; 4,8 – kardiologiczne; 5,7 – dziecięce; 6,6 – chirurgiczne; 7,2 – urazowo – ortopedyczne.

Podstawowa opieka zdrowotna

Z liczby 239.939 ogółem zatrudnionych pielęgniarek i położnych – 49.997 pracuje w p. o. z.

Z liczby 44.131 ogółem zatrudnionych pielęgniarek w p. o. z. – 25.879 zabezpiecza świadczenia przychodni rejonowych (w tym w poradniach: ogólnej – 13.576; dla dzieci łącznie z medycyną szkolną – 11.396; dla kobiet – 102; stomatologicznych – 525; w ośrodkach medycyny szkolnej – 280); świadczenia ośrodków zdrowia na wsi – 11.552 i placówek medycyny pracy – 6.700^(*).

Z liczby 5.866 ogółem zatrudnionych położnych w p. o. z. – 4.369 zabezpiecza świadczenia poradni K przychodni rejonowych (w tym 2.402 położne środowiskowe) oraz – 1.497 świadczenia ośrodków zdrowia na wsi (w tym 1.157 położne środowiskowe). 20 położnych środowiskowych pozostawało w zatrudnieniu w ramach praktyki lekarza rodzinnego (w mieście – 8 województwach: bielskim – 1, ciechanowskim – 5, koszalińskim – 2, na wsi – 12 województwach: ciechanowskim – 10 i poznańskim – 2).

Pielęgniarstwo środowiskowe

Na koniec 1996 r. w przychodniach rejonowych i ośrodkach zdrowia na wsi było zatrudnionych 13.455 pielęgniarek środowiskowych zabezpieczających świadczenia w środowisku zamieszkania (w tym 8.799 w mieście i 4.656 na wsi). 197 pielęgniarek środowiskowych pozostawało w zatrudnieniu w ramach praktyki lekarza rodzinnego (w mieście – 99; w województwach: bielskim – 4, ciechanowskim – 56, koszalińskim – 9, lubelskim – 3, łódzkim – 1, pilskim – 10, poznańskim – 15, zielonogórskim – 1; na wsi – 98 w województwach: ciechanowskim – 73, pilskim – 5, poznańskim – 16, zielonogórskim – 3).

Ośrodki zdrowia na wsi

Analiza liczby ludności przypadającej na 1 pielęgniarkę środowiskową w poszczególnych

4) bez łóżek noworodków i wcześniaków oraz zakładów psychiatrycznej opieki stacjonarnej

5) Sprawozdanie o zatrudnieniu MZ – 29

6) Dane szacunkowe

7) Sprawozdanie o zatrudnieniu MZ – 29

*) Dane szacunkowe

województwach wykazuje znaczne dysproporcje w nasyceniu kadrowym⁸⁾. Przy średnim wskaźniku liczby ludności przypadającej na 1 pielęgniarkę środowiskową w kraju – 3,1 tys., rozstęp jego wartości wynosił od najniższej – 1,2 w woj. chełmskim do najwyższej – 7,5 w woj. warszawskim.

Wskaźnik na poziomie i poniżej średniej wartości w kraju odnotowano w 22 województwach, w tym w 12 granicach założonej normy (1-2,5 tys. mieszkańców na jedną pielęgniarkę środowiskową) – a mianowicie: w chełmskim – 1,2; zamojskim – 1,6; legnickim – 2,0; ciechanowskim i krośnieńskim – 2,1; białkopodlaskim i wrocławskim – 2,2; lubelskim i nowosądeckim – 2,4; płockim, przemyskim i wrocławskim – 2,5. 27 województw legitymuje się wskaźnikiem powyżej średniej krajowej, w tym najwyższe wartości odnotowano w województwach: warszawskim – 7,5; leszczyńskim – 7,3; skierniewickim – 6,8; zielonogórskim – 6,7; elbląskim – 5,4 i olsztyńskim – 5,3.

Przychodnie rejonowe

Dysproporcje w zabezpieczeniu kadry pielęgniarek środowiskowych są charakterystyczne także dla terenów miejskich. Przy średnim wskaźniku liczby ludności przypadającej na jedną pielęgniarkę środowiskową w kraju – 2,7 tys., rozstęp jego wartości wynosił od najniższej – 1,2 w woj. chełmskim do najwyższej – 3,6 w woj. lubelskim⁹⁾. Wskaźnik na poziomie i poniżej średniej wartości w kraju odnotowano w 30 województwach, w tym 25 w granicach założonej normy (1-2,5 tys. mieszkańców na 1 pielęgniarkę środowiskową), a poniżej w następujących województwach: chełmskim – 1,2; ostrołęckim, płockim i zamojskim – 1,6; tarnobrzeskim – 1,7; ciechanowskim, łomżyńskim i przemyskim – 1,8; krośnieńskim i legnickim – 1,9. 19 województw legitymuje się wskaźnikiem powyżej średnie krajowej, w tym najwyższe wartości odnotowano w województwach: lubelskim – 3,6; katowickim, siedleckim i sieradzkim – 3,4; warszawskim, toruńskim, zielonogórskim – 3,3; częstochow-

skim – 3,2. Przeprowadzona analiza wykazała znacznie korzystniejszą sytuację w rozwoju pielęgniarstwa środowiskowego w miastach, gdzie w 25 województwach osiągnięto wskaźniki w granicach założonej normy, podczas gdy w przypadku terenów wiejskich dotyczy to zaledwie 12 województw. W przypadku kilku województw rozwój pielęgniarstwa środowiskowego na wsi pozostaje na zbliżonym poziomie do stanu osiągniętego w miastach. Dotyczy to zwłaszcza województw: chełmskiego, ciechanowskiego, krośnieńskiego, legnickiego, przemyskiego, zamojskiego.

Zatrudnienie pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej

I. PIELEŃNIARKI

1. Przychodnie Rejonowe	ogółem	- 25.879
	w tym	
	środowiskowe	
w tym:		- 11.387
- Poradnie ogólne	ogółem	- 13.576
	w tym środowiskowe	- 8.700
- Poradnie dla dzieci	ogółem	- 11.396
(łącznie z medycyną szkolną)	w tym środowiskowe	- 2.531
- Poradnie dla kobiet	ogółem	- 102
	w tym środowiskowe	- 8
- Poradnie stomatologiczne	ogółem	- 525
- Ośrodki medycyny szkolnej	ogółem	- 280
	w tym środowiskowe	- 49
2. Ośrodki Zdrowia na wsi	ogółem	- 11.552
	w tym środowiskowe	- 4.656
3. Medycyna pracy	ogółem	- 6.700*
	ogółem	- 44.131
	POZ w tym środowiskowe	- 16.043

II. POŁOŻNE

1. Przychodnie Rejonowe	ogółem	- 4.369
	w tym środowiskowe	- 2.402
2. Ośrodki Zdrowia na wsi	ogółem	- 1.497
	w tym środowiskowe	- 1.157
	ogółem	- 5.866
	POZ w tym środowiskowe	- 3.559

Podsumowanie

Analiza zatrudnienia pielęgniarek i położnych w kraju wykazuje znaczne dyspro-

8) Sprawozdanie o zatrudnieniu MZ – 90

9) Sprawozdanie o zatrudnieniu MZ – 90

*) Dane szacunkowe

dysproporcje w rozmieszczeniu kadr w układzie terytorialnym województw. Świadczą o tym zróżnicowane wartości wskaźników zatrudnienia na 10 tys. ludności, które w przypadku pielęgniarek w około 61% województw są na poziomie niższym od średniej wartości krajowej, a w przypadku położnych w ponad 45% województw.

Przyrost zatrudnienia w 1996 r. wskazuje na utrzymującą się tendencję w poprawie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych w kraju. Należy pozytywnie ocenić spadek o 20,4% liczby bezrobotnych w omawianych grupach zawodowych. Jednak brak analogicznych danych z lat ubiegłych nie pozwala stwierdzić czy jest to tendencja stała.

Z ogółu zatrudnionych w kraju 76,9% pielęgniarek i 88,4% położnych zabezpiecza świadczenia stacjonarne (w tym psychiatrycznej) i podstawowej opieki zdrowotnej. W tym 56,4% pielęgniarek i 64,6% położnych lub zatrudnionych w szpitalach. Prezentowane wskaźniki liczby łóżek przypadających na 1 pielęgniarkę/położną wskazują na znaczne

zróżnicowanie tak w układzie województw jak i wybranych oddziałów szpitalnych. Uznając, że wymienione wskaźniki nie oddają stanu zabezpieczenia (opieki) kadrowego w szpitalach, należy zwrócić uwagę na ich zróżnicowanie, jak również na znaczny odsetek – 21,6% kadry zabezpieczającej działalność innych komórek organizacyjnych szpitala, (z uwzględnieniem kierowniczej kadry – 4,3%) poza oddziałami łóżkowymi.

Stan zatrudnienia pielęgniarek środowiskowych wykazuje stałą tendencję wzrostową, co pozwala pozytywnie ocenić rozwój tej dziedziny opieki pielęgniarskiej. Na szczególną uwagę zasługuje wzrastająca liczba województw, które osiągnęły wskaźniki liczby ludności na 1 pielęgniarkę środowiskową w granicach założonej normy (12 województw na wsi i 25 – w mieście).

pielęgniarka dyplomowana
Wicedyrektor Departamentu Pielęgniarstwa
w MZiOS
mgr ped. Katarzyna Koronka

PROGRAM ROZWOJU PIEŁĘGNIARSTWA

W REFORMOWANEJ POZ – Przedruk z Pielęgniarstwo 2000 2(37)'98

W oparciu o przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej dokument strategiczny: Przekształcenia POZ – strategia realizacji celów i zadań – w Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju na przełomie 1994/95 r. podjęte zostały intensywne prace nad określeniem koncepcji funkcjonowania opieki pielęgniarskiej w nowym modelu POZ.

W tym celu w oparciu o założenia koncepcyjne dokumentu strategicznego, a także wykorzystując wcześniejszy dorobek środowiska pielęgniarskiego powstał: „Program Rozwoju Pielęgniarstwa w Reformowanej POZ”. Program ten został zaakceptowany przez Ministra Zdrowia i stał się integralną częścią strategii przekształceń Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Dążąc do zapewnienia warunków niezbędnych do wdrożenia programu, projekt ten został przedstawiony jako wniosek do finansowania w ramach funduszy pomocy zagranicznej przeznaczonych na reformę systemu ochrony zdrowia. Dzięki pozytywnej ocenie projektu, w marcu 1995 r. podjęta została decyzja o finansowaniu projektu w

ramach Programu Phare w wysokości 290 tys. ECU, a następnie w kwietniu 1996 r. – decyzja o rozszerzeniu zakresu działań czyli uruchomieniu drugiego projektu w kwocie 168 tys. ECU.

Cele Programu:

- I. Wypracowanie nowego modelu pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego w reformowanej POZ,
- II. Określenie koncepcji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych środowiskowych/rodzinnych dla potrzeb POZ,
- III. Uruchomienie procesu kształcenia pielęgniarek i położnych rodzinnych,
- IV. Rozwój i wsparcie ośrodków prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych,
- V. Przygotowanie podręczników i środków dydaktycznych dla potrzeb kształcenia,
- VI. Wypracowywanie nowych rozwiązań w zakresie organizacji i finansowania świadczeń pielęgniarskich w reformowanej POZ,
- VII. Przygotowanie pielęgniarskiej kadry kie-

rowniczej do wdrażania przekształceń w POZ,

VIII. Promocja nowego modelu pielęgniarstwa rodzinnego.

Realizacja Programu Rozwoju Pielęgniarstwa w Reformowanej POZ była prowadzona w ramach dwóch Projektów, które zostały powierzone następującym organizacjom:

1. Kolegium Pielęgniarek i Położnych Środowiskowych/Rodzinnych – Nr 9113/026/95,
2. Warszawsko-Skierniewickiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek Położnych – Nr 9113/052/95,

Instytucje te realizowały podjęte zadania we współpracy z Centrum Edukacji Medycznej w Warszawie, jako jednostką odpowiedzialną za nadzór nad kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych. Z uwagi na złożoność i specyfikę zadań do współudziału w realizacji Programu zostało włączonych szereg instytucji i zespołów, wśród których kluczową rolę pełniły:

- Wydziały Zdrowia urzędów Wojewódzkich,
- Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych,
- Wojewódzkie Ośrodki Doskonalenia Kadr Medycznych,
- Wydziały Pielęgniarskie Akademii Medycznych,
- Wybrane Zakłady Opieki Zdrowotnej.

Autorzy projektu oraz eksperci zaangażowani w jego realizację przyjęli jako podstawową zasadę założenie, że sukces rozwoju pielęgniarstwa determinowany jest przez wiele współzależnych czynników, dlatego też realizowany program powinien oddziaływać nie na jeden, lecz na kilka ważnych dziedzin pielęgniarstwa czyli przede wszystkim: kształcenie i praktykę a także zarządzanie.

Z uwagi na ogromną dynamikę procesu zmian dokonujących się w polskim systemie ochrony zdrowia, realizacja projektu odbywała się niejednokrotnie w innym niż przewidywano otoczeniu systemowym. Sytuacja ta niekiedy wymuszała konieczność wprowadzenia zmian w realizacji zadań, jednakże nie spowodowało to zagrożeń w osiągnięciu podstawowych celów projektu.

W wyniku działań prowadzonych w ramach Projektów w okresie od 24.03.95 do 16.12.97

zrealizowane zostały wszystkie zaplanowane cele i osiągnięto następujące wyniki:

Prezentacja wyników Programu

Cel

- I. Wypracowanie modelu pielęgniarstwa i położnictwa rodzinnego w reformowanej POZ

Wyniki

1. Opracowano zakres kompetencji pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej; który po okresie pilotażowym jest powszechnie wdrażany w całym kraju,
2. Określono standardy wyposażenia praktyk pielęgniarki środowiskowej/rodzinnej oraz ośrodków szkoleniowych,
3. Wypracowano docelowe wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek środowiskowych /rodzinnych, które zostały przyjęte jako normy przez pracodawców.

Cel

- II. Określenie koncepcji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych środowiskowych/rodzinnych dla potrzeb POZ

Wyniki

- I. Opracowano nowe programy kształcenia pielęgniarek i położnych środowiskowych/rodzinnych:
 - 3,5 – miesięczne kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek i położnych,
 - 1,5 – miesięczne kursy uzupełniające (dla osób z kwalifikacjami pielęgniarki środowiskowej),
 - 3,5 – miesięczne kursy kwalifikacyjne dla pielęgniarek zatrudnionych w medycynie szkolnej.
2. Opracowano program specjalizacji w pielęgniarstwie rodzinnym.
3. Opracowano program specjalizacji w zakresie organizacji i zarządzania.
4. Opracowano program kursu doskonalącego dla pielęgniarskiej kadry kierowniczej.

Cel

- III. Uruchomienie procesu kształcenia pielęgniarek i położnych rodzinnych

Wyniki

1. Przeszkolono grupę trenerów, (190 osób) odpowiedzialnych za organizację i prowadzenie szkoleń w ośrodkach wojewódzkich.
2. Opracowano standardy oceny realizowa-

- nych szkoleń.
3. Dofinansowano kursy kwalifikacyjne dla 1130 pielęgniarek i 649 położnych.
 4. Dofinansowano kursy kwalifikacyjne dla 2065 pielęgniarek i 51 położnych.
 5. Dofinansowano kursy kwalifikacyjne dla 278 pielęgniarek w medycynie szkolnej.
 6. Zapewniono proces monitorowania jakości szkoleń pielęgniarek i położnych środowiskowych/rodziny realizowanych na poziomie wojewódzkim.

Cel

IV. Rozwój i wsparcie ośrodków prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Wyniki

1. Dopuszczono Wojewódzkie Ośrodki Doskonalenia Kadr Medycznych w szereg nowych pozycji książkowych i pomocy dydaktycznych.
2. Dopuszczono placówki szkolenia praktycznego w 468 toreb dla pielęgniarek środowiskowych/rodziny.
3. Przygotowano bazę instytucjonalną dla koordynacji spraw związanych z kształceniem podyplomowym pielęgniarek i położnych oraz akredytacją ośrodków prowadzących kształcenie.

Cel

V. Przygotowanie podręczników i środków dydaktycznych dla potrzeb kształcenia

Wyniki

1. Przygotowano zestawy pomocy dydaktycznych i metodycznych niezbędnych do realizacji szkoleń.
2. Opracowano zestaw foliogramów dla potrzeb szkół i ośrodków kształcenia podyplomowego.
3. Wydano serię poradników w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego oraz dwie pozycje książkowe: Pielęgniarstwo rodzinne. Teoria i praktyka, red. Zofia Kawczyńska – Butrym; Pielęgniarstwo w praktyce ogólnej. Tradycja i zmiany. M. Damant, C. Martin, S. Openshaw.

Cel

VI. Wypracowanie nowych rozwiązań w zakresie organizacji i finansowania świadczeń pielęgniarstwa w POZ

Wyniki

1. Wypracowano propozycje rozwiązań placowych dla pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej w kontekście symulacji finansowej przygotowanej dla lekarzy.

2. Opracowano i pilotażowo wdrożono system punktowej wyceny usług pielęgniarstwa.
3. Opracowano koncepcje i założenia do systemu kontraktowania świadczeń pielęgniarstwa.
4. Opracowano projekty wzorów umów kontraktowych dla wybranych obszarów świadczeń pielęgniarstwa.
5. Przygotowano kadre kierowniczą w wiodących regionach do uruchomienia procesu kontraktowania świadczeń pielęgniarstwa.
6. Zapewniono doradztwo i pomoc we wdrażaniu kontraktów.

Cel

VII. Promocja nowego modelu Pielęgniarstwa Rodzinnego

Wyniki

1. Zorganizowano dwie krajowe konferencje dla pielęgniarek i położnych środowiskowych/rodziny:
 - luty 1996 r. – Warszawa,
 - marzec 1997 r. – Myślenice.
2. Uruchomiono cykliczną wkładkę specjalną w ramach dwumiesięcznika „Pielęgniarstwo 2000” poświęconą tematyce pielęgniarstwa rodzinnego.
3. Przygotowywano szereg publikacji i doniesień z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego na łamach prasy, radia i telewizji.
4. Realizacja programu spowodowała zainteresowanie i włączenie do zadań na rzecz pielęgniarstwa ogromnej rzeszy decydentów, kadry kierowniczej i ekspertów w dziedzinie zarządzania i polityki zdrowotnej.

Podsumowanie realizacji programu

1. Projekty Phare PL 9113/026/95 oraz PL 9113/052/95 były pierwszymi ogólnokrajowymi programami działań skierowanych na rozwój opieki pielęgniarstwa w systemie ochrony zdrowia, z wydzielonym własnym budżetem pochodzącym ze środków pomocy zagranicznej.
2. Realizacja projektów opierała się i była możliwa dzięki zaangażowaniu i współdziałaniu ogromnej liczby specjalistów w dziedzinie polityki zdrowotnej, pielęgniarstwa i zarządzania z terenu całego kraju. Osoby te zdobyły dzięki Projektom nowe umiejętności i doświadczenia, które są bardzo ważnym choć niewymiernym dorobkiem całego Programu.
3. Realizacja projektów umożliwiła przygotowanie merytoryczne i organizacyjne środowiska pielęgniarstwa do aktywnego współu-

czestnictwa w procesie wdrażania reformy systemu ochrony zdrowia.

4. Jednym z najważniejszych wyników projektu jest uzyskanie w okresie 1995-97 przez prawie 4,5tysięczną grupę pielęgniarek i położnych nowych kwalifikacji w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa rodzinnego, co stanowi ok. 10% ogółu zatrudnionych w POZ.
5. Pozytywne zmiany, które dokonały się w obszarze pielęgniarstwa środowiskowego /rodzinnego w okresie 1995-97 r. dotyczące kwalifikacji, postaw, a także poziomu motywacji pielęgniarek będą intensyfikowały i oddziaływały na rozwój całego systemu POZ w najbliższych latach.
6. Realizacja programu stworzyła płaszczyznę integracji różnych środowisk w obrębie pielęgniarstwa jak również umożliwiła budowanie wsparcia dla profesji w systemie ochrony zdrowia.

Czym Program Rozwoju Pielęgniarstwa różnił się od innych projektów Phare?

1. Środki pochodzące z pomocy zagranicznej zostały zwielokrotnione nakładami finansowymi podmiotów polskich (dofinansowanie szkoleń, konferencji, doposażenie ośrodków szkoleniowych i gabinetów pielęgniarek rodzinnych), co umożliwiło rozszerzenie zakresu podjętych zadań).
2. Realizacja projektu obejmowała działania prowadzone na różnych szczeblach, na poziomie centralnym, regionalnym i lokalnym, co spowodowało zaangażowanie wielkiej liczby Ekspertów Lokalnych (wykładowcy z 49 województw, kadra kierownicza różnego szczebla, autorzy publikacji, liderzy zmian na poziomie lokalnym).
3. Zespół prowadzący projekt nie podjął inicjatywy w zakresie organizacji wyjazdów zagranicznych i włączenia ekspertów zagranicznych uznając, że w kraju jest dostatecznie duża liczba własnych specjalistów i mądrych koncepcji, natomiast całość uzyskanych środków należy przeznaczyć na wdrażanie zmian.
4. Projekt był realizowany w bardzo ścisłej współpracy przedstawicieli administracji państwowej, czyli Ministerstwa Zdrowia oraz Urzędów Wojewódzkich, co zapewniło optymalne warunki do realizacji podjętych zadań.

WDRAŻANIE KONTRAKTÓW NA ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARSKIE

Zgodnie z założeniami koncepcyjnymi zawartymi w dokumencie strategicznym Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej: **Przekształcenia w POZ – Strategia Realizacji Celów i Zadań** – przed pielęgniarkami i położnymi zatrudnionymi w tym sektorze opieki zdrowotnej wyłaniają się nowe wyzwania, powstają duże możliwości rozwoju i poszerzenia własnej praktyki zawodowej, wymagające jednak podwyższenia dotychczasowych kwalifikacji i wdrożenia szeregu zmian organizacyjnych.

Zasadniczym celem wdrażanych zmian w podstawowej opiece zdrowotnej jest poprawienie dostępności i zapewnienie wysokiej jakości świadczeń usług zdrowotnych realizowanych na najniższym poziomie systemu ochrony zdrowia. Wraz z rozpoczęciem działań w zakresie wdrożenia instytucji lekarza rodzinnego w naszym kraju, podjęte zostały intensywne prace w zakresie rozwoju pielęgniarstwa w podstawowej opiece zdrowotnej.

W oparciu o założenia koncepcyjne przekształceń podstawowej opieki zdrowotnej w ówczesnym Biurze Naczelnej Pielęgniarki Kraju na przełomie roku 1994/95 opracowano „**Program rozwoju pielęgniarstwa w reformowanej podstawowej opiece zdrowotnej**”, który stał się częścią strategii Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, a także uzyskał wsparcie finansowe ze środków funduszu Phare.

W pierwszym etapie działań skoncentrowano się na:

- określeniu standardu kształcenia pielęgniarek i położnych dla potrzeb podstawowej opieki zdrowotnej,
- przygotowaniu programów szkolenia i pomocy dydaktycznych,
- uruchomieniu systemu szkolenia pielęgniarek i położnych rodzinnych,
- opracowaniu zakresów kompetencji dla pielęgniarek i położnych rodzinnych,
- przygotowaniu nowych rozwiązań dotyczących organizacji i finansowania świadczeń pielęgniarstkich w podstawowej opiece zdrowotnej.

Równocześnie środowisko pielęgniarstkie rozpoczęło proces intensywnych przygotowań do wdrażanych przekształceń w podstawowej opiece zdrowotnej, w tym także do procesu kontraktowania

- świadczeń pielęgniarskich, który obejmował:
- prace koncepcyjne w zakresie funkcjonowania opieki pielęgniarskiej w nowym modelu podstawowej opieki zdrowotnej,
 - wypracowanie propozycji rozwiązań płacowych dla pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej w kontekście symulacji finansowej przygotowanej dla lekarzy,
 - opracowanie koszyka minimalnych świadczeń pielęgniarskich w podstawowej opiece zdrowotnej,
 - opracowanie i pilotażowe wdrożenie systemu punktowej wyceny usług pielęgniarskich,
 - opracowanie standardów praktyki w podstawowej opiece zdrowotnej.

Opracowując założenia do projektów pierwszych umów kontraktowych dla pielęgniarek środowiskowych/rodzinnych, przyjęto następujące założenia:

- dążenie do rozszerzenia zakresu i dostępności świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki,
- wzmocnienie pozycji zawodowej pielęgniarki w zespole i w społeczeństwie,
- stworzenie motywacji finansowej dla środowiska,
- zapewnienie efektywnego wykorzystania kadry pielęgniarskiej i posiadanych zasobów.

W oparciu o wypracowane założenia i pierwsze doświadczenia kontraktowe, rozpoczął się proces promocji i przygotowania pielęgniarek i położnych do nowych warunków zatrudnienia. Działania te wzbudziły bardzo duże zainteresowanie środowiska, a przede wszystkim wyzwoliły gotowość do zawierania kontraktów. Idea przechodzenia na system kontraktowy uzyskała szeroką akceptację środowiska z uwagi na:

- jasno sprecyzowany zakres usług pielęgniarskich,
- samodzielność działań oraz jednoznaczny zakres odpowiedzialności,
- stworzył motywację finansową.

Pierwsze kontrakty pielęgniarskie zostały wdrożone w maju 1996 r. w woj. pilskim. Niemal równocześnie rozpoczęła się szeroka kampania edukacyjno – informacyjna adresowana do środowiska pielęgniarskiego dotycząca systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Dla powo-

powodzenia procesu podjęte zostały także działania w celu przygotowania całej kadry kierowniczej oraz decydentów polityki zdrowotnej.

Po roku od rozpoczęcia wdrażania kontraktów pielęgniarskich Departament Pielęgniarstwa MZiOS podjął próbę ogólnej oceny rozwoju tego procesu.

W tym celu w okresie od marca do września 1997 r. przeprowadzono badanie ankietowe wśród Pielęgniarek Wojewódzkich, którego celem było:

- ocena ilości i rodzaju funkcjonujących kontraktów,
- określenia obszarów świadczeń podlegających kontraktowaniu,
- zdefiniowanie trudności w uruchomieniu procesu kontraktowania świadczeń pielęgniarskich,
- rozpoznanie dalszych działań w zakresie kontraktowania.

Analiza wyników badania w zakresie rozwoju procesu kontraktowania świadczeń pielęgniarskich.

1. Dane odnośnie procesu kontraktowania otrzymano z **47 województw czyli 95,9% ogółu województw.**
2. Proces kontraktowania został uruchomiony w **19 województwach**, co stanowi **38,8% ogółu województw.**
3. Aktualnie w **22 województwach**, co stanowi 44,9% ogółu województw prowadzone są intensywne przygotowania (negocjonowanie, analizy finansowe) do uruchomienia procesu kontraktowania. Większość z ośrodków planuje wdrożenie pierwszych kontraktów pielęgniarskich w I-kwartale 1998 r.
4. Z analizy wynika, że tylko w **6 województwach**, co stanowi 12,2% ogółu nie uruchomiono procesu kontraktowania, a także nie planuje się podjęcia go w najbliższych miesiącach.
5. **Liczba pielęgniarek w nowych formach zatrudnienia w p. o. z.**

Rodzaj kontraktu	Liczba pielęgniarek
1. Kontrakty pielęgniarskie indywidualne	131
2. Kontrakty Zespołowe (agencje pielęgniarskie)	25
1. Zatrudnienia w praktykach Lekarza Rodzinnego	249
• kontrakt z lekarzem	141
• umowa o pracę	181

6. Aktualnie kontrakty na świadczenia pielęgniarские zawierane są przez:
 - wojewodę,
 - lekarza rodzinnego,
 - jednostkę samorządową,
 - dyrektora samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej.
7. Na ogólną liczbę kontraktów, wynoszącą **297**, tylko **24** zostało zawarte przez **położne**, w przypadku pozostałych zleceńobiorcami są **pielęgniarki**.
8. Umowy kontraktowe najczęściej obejmowały świadczenia z zakresu:
 - **pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego – 91 %**,
 - **inne świadczenia pielęgniarские** będące przedmiotem kontraktu – **9%** (świadczenia w medycynie szkolnej, świadczenia w zakresie opieki położniczej, świadczenia z zakresu profilaktyki – szczepienia ochronne, promocja zdrowia, pielęgniarstwo zabiegowe).
9. Ośrodkami wiodącymi we wdrażaniu kontraktów samodzielnych są:
 - suwalskie - 43 kontrakty
 - pilskie - 30 kontraktów
 - chełmskie - 30 kontraktów
 - gdańskie - 19 kontraktów
10. Ośrodkami wiodącymi we wdrażaniu nowych form zatrudnienia pielęgniarek w praktykach lekarza rodzinnego są:
 - koszalińskie - 73 pielęgniarki
 - poznańskie - 68 pielęgniarek
 - krakowskie - 49 pielęgniarek
 - szczecińskie - 38 pielęgniarek
 - zielonogórskie - 35 pielęgniarek
 - pilskie - 31 pielęgniarek

Najczęściej występujące trudności w procesie wdrażania kontraktów na usługi pielęgniarские (według oceny Pielęgniarek Wojewódzkich):

- obawa przed zmianą formy zatrudnienia związana szczególnie z utratą całości zabezpieczeń wynikających z umowy o pracę,
- brak lub małe zainteresowanie decydentów polityki zdrowotnej kontraktowaniem usług pielęgniarских,
- niedostateczne przygotowanie pielęgniarek i położnych dotyczące procesu kontraktowania i zmian w systemie ochrony zdrowia,

- brak dostatecznej współpracy i wsparcie ze strony lekarzy,
- brak zainteresowania środowiska pielęgniarского procesem kontraktowania.

Wnioski ogólne dotyczące rozwoju procesu kontraktowania świadczeń pielęgniarских:

- kontraktowanie świadczeń pielęgniarских w p. o. z. jest wdrażane w wielu ośrodkach w kraju, chociaż dotychczasowa liczba kontraktów jest stosunkowo niska,
- środowisko pielęgniarские wymaga dalszych, intensywnych działań edukacyjnych w zakresie przygotowywania do pracy w nowych warunkach organizacyjno – finansowych,
- w środowisku pielęgniarским w p. o. z. występują aktualnie dwa podstawowe rodzaje postaw:
 - a) determinacja do pracy na warunkach kontraktu indywidualnego,
 - b) zainteresowanie pracą lub kontraktem w praktyce lekarza rodzinnego,
- funkcjonujące aktualnie różnorodne rodzaje kontraktów stanowią bardzo cenną bazę doświadczeń dla wypracowania docelowego modelu organizacji i finansowania świadczeń pielęgniarских w p. o. z.,
- w najbliższym okresie nastąpi dynamiczny rozwój procesu kontraktowania świadczeń pielęgniarских,
- należy dążyć do większego zainteresowania pielęgniarek i decydentów uruchamianiem grupowych praktyk pielęgniarских, jako jednej z docelowych form organizacji świadczeń pielęgniarских w p. o. z.

OFERTA WYDAWNICZA CEM

Kontraktowanie świadczeń
pielęgniarskich

**Wdrażanie kontraktów
Ocena doświadczeń**

pod red. Grażyny Wójcik

Warszawa 1998

Dyrektor Departamentu Pielęgniarstwa MZiOS
Naczelna Pielęgniarka Kraju
mgr pielęgniarstwa Grażyna Wójcik

Z ŻAŁOBNEJ KARTY

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci Pielęgniarki
Genowefy Ruszkowskiej
Żegnamy długoletnią pracownicę służby
zdrowia, dobrą i serdeczną Koleżankę.
Samorząd Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Przełożonej Pielęgniarce Przychodni
Dziecięcej w Białej Podlaskiej przy ulicy
Narutowicza 35 Sabinie Jerozalskiej wyrazy
szczerego współczucia z powodu śmierci Ojca
składają współpracownicy.

Pielęgniarce Teresie Miechowicz
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Matki
składają Koleżanki Zespołu Wojewódzkich
Przychodni i Poradni Specjalistycznych
Biała Podlaska, ul. Warszawska 14.

Pielęgniarce Oddziałowej
Oddziału Okulistyki WSzZ W Białej Podlaskiej
Danucie Dryżałowskiej
wyrazy szczerego współczucia z powodu
śmierci Matki
składa Redakcja i Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Pielęgniarce Oddziału Chirurgii WSzZ
w Białej Podlaskiej
Beacie Jarosiewicz
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Ojca
składają Współpracownicy.

Wyrazy szczerego współczucia
mgr Barbarze Danieluk
z powodu śmierci Ojca
dr Ryszardowi Danielukowi
z powodu śmierci teścia
składają pracownicy Działu Metodyczno –
Organizacyjnego WSzZ w Białej Podlaskiej.

Tradycja listopada każe myśleć o człowieku tak jak napisał Mickiewicz w II części „Dziadów”, że jest on „na świecie jeszcze, lecz nie dla świata”.

Te słowa dedykujemy ku pamięci wszystkim zmarłym Pielęgniarkom i Położnym.

Redakcja

