



BIULETYN

INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 1-2/105/2020



**BIULETYN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca:

OIPIP w Białej Podlaskiej
ul. Okopowa 3 pok. 218
21-500 Biała Podlaska
tel.: 83 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83
e-mail: oipipbp@poczta.onet.pl
www.oiPIP-bp.pl

**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych czynne
poniedziałek - piątek 8⁰⁰ -16⁰⁰**

INFORMATOR OIPIP:

W biurze OIPIP dyżury pełnią:

Radca Prawny
mgr Irena Hołubowicz
czwartek w godz. 12⁰⁰ - 14⁰⁰

**Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych**
mgr Marzena Tomczak
II i IV poniedziałek miesiąca,
godz. 15⁰⁰ -16⁰⁰

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych**
mgr Agnieszka Czekiel
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰ -15⁰⁰

Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓŁDZIELCZY
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010

Rada Programowa Biuletynu
dr n. med. Aneta Stanisławek
mgr Barbara Cydejko
mgr Dorota Fedoruk
mgr Elżbieta Macech

Redakcja Biuletynu:
Elżbieta Celmer vel Domańska,
Danuta Pawlik, Iwona Denicka,
Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk,
Ilona Bilko

Druk: Poligraf Joanna Goś Drelów

Spis treści

Od redakcji.....	3
 Uchwały ORPiP	4
 Informacje z NRPiP.....	6
 Informacje.....	12
 Opinie konsultantów.....	17
 Kształcenie podyplomowe.....	16
 Dział prawny.....	28
 Referaty.....	46
 Z żałobnej karty.....	49

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród
członków Samorządu.

**Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne, jeżeli chcecie złożyć
gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne -
NAPISZCIE - my wydrukujemy.**

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo
skracania przesłanych tekstów.

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych
(płyta CD).

OIPIP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla
personelu medycznego.

Szanowni Państwo,

Rok 2020 miał być dla środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych rokiem szczególnym.

Został ogłoszony przez WHO we współpracy z Międzynarodową Radą Pielęgniarek i Międzynarodową Radą Położnych - „Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarki i Położnej”. Data ta zbiega się z dwusetną rocznicą urodzin Florence Nightingale, prekursorki współczesnego, profesjonalnego pielęgniarstwa.

5 lutego 2020 r. w Ministerstwie Zdrowia zainaugurowano w Polsce międzynarodową kampanię „Nursing Now”. Międzynarodowa kampania miała podkreślić ogromną rolę pielęgniarek i położnych w ochronie zdrowia. Ogłoszony program „Nursing Now” jako główny cel przyjął poprawę statusu i budowanie prestiżu naszych zawodów w skali globalnej.

Kolejnym, ważnym wydarzeniem dla działalności samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, miał być zaplanowany na 27 marca 2020 roku Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Podczas zebrania wyborczych w 2019 r. wybraliśmy delegatów na VII kadencję, organy VI kadencji podsumowały swoją działalność, przygotowaliśmy się ze sprawozdaniami ale zjazdu sprawozdawczo - wyborczego jednak nie mogliśmy zrealizować. W związku ze stanem epidemii wynikającym z zagrożenia rozprzestrzeniania się zakażeń wirusem SARS-CoV-2 i koniecznością wprowadzenia szczególnych rozwiązań XXXV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej został odwołany.

8 maja Dzień Położnej

12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

Robiliśmy plany by w Międzynarodowym Roku Pielęgniarki i Położnej godnie uczcić i celebrować tegoroczne święto Pielęgniarki i Położnej.

Życie napisało zupełnie inny scenariusz!

W związku z czasem pandemii nie mogliśmy, jak co roku, zorganizować naszej konferencji, nie mogliśmy wspólnie świętować, cieszyć się spotkaniem koleżanek i kolegów.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w związku z pandemią wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 powołała dnia 20 marca 2020 roku Zespół Zarządzania Kryzysowego. Na bieżąco zamieszczamy, na naszej stronie internetowej, wszystkie komunikaty i apele dotyczące pandemii koronawirusa, zalecenia Wojewody, Ministra Zdrowia, NRPiP, konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa oraz obowiązującego ustawodawstwa w powyższym zakresie. Nieustająco monitorujemy potrzeby pielęgniarek i położnych.

Pandemia koronawirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 nosi znamiona kryzysu katastroficznego, w którym na tle kryzysu globalnego obserwowane są indywidualne kryzysy emocjonalne. Jedną z grup narażonych na znaczne ryzyko ich wystąpienia są pracownicy medyczni, w tym pielęgniarki i pielęgniarze, a najsilniej – aktywni zawodowo w czasie pandemii.

Świat, życie, medycyna nie kończą się na epidemii, kwarantannie, testach i „covidzie”. Świat ma jeszcze wiele innych problemów zdrowotnych i świat musi trwać nadal. Bez względu na sytuację, w jakiej się znaleźliśmy (oczywiście zachowując wszelkie środki zapewniające maksymalne bezpieczeństwo) ludzi trzeba leczyć.

Rok 2020, nawet gdyby oficjalnie nie został ogłoszony Międzynarodowym Rokiem Pielęgniarki i Położnej - to niewątpliwie SAM SIĘ NIM STAŁ!

Ten czas wymaga od nas bardzo dużo. Nasza praca, nasz profesjonalizm został obciążony ogromnym stresem. Praca niejednokrotnie ponad siły, strach o nasze rodziny, naszych bliskich. Wyjątkowość tej sytuacji zbliża nas do siebie i mobilizuje.

W tych wyjątkowych okolicznościach, w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, życzę Państwu przede wszystkim zdrowia! Oby okres pandemii minął bezpowrotnie, a My byśmy mogli wrócić do swoich obowiązków w spokoju i bez uczucia ciągłego zagrożenia.

Dziękuję pielęgniarkom, położnym, pielęgniarzom - za odwagę, poświęcenie i codzienną walkę z epidemią koronawirusa.

Z wyrazami szacunku

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP w Białej Podlaskiej



WYKJAZ UCHWAŁ PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY

Od stycznia do lipca 2020 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej (w tym prezydium okręgowej rady) odbyła 8 posiedzeń. Na posiedzeniach okręgowej rady podjęto 26 uchwał, na posiedzeniach prezydium okręgowej rady podjęto 11 uchwał.

Podjęto 56 uchwał rejestrowych, w tym:

- 1/. uchwały dotyczące wpisu do rejestru pielęgniarek - 8
- 2/. uchwały dotyczące wpisu do rejestru położnych - 2
- 3/. uchwały dotycząca wykreślenia z rejestru pielęgniarek - 8
- 4/. uchwały dotyczące wygaśnięcia ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu upływu czasu na jakie zostało wydane - 2
- 5/. uchwały dotyczące wygaśnięcia ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej z powodu upływu czasu na jakie zostało wydane - 1
- 6/. uchwały dotyczących stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek - 33
- 7/. uchwały dotyczące wymiany PWZ pielęgniarki i wpisu do rejestru - 1
- 8/. uchwały dotyczące wydania duplikatu PWZ pielęgniarki - 1

Od czasu rozpoczęcia pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, w odpowiedzi na zaistniałą sytuację epidemiczną posiedzenia okręgowej rady odbywały się w większości zdalnie.

*Danuta Pawlik
Sekretarz ORPiP*

O BOWIĄZEK ZA WIADAMIANIA O ZMIANIE DANYCH

Pielęgniarka i położna wpisane do rejestru są obowiązane do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych, o których mowa w art. 44 ust. 1, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

W szczególności aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- zmiany nazwiska,
- ukończenia kursów i specjalizacji,
- ukończenia studiów wyższych,
- miejsca zamieszkania,
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia,
- zmianie miejsca pracy,
- przejścia na emeryturę,
- utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu.

Zmiany danych dokonuje się na podstawie złożenia właściwej części arkusza aktualizacyjnego, tj.:

cz. „A” - Dane osobowe

cz. „B” - Dane o wykształceniu

cz. „C” - Dane o stażu poddyplomowym

cz. „D” - Dane zawodowe

cz. „E” - Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

cz. „F” - Dane o zatrudnieniu

cz. „G” - Dane o specjalizacji

cz. „H” - Dane do korespondencji

Druki dostępne są na stronie internetowej <http://oipip-bp.pl/czlonkostwo/> lub w biurze OIPiP w Białej Podlaskiej ul. Okopowa 3 p. 218.

INFORMACJA ODNOŚNIE SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

Wysokość składki członkowskiej

Zgodnie z Uchwałą nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie zmiany uchwały VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nr 18 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

- W przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę, na podstawie stosunku służbowego, umowy zlecenia, również pracujące emerytki wysokość składki członkowskiej wynosi **1% wynagrodzenia zasadniczego (wynagrodzenia brutto)**.
- Osoby wykonujące zawód w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych wysokość składki wynosi **0,75%** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego. Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 stycznia 2020r. przeciętne miesięczne wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2019 r. wyniosło **5367,71 zł. zł.**

Wobec powyższego wysokość składki dla indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych wynosi 40,26 zł.

WPIS DO REJESTRU PRAKTYK ZAWODOWYCH

Zgodnie z art. 105 ust 1. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U.2018.2190 t.j.)

Wpis do rejestru praktyk zawodowych podlega opłacie wynoszącej 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru – w przypadku lekarza lub pielęgniarki, – zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 21 stycznia 2020 r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku w 2019 r. wyniosło **5167,98 zł.**

Wobec powyższego opłata od wpisu do rejestru praktyk zawodowych wynosi 104,00 zł.

Natomiast zgodnie z art. 105 ust. 2. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U.2018.2190 t.j.) zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust. 1.

Wobec powyższego opłata od zmiany wpisu wynosi 52,00 zł.

WNIOSEK O WPIS/WPIS ZMIANY DANYCH DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Zgodnie z art. 76 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.) „Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, wynosi 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego”, **wysokość opłaty za wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w roku 2020 r. wynosi 311,00 zł.**



ZESPÓŁ ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO NIPiP

Informacje o podjętych działaniach przez Zespół Zarządzania Kryzysowego NIPiP znajduje się na stronie <https://nipip.pl/dzialania-zespołu-kryzysowego-nipip/>

Zachęcamy również do korzystania ze strony – <https://nipip.pl/pytania-i-odpowiedzi-dotyczace-koronawirusa/>, na której znajdują się odpowiedzi na nurtujące pytania zadawane przez Pielęgniarki i Położone.

STANOWISKO 38

SPRZECIW NACZELNEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 24 CZERWCA 2020 ROKU W SPRAWIE NOWELIZACJI ART. 37A KODEKSU KARNEGO

USTAWĄ Z DNIA 19 CZERWCA 2020 R. O DOPLATACH DO OPROCENTOWANIA KREDYTÓW BANKOWYCH UDZIELANYCH PRZEDSIĘBIORCOM DOTKNIĘTYM SKUTKAMI COVID-19 ORAZ O UPROSZCZONYM POSTĘPOWANIU O ZATWIERDZENIE UKŁADU W ZWIĄZKU Z WYSTĄPIENIEM COVID-19, CZYLI TARCZA ANTYKRYZYSOWA 4.0 (DZ.U. 2020, POZ. 1086)

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych działając w ramach kompetencji samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wynikających z ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz.U. z 2018 r. poz. 916) w zakresie sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodów, obroną godności zawodowej, oraz reprezentowania i ochroną zawodów **wnosi o uchylene w trybie pilnym znowelizowanego art. 37a Kodeksu karnego.**

Zgodnie z przywołaną ustawą przepis art. 37a Kodeksu karnego otrzymał brzmienie:

„Art. 37a. § 1. Jeżeli przestępstwo jest zagrożone tylko karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 8 lat, a wymierzona za nie kara pozbawienia wolności nie byłaby surowsza od roku, sąd może zamiast tej kary orzec karę ograniczenia wolności nie niższą od 3 miesięcy albo grzywnę nie niższą od 100 stawek dziennych, jeżeli równocześnie orzeka środek karny, środek kompensacyjny lub przepadek.

§ 2. Przepisu § 1 nie stosuje się do sprawców, którzy popełniają przestępstwo działając w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego oraz sprawców przestępstw o charakterze terrorystycznym”.

Mamy pełną świadomość, iż zmieniamy przepis art. 37a Kodeksu karnego bezpośrednio wpływa na możliwość stosowania przez sądy powszechne innych środków karnych niż kara pozbawienia wolności, przy rozpatrywaniu spraw o czyny, których przedmiotem jest nieumyślne spowodowanie śmierci (art. 155k.k.) i

narażenie na niebezpieczeństwo utraty życia, czy też ciężkiego uszczerbku na zdrowiu (art.160 § 1i 2 k.k).

Podobna próba nowelizacji Kodeksu karnego, na skutek której miało dojść do zmiany przepisów skutkujących zwiększeniem represyjności przepisów mogących znajdować zastosowanie wobec osób wykonujących zawody medyczne – miała miejsce w ubiegłym roku. Wówczas to samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, solidaryzując się z innymi samorządami reprezentującymi osoby wykonujące medyczne zawody zaufania publicznego zajął zdecydowanie negatywne stanowisko wobec projektowanej zmiany regulacji karnych.

Ponownie solidaryzujemy się z aktualnie wyrażonym stanowiskiem przedstawicieli samorządu lekarskiego, odnoszącym się do zaostrzenia represji karnej bezpośrednio skierowanej przeciwko przedstawicielom zawodów medycznych. Uzasadniając prezentowane stanowisko m.in. wskazano, iż: *„Nowelizacja art. 37a kodeksu karnego budzi olbrzymi sprzeciw całego środowiska lekarskiego, ponieważ przepis ten może znaleźć zastosowanie także w sprawach dotyczących tzw. błędów medycznych.*

Z uwagi na charakter podejmowanych czynności zawodowych podejmowanych w celu ratowania życia i zdrowia swoich pacjentów lekarze są grupą zawodową, która nie jest wolna od ryzyka ponoszenia odpowiedzialności karnej. Lekarz, który dopuścił się błędu medycznego, musi wprawdzie liczyć się z poniesieniem konsekwencji swego czynu, wymierzana sank-

cja powinna być jednak sprawiedliwa adekwatna do stopnia zawinienia, okoliczności, w jakich doszło do popełnienia czynu i postawy lekarza. Sąd orzekający musi mieć zatem pozostawioną szerszą swobodę wymiaru kary wolnościowej”.

Powyższe tezy znajdują pełne zastosowanie również w odniesieniu do pielęgniarek i położnych jako samodzielnych zawodów medycznych zaufania publicznego. Pragniemy zauważyć, iż w ostatnich latach osoby wykonujące te zawody uzyskały możliwość nabywania w trakcie kształcenia przed i podyplomowego szerokich kwalifikacji zawodowych uprawniających do podejmowania samodzielnych decyzji medycznych, a tym samym narażonych na popełnienie nieumyślnego błędu medycznego. Pielęgniarki i położne są obecnie często członkami wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych i w szczególności wspólnie z lekarzami, farmaceutami i diagnostami laboratoryjnymi współdecydują o przebiegu skomplikowanego procesu przywracania pacjentów do zdrowia. Natomiast wiadomym powszechnie jest, że wraz z bardzo dynamicznym postępem nauk medycznych, rozwojem nowych metod diagnozy, leczenia, pielęgnacji, rehabilitacji oraz nieznanymi dotychczas dziedzin nauki wzrastać zaczęła liczba zagrożeń i coraz poważniejszych szkód.

Dlatego wiele krajów, zarówno w kręgu prawa kontynentalnego, jak i *common law*, podjęło próby skonstruowania nowych rozwiązań prawnych zarówno w zakresie odpowiedzialności karnej, jak i cywilnej. Natomiast wprowadzona zmiana w art.37a Kodeksu karnego stoi w sprzeczności z rozwiązaniami współczesnych krajów w zakresie zasad nadzoru nad personelem medycznym w celu minimalizowania i weryfikacji przyczyn niepowodzenia terapeutycznego.

Popierając konieczność ponoszenia odpowiedzialności karnej przez sprawców przestępstwa, ponownie podkreślenia wymaga to, że zaostrzenie prawa, które jak się wydaje ma służyć min. zwiększeniu ochrony najistotniejszych dóbr jakimi są zdrowie i życie człowieka, w sposób paradoksalny w swoich skutkach w przypadku opieki nad pacjentami przyniesie najprawdopodobniej zgoła odwrotny efekt. Zamiast wypracować regulacje prawne mobilizujące środowisko medyczne do powszechnego raportowania każdego zdarzenia niepożądanego zaistniałego w procesie pracy personelu medycznego, wprowadzone zmiany doprowadzą do hamowania inicjatywy w tym zakresie i

nasilą „strach” i nieufność w relacjach pacjent – personel medyczny. Ponadto, pragniemy także zwrócić uwagę, iż zaostrzenie przepisów odpowiedzialności karnej personelu medycznego, jest też próbą odwrócenia uwagi od problemów nieefektywnie działającego w Polsce systemu opieki zdrowotnej, braków kadrowych, braków bezpiecznych warunków pracy w podmiotach leczniczych oraz braku kompleksowego rozwiązania zróżnicowanych form zatrudnienia i zasad wynagradzania personelu medycznego, co prowadzi do wieloletowości pracy zarówno pielęgniarek i położnych, jak i lekarzy, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, diagnostów laboratoryjnych, a tym samym przemęczenia psychofizycznego i wypalenia zawodowego.

W naszej ocenie, zmiana zasad wymiaru kary de facto skutkująca jedynie zaostrzeniem represji karnej – mająca w założeniu powodować zwiększenie stopnia staranności podejmowanych działań zawodowych przez min. pielęgniarki i położne, a tym samym prowadzić do minimalizacji ilości popełnianych błędów i występowania tzw. zdarzeń niepożądanych zamierzonego skutku nie wywoła, natomiast w ocenie NR-PiP najprawdopodobniej spowoduje dalsze zmniejszenie liczby osób decydujących się na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej.

Całkowicie niezrozumiałym w końcu jest również to, iż w ramach uchwalania szczególnych rozwiązań prawnych związanych ze zwalczaniem zagrożeń rozprzestrzenia się wirusa SARS-CoV-2,

- z jednej strony do porządku prawnego wprowadzono regulacje umożliwiające funkcjonariuszom publicznym uniknięcie odpowiedzialności karnej w związku z nadużyciem uprawnień przy dokonywaniu zakupów i usług mających służyć walce z epidemią,

- z drugiej zaś strony w tym samym czasie zaostrzeniu mają ulec zasady odpowiedzialności karnej skierowane przeciwko m.in. pielęgniarkom i położnym tj. osobom codziennie ryzykującym własnym zdrowiem i życiem w związku ze zwalczaniem epidemii, nawet w sytuacji niedoborów środków ochrony osobistej.

Wobec powyższego NR-PiP wnosi jak na wstępie i wzywa do podjęcia kompleksowych prac nad warunkami pracy i płacy oraz nad nowym modelem weryfikacji przyczyn zdarzeń niepożądanych.

Sekretarz NR-PiP

Prezes NR-PiP

DLPK-I.070.85.2020

Pani Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z 24 czerwca 2020 r., znak NIPiP-NRPiP-DS.015.95.2020.MT, skierowane do Prezydenta RP i przekazane do Ministra Sprawiedliwości przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów 6 lipca 2020 r., proszę o przyjęcie poniższego stanowiska. Zmiana brzmienia art. 37a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1950 z późn. zm.), dalej jako „k.k.”, dokonanej w ustawie z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 1086), nie niesie za sobą skutków w postaci zaostrzenia odpowiedzialności karnej osób wykonujących zawód medyczny za przestępstwa popełnione w związku z wykonywaniem tego zawodu. Wszystkie czyny zabronione pod groźbą kary mieszczące się w pojęciu tzw. błędu medycznego, tj. w szczególności art. 155, art. 156 § 2 i art. 160 § 1-3 k.k., w dalszym ciągu pozostają w dyspozycji art. 37a k.k. i sądy zachowały możliwość orzeczenia za te czyny kar nie izolacyjnych (kary grzywny, kary ograniczenia wolności). Ponadto wszystkie wymienione czyny są objęte dyspozycją art. 58 § 1 k.k., zgodnie z którym, jeżeli ustawa przewiduje możliwość wyboru rodzaju kary, a przestępstwo jest zagrożone karą pozbawienia wolności nieprzekraczającą 5 lat, sąd orzeka karę pozbawienia wolności tylko wtedy, gdy inna kara lub środek karny nie może spełnić celów kary. Oznacza to, że w przypadku skazania za którekolwiek ze wskazanych powyżej przestępstw sąd będzie w pierwszej kolejności orzekał karę nie izolacyjną, a orzeczenie kary pozbawienia wolności musi być uzasadnione okolicznościami danej sprawy.

Wyrażone we wskazanym powyżej wystąpieniu obawy co do skutków zmiany brzmienia art. 37a k.k. są więc nieuzasadnione. Brak jest też jakichkolwiek podstaw, aby uznać, że sądy odejdą od utrwalonej linii orzeczniczej w zakresie orzekania za przestępstwa dotyczące tzw. błędów medycznych oraz do uznania, że nowe brzmienie przedmiotowego przepisu w jakikolwiek sposób wpłynie na wymiar kar orzekanych za takie przestępstwa.

Z wyrazami szacunku
Bartosz Jakubowski
Zastępca Dyrektora – Sędzia
Departament Legislacyjny Prawa Karnego

Fundusze Europejskie w walce z COVID-19 – pomoc dla ZOL-i, ZPO, Hospicjów oraz DPS-ów

Projekt „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”

W dniu 30.06.2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia podpisał z Ministerstwem Zdrowia umowę na realizację projektu pt.: „*Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19*”.

Projekt (nr: POWR.05.02.00-00-0001/20), na który przeznaczono blisko 250 mln zł, realizowany jest w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Środki te pomogą ograniczyć negatywne skutki wystąpienia epidemii COVID-19 wśród pacjentów i pensjonariuszy oraz personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, hospicjów oraz Domów Pomocy Społecznej. Projekt obejmie swoim działaniem i wsparciem ponad 1.300 podmiotów w całej Polsce.

Środki finansowe z projektu PO WER to przede wszystkim fundusze na dodatkowe wynagrodzenia dla pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych oraz członków personelu pomocniczego placówek, którzy – ze względów bezpieczeństwa i ograniczania ryzyka zakażenia – musieli zrezygnować z innych miejsc zatrudnienia (pula środków to ok. 230 mln zł). Dodatkowo w celu maksymalizacji założonych efektów umożliwiono w placówkach objętych projektem wdrożenie dobrowolnego modelu bezpiecznego systemu pracy, aby chronić najbliższych przez zarażeniem.

Ponadto, placówki będą mogły również zakupić ze środków projektu środki ochrony osobistej oraz środki dezynfekcyjne dla personelu oraz pacjentów i mieszkańców (pula środków ok. 20 mln zł.).

Podstawowe zasady składania wniosków o przyznanie grantu:

1. Do składania Wniosków o przyznanie grantu uprawnione są następujące podmioty:
 - a. ZOL (zakład opiekuńczo-leczniczy, świadczący wyłącznie usługi publicznie w trybie stacjonarnym),
 - b. ZPO (zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, świadczący wyłącznie usługi publicznie w trybie stacjonarnym),
 - c. Hospicjum stacjonarne, świadczące wyłącznie usługi publicznie w trybie stacjonarnym,
 - d. DPS (dom pomocy społecznej, świadczący wyłącznie usługi publicznie w trybie stacjonarnym) do 100 mieszkańców,
 - e. DPS (dom pomocy społecznej, świadczący wyłącznie usługi publicznie w trybie stacjonarnym) powyżej 100 mieszkańców.
2. **W ramach projektu możliwe jest otrzymanie środków na dodatki do wynagrodzeń dla pielęgniarek, ratowników medycznych, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych oraz członków personelu pomocniczego zatrudnionych w placówkach, o których mowa w pkt 1 lit. a-c oraz pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w DPS, którzy – ze względów bezpieczeństwa i ograniczania ryzyka zakażenia – musieli zrezygnować z innych miejsc zatrudnienia lub też pracowali tylko w jednym miejscu.**
3. **Dodatki do wynagrodzeń przysługiwać będą jedynie tym z ww. pracowników, którzy zadeklarowali pracę w jednym miejscu pracy.**
4. Wnioski o przyznanie grantu należy składać w wersji elektronicznej na adres poczty elektronicznej: dotacja-covid19@nfz.gov.pl oraz w wersji papierowej zgodnie z lokalizacją podmiotu do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, w przypadku kilku lokalizacji wniosek o przyznanie grantu powinien zostać złożony w OW NFZ właściwym według siedziby Wnioskodawcy.
5. Dokumentami niezbędnymi do aplikowania o przyznanie grantu są:
 - a. wniosek o przyznanie grantu,
 - b. zapotrzebowanie na grant,
 - c. oświadczenia o zatrudnieniu w jednym miejscu pracy, które stanowią odpowiednio załączniki 1, 2a, 2b oraz 3 do [Zarządzenia nr 118/2020/DEF](#)

Źródło: <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/fundusze-europejskie-w-walce-z-covid-19-pomoc-dla-zol-i-zpo-hospicjow-oraz-dps-ow,19.html>

Dział merytoryczny NRPiP wyjaśnia

Powrót do pracy (po przerwie w jej wykonywaniu) w sytuacji nadzwyczajnej

Na podstawie art. 26 b Ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz.U.z 2020r., poz 562) w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby niebezpiecznej i wysoce zakaźnej, lub innych nadzwyczajnych okoliczności zagrażających zdrowiu i życiu wielu osób, pielęgniarka lub położna, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostat-

nich 6 lat, a zamierzają do niego wrócić, może rozpocząć wykonywanie zawodu w podmiocie leczniczym po uprzednim zawiadomieniu o tym okręgowej rady pielęgniarek i położnych właściwej ze względu na planowane miejsce wykonywania zawodu.

Nie ma prawnych narzędzi do wezwania do pracy na stanowisku pielęgniarki. Jednakże, w przypadku chęci podjęcia pracy na stanowisku pielęgniarki, powyższy zapis stwarza możliwość podjęcia wykonywania zawodu w podmiocie leczniczym po uprzednim zawiadomieniu o tym oipip.

Możliwość wykorzystania telemedycznej kardiologii

Faktem jest, że w aktualnej sytuacji epidemicznej doszło do zmian w zakresie organizacji opieki zdrowotnej, w tym także w opiece okołoporodowej. Możliwość wykorzystania telemedycznej kardiologii od lat są znane położnym w Polsce i stosowane, między innymi dzięki rozpropagowaniu tych osiągnięć technicznych przez NRPiP podczas wielu konferencji i szkoleń pod naszym patronatem, a także artykułów publikowanych na ten temat w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej”.

W koszyku świadczeń gwarantowanych znajdują się procedury z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz.U. z 2018r., poz. 17856), które to określa standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej. W punkcie II załącznika do tegoż rozporządzenia określony został zakres świadczeń profilaktycznych i Działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wyko-

nywanych u kobiet w okresie ciąży wraz z okresami ich przeprowadzania, w tym także terminy, w których zalecane jest wykonanie KTG. Położne i lekarze jako profesjonalni pracownicy opieki zdrowotnej w zakresie swoich kompetencji posiadają wiedzę i umiejętności oceny stanu zdrowia pacjentki. W tym celu mają prawo samodzielnie decydować o doborze metod i środków diagnostycznych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną w celu zrealizowania, wśród nich także kardiologii telemedycznej.

Rekomendacje wydawane są Uchwałą Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych po zasięgnięciu opinii zespołu ekspertów w określonej dziedzinie, w tym przypadku Komisji Położnych, na podstawie dokumentów potwierdzających dane techniczne, badań naukowych i wydanych opinii osób testujących dane urządzenie. Wśród wskazanych dokumentów powinna także znaleźć się informacja, czy instytucja ubiegająca się o rekomendację urządzenia, jest jego producentem czy dystrybutorem.

Czy po ukończeniu w 2018 roku studiów magisterskich mam uprawnienia do wypisywania recept?

Zmiany w kształceniu, dotyczące aktualizacji standardów kształcenia dla kierunków studiów: pielęgniarstwo i położnictwo, nastąpiły po wejściu w życie rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 11 sierpnia 2016 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa* (Dz.U. z 2016 r., poz. 1332).

Uzupełnione o nowe treści programy kształcenia, obejmujące wiedzę i umiejętności kursu specjalistycznego ordynowanie leków i wypisywanie recept, wprowadzone zostały od roku akademickiego 2016/2017 – w przypadku studiów pierwszego stopnia oraz 2017/2018 – w przypadku studiów drugiego stopnia.

Od roku akademickiego 2017/2018 dla studentów podejmujących kształcenie drugiego stopnia, którzy rozpoczęli studia pierwszego stopnia przed rokiem akademickim 2016/2017 i nie ukończyli kursu specjalistycznego ordynowania leków i wypisywania recept, zorganizowano naukę w sposób umożliwiający osiągnięcie wiedzy i umiejętności w zakresie wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia w ramach realizacji zleceń lekarskich.

Również zapis art. 15a, ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2019 r., poz. 576) stanowi, iż obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2 wymienionej ustawy, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwa i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

Absolwent studiów drugiego stopnia, który podjął naukę w roku akademickim 2017/2018, nie musi kończyć kursu specjalistycznego ordynowania leków i wypisywania recept, ponieważ uzupełniony o nowe treści program kształcenia zawierał konieczną wiedzę i umiejętności objęte ww. kursem.

W związku z tym posiada uprawnienia w zakresie:

1. samodzielnej ordynacji leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, w tym wystawianie na nie recept,
2. samodzielnej ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia, w tym wystawianie na nie recept,
3. samodzielnej ordynacji wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie recept lub zleceń,
4. wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia, niezbędne do kontynuacji leczenia,
5. wystawiania recept lub zleceń w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na wyroby medyczne,
6. samodzielnej ordynacji leków z kategorii OTC.



INFORMACJE

ZESPÓŁ ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁEJ PODLASKIEJ

Informacja dotycząca działań ORPiP w Białej Podlaskiej w ramach Zespołu Zarządzania Kryzysowego

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w związku z pandemią wywołaną przez wirus SARS-CoV-2 powołała dnia 20 marca 2020 r. Zespół Zarządzania Kryzysowego w składzie:

Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca Zespołu

Danuta Pawlik – członek

Jolanta Ladko – członek

Marzena Tomczak – członek

Wacława Papińska – członek.

Celem Zespołu Zarządzania Kryzysowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej jest:

- Bieżące monitorowanie sytuacji związanej z zasobami kadrowymi oraz występującymi problemami związanymi m. in. z zabezpieczeniem w środki ochrony osobistej pielęgniarek i położnych.
- Wsparcie merytoryczne i logistyczne dla członków okręgowej izby oraz podejmowania doraźnych działań w sytuacjach kryzysowych.
- Uruchomienie pomocy psychologicznej i prawnej dla członków OIPiP.
- Ścisła współpraca z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, która koordynuje działania pomiędzy Ministerstwem Zdrowia, Głównym Inspektorem Sanitarnym, Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Rządem RP, jak również w zakresie wszelkich uregulowań prawnych związanych z sytuacją epidemiologiczną w kraju.
- Współpraca z kierowniczą kadrą pielęgniarską i położniczą w szpitalach i POZ oraz z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa, a w szczególności z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.

Zespół Zarządzania Kryzysowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej upoważniony jest do podejmowania decyzji o dokonaniu zakupu dla pielęgniarek i położnych – członków OIPiP w Białej Podlaskiej środków ochrony indywidualnej (np.: masek, rękawiczek, środków dezynfekcyjnych, fartuchów i innych podobnych).

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej informuje, iż od czasu rozpoczęcia pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, w odpowiedzi na zaistniałą sytuację epidemiczną aktywowaliśmy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych:

- dystrybucję pozyskanych środków ochrony indywidualnej, takich jak: płyny dezynfekcyjne, rękawiczki i maseczki ochronne dla indywidualnej praktyki zawodowej, pielęgniarek domowej opieki długoterminowej, pielęgniarek zatrudnionych w DPS;
- pomoc psychologiczną;
- pomoc prawną;

- pomoc w zakupach świadczoną osobom starszym - członkom OIPiP w Białej Podlaskiej, w dostarczeniu zakupów spożywczych, środków higienicznych czy wykupieniu recept osobom starszym, samotnym, pozostającym w domach ze względu na kwarantannę i/lub zalecenia GIS, MZ i Wojewody Lubelskiego;
- zakupiono płyny dezynfekcyjne oraz maseczki ochronne dla najbardziej potrzebujących pielęgniarek i położnych, którym pracodawca nie zapewnił środków ochrony osobistej;
- nawiązano współpracę z wytwórcami przyłbic ochronnych z Zespołu Szkół Ekonomicznych w Międzyrzecu Podlaskim;
- ustalono, iż obowiązujący w OIPiP w Białej Podlaskiej *Regulamin zapomóg losowych* obejmuje również sytuację przebytego zachorowania na COVID-19, powiązanego z przebytym leczeniem szpitalnym i uprawnia do ubiegania się o zapomogę losową;
- 9 kwietnia br. odbyła się wideokonferencja Wojewody Lubelskiego Lecha Sprawki z przedstawicielami środowiska lekarskiego, pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych. Tematem spotkania było podsumowanie bieżących działań podejmowanych w kontekście pandemii koronawirusa na terenie województwa lubelskiego oraz wyjaśnienie wątpliwości i rozwiązanie ewentualnych problemów dotyczących środowiska medycznego. W wideokonferencji wzięli udział: Leszek Buk – Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej, Andrzej Tytuła – Przewodniczący Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, Elżbieta Celmer vel Domańska – Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, Izabella Chałaj – Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Chełmie, Danuta Kusiak – Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu, Bernarda Machniak – Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Region Lubelski i Marian Król – Przewodniczący Zarządu Regionu Środkowowschodniego NSZZ „Solidarność”, a także Karol Tarkowski – Dyrektor Lubelskiego OW NFZ, Agata Gula – Dyrektor Generalny LUW w Lublinie i Agnieszka Kowalska-Głowiak – Dyrektor Wydziału Zdrowia LUW w Lublinie;
- rozpoczęto współpracę w ramach Akcji „Adwokaci – Służbie Zdrowia” (są to porady prawne udzielane przez bialskich adwokatów).

Na bieżąco zamieszczamy wszystkie komunikaty i apele dotyczące pandemii koronawirusa, zalecenia Wojewody, Ministra Zdrowia, NRPiP, konsultantów w dziedzinach pielęgniarstwa oraz obowiązującego ustawodawstwa w powyższym zakresie.

Monitorujemy potrzeby pielęgniarek i położnych w zakresie zapotrzebowania na środki ochrony indywidualnej i dotyczące braków kadrowych.

Monitujemy do stosownych organów we wszystkich sprawach, z którymi zwracają się do nas pielęgniarki i położne.

Biuro OIPiP w Białej Podlaskiej pracuje bez zmian, w godzinach 8:00–16:00.

W maju i czerwcu 2020 r. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej otrzymała z Ministerstwa Zdrowia – Agencji Rezerw Materiałowych środki ochrony osobistej:

12.05.2020

- Płyny do dezynfekcji – 76 szt./5 litrów
- Maseczki jednorazowe – 605 paczek/50 szt
- Przyłbice – 3 paczki/150 szt.
- Rękawiczki jednorazowe – 200 paczek/100 szt; 42 paczki/200szt.
- 01.06.2020 - Fartuchy ochronne jednorazowe – 150 szt.

Powyższy asortyment zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia skierowany był do pielęgniarek i położnych rodzinnych, medycyny szkolnej, pielęgniarstwa opieki domowej długoterminowej, domowej opieki paliatywno – hospicyjnej, opieki pielęgniarstwa nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie, praktyk zawodowych i niepublicznych podmiotów pielęgniarstwa i położniczych w tych zakresach świadczeń zdrowotnych.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca ORPiP

WARTO WIEDZIEĆ



Dnia 21 lutego 1935 roku Sejm II Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił pierwszą Ustawę o pielęgniarstwie na mocy art. 44 Konstytucji RP, którą podano do powszechnej wiadomości w Dzienniku Ustaw w roku 1935, nr 27, poz. 199. Ogłoszenie tejże Ustawy nastąpiło 16 kwietnia 1935 roku, a po upływie trzech miesięcy 16 lipca 1935 roku weszła w życie. Rozporządzenie Wykonawcze Ministra Opieki Społecznej do Ustawy wydane zostało 17 marca 1936 roku.

Ustawa stanowiła akt ramowy, który dawał ogólne wytyczne i ustalenia najważniejszych zagadnień. Opracowanie przepisów szczegółowych, leżało w gestii ministra w formie rozporządzeń wykonawczych. Wdrożenie w życie Ustawy o pielęgniarstwie było koniecznością, efektem wieloletnich starań oraz narzędziem do wprowadzenia ładu i porządku organizacyjnego, świadczyło o randze zawodu i docenieniu go przez społeczeństwo i rząd, oraz o potrzebie rozwoju i permanentnego podnoszenia jakości pracy wykwalifikowanych pielęgniarek.

Tworzenie projektu Ustawy było rezultatem długofalowych prac Departamentu Służby Zdrowia wraz z Państwową Radą Zdrowia. Wielką rolę w tych pracach odegrały same pielęgniarki z Marią Babicką – Zachertową na czele, która od 1 grudnia 1926 roku piastowała urząd kierowniczką Referatu Pielęgniarstwa w Departamencie Zdrowia Ministerstwa Opieki Społecznej. W celu przygotowania projektu Usta-

Ustawa o zawodzie z 1935 r.

wy o pielęgniarstwie został powołany w 1928 roku specjalny komitet. W jego skład wchodziły pielęgniarki: Maria Babicka – Zachertowa, Helena Nagórska, Zofia Zawadzka oraz lekarz dr Czesław Wroczyński – ówczesny dyrektor Departamentu Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych. W pracach Państwowej Rady Zdrowia uczestniczyły zaproszone pielęgniarki dyplomowane, pełniące kierownicze stanowiska oraz delegatki Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych [PSPZ]. W tym miejscu należy podkreślić olbrzymie znaczenie i rolę jaką odegrało stowarzyszenie, było ono spiritus movens w dążeniu do uregulowania podstaw prawnych rozwijającego się zawodu. Członkiniami PSPZ były wybitne pielęgniarki, absolwentki pierwszych profesjonalnych szkół pielęgniarstwa. Ich niezłomna postawa, pełne poświęcenia zaangażowanie, świadomość trudnej sytuacji w pielęgniarstwie polskim, stanowiły podstawę do działania. Zagraniczne stypendia i współpraca PSPZ z Międzynarodową Radą Pielęgniarek ułatwiały obiektywną ocenę stanu polskiego pielęgniarstwa na tle innych krajów, również pod względem prawodawstwa.

Maria Babicka - Zachertowa w referacie wygłoszonym podczas drugiego posiedzenia PSPZ w 1935 roku podała skróconą historię rozwoju ustawodawstwa w pielęgniarstwie na świecie do 1928 roku:

1891 r. – Południowa Afryka - pierwsze przepisy o pielęgniarstwie jako część prawodawstwa lekarskiego farmaceutycznego

1901 r. – Nowa Zelandia – prawodawstwo pielęgniarstwie, poprawione w 1925 r.

1903 r. – Stany Zjednoczone Ameryki Północnej

1905 r. – Niemcy

1919 r. – Anglia

1920 r. – Kanada dla wszystkich stanów, Łotwa i Szwecja

1921 r. – Belgia i Holandia

1922 r. – Francja

1923 r. – Dania

1926 r. – Włochy

1927 r. – Szwajcaria

1928 r. – Finlandia

W Polsce pierwszą ustawą, stanowiącą kamień węgielny całego ustawodawstwa sanitarnego w odrodzonej ojczyźnie była Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19 lipca 1919 r. (Dz. P.P.P nr 63, poz. 371). Ustawa ta nie rozwiązywała piętrzących się problemów w środowisku pielęgniarstwie. Panujący chaos, wiele tworzących się dylematów wymagało opracowania odrębnych norm prawnych, podniesienia pracy pielęgniarstwiej do godności zawodu i wprowadzenia obowiązku rejestracji.

W trakcie postępu prac nad projektem Ustawy o pielęgniarstwie powołana została Naczelna Rada Zdrowia (Uchwałą z dnia 30 maja 1932 r.). Sekcją do spraw pielęgniarstwa kierował dyrektor departamentu dr Jan Adamski. W skład sekcji powołano zespół członków z Państwowej Rady Zdrowia, zaproszono przedstawicieli różnych wydziałów Ministerstwa Opieki Społecznej, lekarzy oraz pielęgniarki w składzie: Maria Babicka – Zachertowa, Helena Nagórska – dyrektorka Szkoły PCK w Warszawie, Elżbieta Rabowska – referentka w Wydziale Szpitalnictwa m. stoł. Warszawy, Jadwiga Romanowska – asystentka dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, Sabina Schindlerowa – dyrektorka Szkoły

Pielęgniarskiej przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie, Zofia Szlenkierówna – dyrektorka WSP oraz kuratorka Szpitala dla Dzieci im. Karola i Marii, Maria Tarnowska – przewodnicząca Korpusu Sióstr PCK. Na pierwszym zebraniu sekcji w dniu 16 grudnia 1932 roku omawiany był projekt Ustawy o pielęgniarstwie, który w kolejnych latach był wielokrotnie poddawany dyskusjom i konsultacjom celem wprowadzenia poprawek.

Rozdział I Ustawy o pielęgniarstwie poświęcony jest wykonywaniu praktyki pielęgniarskiej. Praca pielęgniarki została podniesiona do godności zawodu. Dla nadania pielęgniarstwu podstaw prawnych należało określić co wchodzi w zakres pielęgowania, jakie są prawa i obowiązki osób, zajmujących się zawodowo pielęgniarstwem i jakie przygotowanie powinny mieć kandydatki do tego zawodu. Ustawowo określono kto ma prawo nazywać się pielęgniarką, co wolno jest pielęgniarce robić, jakie ma być jej przygotowanie do pracy, określono prawa i obowiązki. Przed wejściem Ustawy, jak podkreśla Babicka – Zachertowa, pracą pielęgniarki mógł zajmować się każdy, niezależnie od posiadanych kwalifikacji. Jak wielki panował chaos, świadczyć może to, że trudnością było ustalenie liczby osób zajmujących się pielęgniarstwem. Brak określenia pojęć „pielęgniarstwo” i „pielęgowanie” zezwalało na dowolność interpretacji ról i zadań pielęgniarki. Wynikiem takiego stanu było zatrudnianie obok pielęgniarek dyplomowanych, o wysokim poziomie nauczania i przysposobienia, osób o znacznie niższych kwalifikacjach. Osoby te potrzebną wiedzę czerpały na różnego rodzaju kursach, które prowadzono podczas wojny i po jej ukończeniu. Kursy sanitarne miały na celu doraźne zaradzenie niedoborom pielęgniarek (nowo powstające szkoły nie były w stanie przygotować wystarczającej liczby wykwalifi-

fikowanej kadry). Taka różnorodność kwalifikacji wpływała negatywnie na wizerunek pielęgniarki. Nawet w rozporządzeniu o ustaleniu tabeli stanowisk personelu szpitali psychiatrycznych, pielęgniarkami nazwano „służbę szpitalną”, a właściwe pielęgniarki – „dozorczyniami chorych”.

Ustawa o pielęgniarstwie była wykładnikiem dążeń rządu do podniesienia poziomu pielęgniarstwa polskiego i z chwilą jej wejścia w życie ograniczyła dopływ osób niedostatecznie przygotowanych do pełnienia obowiązków pielęgniarskich. Dzięki temu polskie pielęgniarki uzyskały ochronę prawną przed uzurpowaniem ich praw przez osoby niekompetentne.

Istotnym obowiązkiem nałożonym na pielęgniarki przez Ustawę była konieczność rejestracji zawarta w art. 5. Celem tego postanowienia było prowadzenie ewidencji i zbieranie danych statystycznych, niezbędnych do racjonalnego zarządzania kadrą, ułatwiało możliwość szybkiej mobilizacji.

Ustawodawca objął ochroną zarówno dobro pacjenta jak i pielęgniarek nakładając na nie obowiązek dbania o własne zdrowie. Szczegółowe przepisy zawarte zostały w artykule 6. Pielęgniarka nie tylko sprawuje opiekę nad chorym, ale równolegle działa w zakresie profilaktyki, prewencji i edukacji zdrowotnej. Wymogiem było przedstawienie świadectwa zdrowia, zaś zapisy prawne regulowały wykonywanie praktyki zawodowej w przypadku przewlekłych chorób zakaźnych i chorób umysłowych.

W artykule 7 ujęto w normy prawne zagadnienie tajemnicy zawodowej.

Na uwagę zasługuje postanowienie zawarte w art. 8, w którym zalicza się pielęgniarki do pracowników umysłowych. PSPZ już w 1927 roku wystosowało do Departamentu Służby Zdrowia w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych

memoriał w sprawie przeszerowania pielęgniarek z grupy pracowników fizycznych do umysłowych. W kolejnych latach wysyłano do władz memoriały i wnioski w różnych sprawach np. 1933r. w sprawie ośmiogodzinnego dnia pracy.

Ustawa podnosząc pielęgniarstwo do godności zawodu, musiała określić zasady kształcenia i organizację szkolnictwa pielęgniarskiego. Tym zagadnieniom poświęcone zostały artykuły 10 – 18. rozdziału II. Ustalono: autonomię szkoły, kryteria naboru kandydatek, czas trwania nauki, ze wskazaniem na dwa i pół roku. Nowe szkoły mogły być otwierane wyłącznie na podstawie zezwolenia wydanego przez Ministra Opieki Społecznej. Ministrowi powierzono również zatwierdzanie statutów szkół, regulaminów rady szkolnej, programów i systemów nauczania, regulaminu egzaminu końcowego i wzoru dyplomu.

Wielkim sukcesem dla autonomii zawodu i jakości kształcenia było powierzenie obowiązków dyrektora szkoły pielęgniarce. Przepisy prawne określają warunki i kryteria wobec osób kandydujących na to stanowisko.

Ustawa uregulowała wymagania stawiane kandydatkom do zawodu pielęgniarskiego. Świadczy to o znaczeniu jakie widziano we właściwym doborze uczennic. Od kandydatek a później wykwalifikowanych pielęgniarek oprócz wysokiego poziomu wiedzy i umiejętności, wymagano sprawności fizycznej, psychicznej i świadectwa moralności.

Ustawa nakładała na szkoły obowiązek prowadzenia internatów dla słuchaczek, co ułatwiało działalność dydaktyczno wychowawczą oraz pracę nad formacją osobowościową.

W artykule 18 regulacjom prawnym poddano stosowanie symboli pielęgniarskich. Ochronę prawną nadano odznakom i mundurom pielęgniarskim. Ustawa nie wpro-

wadzała przymusu noszenia mundurów, natomiast chroniła przed nadużyciami noszenia munduru i odznak przez osoby nie uprawnione, a podszywające się pod miano pielęgniarek.

Najtrudniejszą kwestią do ujęcia w ramy prawne było nadanie uprawnień osobom, które zajmowały się pielęgniarstwem, lecz nie posiadały odpowiednich kwalifikacji. Tym zagadnieniom poświęcono rozdział III – Postanowienia przejściowe. Okres przejściowy, w którym można było składać egzaminy państwowe, został ograniczony do lat 4. Owa trudność wynikała z faktu, że nie można było pozbawić prawa do pracy zawodowej osób, które zajmowały się nią na długo przed wprowadzeniem norm prawnych. Po za tym byłoby to nierozsądne z uwagi na duży deficyt kadr pielęgniarskich. Koniecznością zatem było ustalenie pewnego minimalnego poziomu przygotowania

tych osób. Było ono tak różnorakie, że stanowiło trudność w określeniu ich wartości. Były wśród nich osoby posiadające tylko lata praktyki, inne miały ukończone kursy i lata pracy, jeszcze inne same kursy. Poza tym programy kursów i czas ich trwania był również zróżnicowany. W związku z powyższym jako podstawę do nabytego doświadczenia zawodowego, przyjęto 5 lat pracy lub co najmniej 2 lata pracy i 6 miesięczny kurs, czyli 1 miesiąc kursu za 6 miesięcy pracy. Wyjątek zrobiono dla sióstr zakonnych, które mogły przystąpić do egzaminu bez obowiązywania 2 lat pracy, lecz po ukończeniu kursu uzupełniającego, wyznaczonego przez Ministra Opieki Społecznej w rozporządzeniu wykonawczym.

W rozdziale IV Ustawy o pielęgniarstwie ujęto: Postanowienia karne, natomiast rozdział V dotyczy: Postanowień końcowych.

Ustawa o pielęgniarstwie była milowym krokiem w rozwoju polskiego, profesjonalnego pielęgniarstwa: podniosła je do rangi zawodu, zaprowadziła porządek organizacyjny, umocniła jego rangę i znaczenie. Polskie pielęgniarki cieszyły się wysokim statusem i szacunkiem społecznym. Władze RP w 1938 roku w dowód uznania przyznały pielęgniarkom, absolwentkom wybranych szkół przywilej głosowania do senatu. Była to nobilitacja i wielkie wyróżnienie.

Opracowała J. Gnich na podstawie:

J. Kaniewska – Iżycka „Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do 1950” cz.I

A. Maksymowicz „Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym”
S. Poznańska „Pielęgniarstwo wczoraj i dziś”

M.B. Jezierska „Powstanie i rozwój pielęgniarstwa społecznego w Warszawie do 1939”

Materiały źródłowe CAPP



KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Komunikat ws. realizacji zajęć praktycznych w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych

W związku z realizowanym kształceniem podyplomowym, w zajęciach praktycznych w podmiocie leczniczym, może brać udział wyłącznie pielęgniarka lub położna - osoba zdrowa, bez objawów chorobowych sugerujących chorobę zakaźną takich jak: podwyższona temperatura ciała, katar, kaszel.

W zajęciach praktycznych w podmiocie leczniczym nie może brać udziału pielęgniarka lub położna objęta kwarantanną lub izolacją w warunkach domowych, lub jeżeli przebywa w domu z osobą na kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych.

Podmiot leczniczy, w którym pielęgniarka lub położna zamierza odbyć zajęcia praktyczne, nie może wymagać od tej pielęgniarki lub położnej samodzielnego wykonania testu w kierunku COVID-19, przed rozpoczęciem zajęć praktycznych.

Test w kierunku COVID-19 należy przeprowadzić w przypadku zaistnienia uzasadnionego podejrzenia, że pielęgniarka lub położna była szczególnie narażona na zakażenie wirusem SARS-CoV-2 i może być chora na COVID-

19. W takim przypadku, test w kierunku COVID-19 powinien zostać wykonany w podmiocie leczniczym, w którym realizowane są zajęcia praktyczne, a osobą wskazującą na potrzebę wykonania testu powinien być opiekun stażu.

Koszt testowania w kierunku COVID-19 pielęgniarek lub położnych realizujących zajęcia praktyczne w ramach kształcenia podyplomowego zostanie pokryty ze środków NFZ. W tym celu powinien być rozliczony analogicznie do kosztów testów w kierunku COVID-19 wykonywanych pracownikom danego podmiotu leczniczego, w którym realizowane są zajęcia praktyczne.

W przypadku realizacji szkolenia praktycznego w szpitalu jednoimiennym lub oddziale zakaźnym, pielęgniarka lub położna może wrócić do pracy lub być skierowana na kolejne szkolenia praktyczne dopiero w przypadku uzyskania ujemnego wyniku testu w kierunku COVID-19, który to test powinien być wykonany w 7 dniu po zakończeniu tego szkolenia.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ws-realizacji-zajec-praktycznych-w-ramach-ksztalcenia-podyplomowego-pielęgniarek-i-polożnych>



OPINIE KONSULTANTÓW

KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIEŁĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY
10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A, tel. 089. 5393455, fax 533-77-01
e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania /higienistek szkolnych/ pielęgniarek pediatrycznych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach

Aktualizacja z dnia 08.05.2020 r.

Rekomendacje: Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

1. W przypadku podjętej decyzji Rządu o wznowieniu nauki w szkołach oraz wznowienia opieki w przedszkolach i żłobkach metodą tradycyjną oraz decyzji o wznowieniu opieki profilaktycznej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania realizowanej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania/higienistki szkolne/ pielęgniarki pediatryczne zaleca się następujące zasady postępowania.
2. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środek do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.
3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń/dziecko, który powinien zdezynfekować ręce niezwłocznie po wejściu do gabinetu.
4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych takich jak: realizacja testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzesiewowej oraz czynne poradnictwo nad uczniami/dziećmi z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarских, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę program edukacji zdrowotnej, powinien poza standardowymi treściami, zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła/przedszkole/żłobek powinny zabezpieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów/dzieci/opiekunów i pracowników.
7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły/przedszkola/żłobka należy przestrzegać dystansu min. 1,5- 2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednie zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.

8. Należy opracować zasady sprzątnięcia gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym m.in. dezynfekcja blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerozoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.
9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły/przedszkola/żłobka tj. gorączka pow. 38 stopni, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt z odpowiednim Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, który pokieruje dalszym postępowaniem oraz zgłosić podejrzenie telefonicznie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły/przedszkola/żłobka powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr 112- dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły/przedszkola/żłobka nałożenie maseczki. Dyrektor szkoły/ przedszkola/żłobka powinien wyznaczyć pokój, w którym uczeń/dziecko będzie odizolowane do czasu przybycia opiekuna. Uczeń/dziecko/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliżej pokoju, w którym został odizolowany. Pomieszczenie, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być zdezynfekowane i przewietrzone.
10. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/dziecka/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch barierowy wodoodporny.
11. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi w warunkach szkolnych.

Aktualizacja wytycznych do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2

03.07.2020

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego Beata Ostrzycka

Wytyczne do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 - aktualizacja z dnia 02.07.2020r.

Mając na uwadze świadczenia realizowane przez pielęgniarki w podstawowej opiece zdrowotnej w okresie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i w związku z tym nadal utrzymującym się ryzykiem zachorowań na **COVID-19** – należy stosować i przestrzegać warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego, uwzględniając aktualne wytyczne zapobiegania zakażeniom.

Każdy pacjent podczas realizacji świadczeń pielęgniarstwa POZ wymaga indywidualnego podejścia z uwzględnieniem ogłaszanego przez Ministerstwo Zdrowia bezpieczeństwa epidemiologicznego na dany dzień w poszczególnych regionach Polski.

Organizacja pracy pielęgniarki POZ w czasie ogłoszonej epidemii koronawirusem SARS-CoV-2

Zaplanuj pracę w ciągu dnia na:

1. Wizyty domowe – pacjenci wymagający wizyty domowej tylko w przypadkach uzasadnionych medycznie - po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym, (w przypadku wykonywania zadań na zlecenie lekarza należy uwzględnić komunikację/rozmowę z lekarzem zlecającym)
2. Wizyty w gabinecie pielęgniarki POZ- minimalizuj wizyty – umawiaj głównie wizyty pacjentów ze skierowaniem na zabiegi pozostające w kompetencji pielęgniarki POZ
3. Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

Wizyty domowe

1. Pacjent stabilny powinien być poinformowany poprzez rozmowę telefoniczną o możliwości konsultacji z pielęgniarką rodzinną metodą teleporady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
2. Pacjent powinien być poinformowany, że kod do e- recepty oraz środków pomocniczych może otrzymać poprzez łączność telefoniczną, sms lub mailową.
3. Realizacja wizyt domowych pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ powinna być poprzedzona wcześniejszym wywiadem telefonicznym przeprowadzonym z pacjentem lub jego rodziną.
4. Należy również sprawdzić informację w systemie e-WUŚ czy pacjent nie jest obecnie w okresie kwarantanny. Pozwoli to pielęgniarce podjąć środki ostrożności podczas wizyty domowej w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, a także pozwoli na dokładne, wcześniejsze zaplanowanie działań podczas wizyty domowej.

W rozmowie telefonicznej zadaj pytania:

1. czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, u której potwierdzono zakażenie koronawirusem SARS CoV-2 ?
2. czy w okresie ostatnich 14 dni pacjent miał kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację domową?
3. czy pacjent lub ktoś z domowników obserwują u siebie objawy takie jak: kaszel, gorączka, duszność, utrata węchu o nagłym początku, utrata lub zaburzenia smaku o nagłym początku.

UWAGA! Jeżeli pacjent informuje pielęgniarkę, że sam lub inna osoba z domowników ma gorączkę powyżej 38 °C, kaszel, trudności w oddychaniu, - proszę ustalić w porozumieniu z lekarzem POZ teleporadę lekarza POZ. Lekarz POZ podejmie wówczas decyzję co dalej z pacjentem.

Przed wizytą domową przygotuj zestaw środków ochrony indywidualnej

PAMIĘTAJ!!

Brak dostępności do środków ochrony indywidualnej powoduje, że wizyta domowa powinna zostać przełożona do czasu otrzymania lub wyposażenia pielęgniarkę w środki ochrony indywidualnej !

Zalecany zestaw środków ochrony indywidualnej, dla personelu opiekującego się osobą chorą lub podejrzaną o zakażenie wirusem SARS-CoV-2

1. 3 - czerwone plastikowe worki- ponumeruj worki 1,2,3
2. 1- worek plastikowy w innym kolorze
3. 2 pary rękawiczek
4. Maski twarzowa z filtrem HEPA, ewentualnie chirurgiczna
5. Fartuch flizelinowy albo ochronny nieprzeziąkliwy (jeżeli wizyta jest dedykowana wykonaniu opatrunków, iniekcji, innych zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanek)
6. Gogle lub przyłbica
7. Preparat do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu

Do wizyty domowej przygotuj tylko niezbędny i potrzebny do wykonania świadczenia zdrowotnego sprzęt.

Organizacja wizyty domowej

1. Umów telefonicznie wizytę domową.
2. Zbierz wywiad epidemiologiczny zgodnie z procedurą wskazaną wyżej. Zbierz potrzebne informacje w celu zaplanowania wizyty
3. Poproś rodzinę lub pacjenta o wywietrzenie pokoju, w którym przebywa chory bezpośrednio przed wizytą, a także o to by zwierzęta domowe pozostały w zamknięciu.
4. Poproś aby w pokoju pacjenta podczas wizyty przebywał tylko pacjent, bez rodziny, chyba że obecność opiekuna jest niezbędna.
5. Pacjent powinien mieć założoną maskę jednorazową w trakcie pielęgniarskiej wizyty, w sytuacji gdy jej nie posiada, a wynika to z przeprowadzonej wcześniej rozmowy telefonicznej, weź ze sobą dodatkową maseczkę. Jeżeli z wywiadu wynika, że opiekun chorego będzie obecny w trakcie wizyty, również musi być zaopatrzony w maseczkę ochronną.
6. Ciąg komunikacyjny do miejsca, w którym przebywa chory powinien być drożny, drzwi do pokoju chorego otwarte, klamki i powierzchnie dotykowe powinny być zdezynfekowane (poproś o to w trakcie umawiania wizyty, w rozmowie telefonicznej).
7. Załóż środki ochrony indywidualnej zaraz po wejściu do domu chorego.

Zastosuj poniższy algorytm

Algorytm zakładania środków ochrony indywidualnej

1. Swoje wierzchnie ubranie włóż do worka foliowego innego koloru niż czerwony.
2. Pamiętaj o zasadzie : „nic poniżej łokcia” co oznacza, że nie możesz mieć na ręku zegarka, pierścionków, innych ozdób na nadgarstkach.
3. Zepnij włosy.
4. Przed założeniem środków ochrony indywidualnej, zdezynfekuj ręce i nadgarstki roztworem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
5. Załóż pierwsze rękawice (wewnętrzne)
6. Załóż fartuch ochronny, mankiety powinny zachodzić na pierwsze rękawice
7. Załóż maskę ochronną z filtrem HEPA przykładając starannie do twarzy w okolicy ust i nosa i rozłóż ją tak, by dobrze przywierała (bez żadnych szczelin pomiędzy twarzą a maską), zlokalizuj metalowy pasek i rozmieść na twarzy tak, by środek był w okolicach nosa. Jeżeli nie posiadasz maski z filtrem HEPA, zastępczo załóż maskę chirurgiczną i dopasuj metalowy klips na nosie.
8. Załóż okulary ochronne (gogle) lub przyłbicę
9. Załóż rękawice zewnętrzne (drugie)

Zaleca się aby wizyta trwała możliwie jak najkrócej.

O czasie wizyty decyduje pielęgniarka po uprzednim zebraniu wywiadu z pacjentem lub rodziną, mając na uwadze stan pacjenta oraz zaplanowane czynności do zrealizowania.

Wszystkie zalecenia po wizycie powinny być omówione z pacjentem lub rodziną poprzez teleporadę. Jeżeli zachodzi konieczność - zalecenia powinny być wydane dodatkowo w formie wiadomości tekstowej sms lub w formie wiadomości e-mail. Pamiętaj o wpisach w dokumentacji medycznej.

Zdejmując środki ochrony osobistej zastosuj poniższy algorytm

Algorytm zdejmowania środków ochrony osobistej

1. Zdejmij zewnętrzne rękawice wraz z fartuchem ochronnym i umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
2. Zdejmij gogle lub przyłbicę i natychmiast umieść w 2 czerwonym worku (po powrocie z wizyty będziesz musiała je umyć i zdezynfekować)
3. Zdezynfekuj rękawice wewnętrzne

4. Zdejmij maskę ochronną twarzową, (jeżeli użyłaś maski z filtrem HEPA pamiętaj aby najpierw zdjąć taśmy nagłowia potyliczną i szyjną i trzymając czasę maski odsuń maskę od twarzy zdejmując ją - umieść natychmiast w 1 czerwonym worku
5. Zdejmij wewnętrzne rękawice i umieść w 1 czerwonym worku,
6. Worek zwiń i włóż do 3 czerwonego worka.
7. Zamknij szczelnie tak aby w trakcie jazdy samochodem brudne akcesoria nie miały możliwości przemieszczania się
8. Zdezynfekuj dłonie i nadgarstki preparatem na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją producenta
9. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który użyłaś podczas udzielania świadczenia

Pamiętaj!

Pacjent, który wymaga wizyty pielęgniarki rodzinnej – uzasadnionej jego stanem zdrowia, **nie może pozostać bez opieki!**

Na bieżąco śledź wytyczne Głównego Inspektora Sanitarnego!

Na bieżąco śledź ogłoszenia i komunikaty Ministra Zdrowia!

Realizacja świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ w trakcie epidemii koronawirusa

1. Umieść informacje w widocznym miejscu o dostępności świadczeń pielęgniarskich w gabinecie pielęgniarki POZ – harmonogram
2. Realizacja zabiegów pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ odbywa się zgodnie z ustalonym i podanym do wiadomości pacjentów harmonogramem. W gabinecie pielęgniarki POZ jednocześnie może przebywać jeden pacjent.
3. Każdy pacjent wymagający pilnej realizacji świadczeń pielęgniarskich musi być przyjęty z zachowaniem bezpieczeństwa – przeprowadź wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 (schemat jak wyżej), zmierz temperaturę, odnotuj w dokumentacji medycznej.
4. Świadczenia wykonuj z założeniem środków ochrony indywidualnej.
5. Pacjent do gabinetu pielęgniarki POZ powinien wejść w maseczce ochronnej. W przypadku nie posiadania maseczki - przekaz maseczkę ochronną pacjentowi natychmiast po wejściu do przychodni.
6. Wizyta powinna trwać możliwie krótko.

7. Wywietrz gabinet po każdym pacjencie i zdezynfekuj powierzchnie dotykowe.
8. Nie zapominaj o częstym myciu rąk oraz ich dezynfekcji.
9. Dezynfekuj klamki oraz miejsca dotykowe kilka razy w ciągu dnia.
10. Pamiętaj o dezynfekcji sprzętu, który używasz - glukometr, stetoskop oraz każdy inny.

Wszystko dokumentujemy w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

Teleporady w gabinecie pielęgniarki POZ

1. Przygotuj się do teleporady, przygotuj dokumentację pacjenta
2. Zbierz dokładny wywiad, zdefiniuj problemy.
3. Udzielaj teleporady jednocześnie tylko jednemu pacjentowi.
4. Udzielanie kilku teleporad jednocześnie - grozi popełnieniem błędu!
5. Formułuj jasno zalecenia i upewnij się czy pacjent będzie je stosował.
6. Zawsze pytaj pacjenta czy dobrze zrozumiał, to o czym rozmawialiście.
7. Edukuj pacjenta, monitoruj telefonicznie efekty edukacji.
8. Kontroluj. Jeżeli wydałeś zalecenia, poproś aby pacjent dzwonił i zwrótnie informował o realizacji zaleceń. Jeżeli to możliwe poproś o przysłanie zdjęcia, aby się upewnić, że nie doszło do błędu.

Wszystkie teleporady muszą być udokumentowane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Nie zapomnij o wpisaniu również godziny teleporady.

Pamiętaj!

W przypadku jeśli będziesz zmuszona poddać się obowiązkowej kwarantannie, masz prawo do odbywania jej poza domem. W takiej sytuacji skontaktuj się z Urzędem Wojewódzkim.

Telefon znajdziesz na stronie Zarządzania Kryzysowego właściwego Urzędu Wojewódzkiego.

W Okręgowych Izbach Pielęgniarek i Położnych istnieje możliwość rozmowy z psychologiem. Jeżeli potrzebujesz pomocy - skontaktuj się z właściwą Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych.

Aktualne informacje na temat postępowań w przypadku podejrzenia zakażenia wirusem SARS – CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 można znaleźć na stronach internetowych

gov.pl/web/koronawirus

gov.pl/web/zdrowie

gis.gov.pl

gov.pl/rpp

Ponadto na stronie internetowej Głównego Inspektora Sanitarnego dostępne są informacje odnośnie kryterium epidemiologicznego podejrzenia przypadku COVID-19.

Na bieżąco należy sprawdzać komunikaty oraz aktualne informacje Ministerstwa Zdrowia a także Głównego Inspektora Sanitarnego.

Aktualizacja zaleceń w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19 dla położnych rodzinnych/położnych podstawowej opieki zdrowotnej

03.06.2020

Rekomendacje:

Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego - dr hab. n. o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus

Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych Polskie Towarzystwo Położnych

Świadczenia realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej są obszarem wymagającym zapewnienia najwyższych standardów epidemiologicznych w okresie rozprzestrzenienia się wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19.

W związku z wciąż utrzymującym się ryzykiem zarażenia wirusem SARS-CoV-2, w celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19, poprzez ograniczanie kontaktów z pacjentkami przebywającymi w domach należy utrzymać możliwość wykonywania i rozliczania wizyt/porad położnej, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście w domu pacjentki nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych.

Należy podkreślić, że porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, obejmujące opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowane w taki sposób w nieograniczonej liczbie zgodnie z zapotrzebowaniem w tym zakresie, mogą w istotny sposób ograniczyć ryzyko rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2, ułatwiać izolację osób, mogących zarażać wirusem innych oraz rozwiewać obawy podopiecznych dotyczące ich sytuacji zdrowotnej.

W sytuacji udzielania osobistej porady/ konsultacji/badania pacjentki w środowisku domowym lub gabinecie położnej POZ, należy je odbywać z zachowaniem optymalnych i zalecanych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Należy bezwzględnie pamiętać o indywidualnym podejściu do każdej pacjentki, z uwzględnieniem zmieniającej się sytuacji epidemiologicznej w poszczególnych regionach kraju.

Uwzględniając aktualne, dostępne wytyczne zapobiegania zakażeń wirusem SARS-CoV-2, w celu

zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 oraz specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej rekomenduje się działania zaprezentowane poniżej.

I. PLANOWANIE WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyty patronażowe powinny odbywać się w miejscu pobytu matki i dziecka, a pierwsza wizyta patronażowa nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka od podmiotu leczniczego. Wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Natomiast w sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.
2. Położna POZ przed udaniem się na wizytę patronażową powinna dokonać rejestracji pacjentki w systemie informatycznym wraz ze sprawdzeniem w systemie e-WUŚ jej prawa do świadczeń medycznych oraz informacji, czy pacjentka nie jest obecnie w okresie kwarantanny.
3. W sytuacji, gdy położnica nie wyraża zgody na wizytę patronażową w miejscu pobytu matki i dziecka, fakt ten powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej (należy uzyskać pisemne autoryzowane potwierdzenie takiej decyzji, która może zostać przesłana do położnej drogą elektroniczną - scan, zdjęcie), a położna jest zobowiązana do udzielenia porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
4. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia

wizyty w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej):

1. *Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, u której zostało potwierdzone zakażenie koronawirusem?*
 2. *Czy w okresie ostatnich 14 dni Pacjentka miała kontakt z osobą, która została poddana kwarantannie lub zalecono izolację w domu?*
 3. *Czy występują u Pacjentki (lub u innych osób wspólnie zamieszkujących) objawy: gorączka powyżej 38°C, kaszel, uczucie duszności, bóle mięśniowe?*
5. W przypadku osób izolowanych w warunkach domowych bądź poddanych kwarantannie w związku z kontaktem z osobą zakażoną wirusem SARS - CoV-2 (dotyczy to pacjentki lub któregośkolwiek z domowników), można odroczyć udzielanie świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowanego w ramach wizyt patronażowych bezpośrednio w środowisku domowym (kolejną wizytę patronażową). W tej sytuacji to świadczenie powinno być zrealizowane jako wizyta/porada z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (o ile czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych).
6. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to tak wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
7. Jeśli na wszystkie pytania z wywiadu epidemiologicznego pacjentka odpowie przecząco, należy następnie przeprowadzić szczegółowy wywiad dotyczący położnicy i jej dziecka, aby zminimalizować czas pobytu w środowisku domowym podopiecznych, ograniczając go do badania przedmiotowego matki i dziecka i ewentualnego zdjęcia szwów z rany krocza lub szwów z rany po cięciu cesarskim.
8. Przed wizytą można zwrócić się do pacjentki z prośbą o przesłanie drogą elektroniczną zdjęcia/scanu karty informacyjnej pobytu w szpitalu położnicy i noworodka.
9. Należy uprzedzić pacjentkę, że wizyta będzie krótka i omówienie kolejnych problemów zdiagnozowanych podczas wizyty patronażowej nastąpi ponownie przez telefon, a zalecenia będą przesłane

po skończonej wizycie w formie wiadomości tekstowej.

10. Podczas rozmowy telefonicznej, poprzedzającej wizytę należy poinformować, aby ułatwić wejście położnej do mieszkania, nie blokować wjazdu na posesję, zamknąć zwierzęta domowe, ograniczyć kontakt z domownikami, dobrze wywietrzyć pomieszczenia i jeśli to jest możliwe, przetrzeć klamki i powierzchnie dotykowe preparatem dezynfekcyjnym lub wodą z detergentem.

II. PRZEBIEG WIZYTY PATRONAŻOWEJ

1. Wizyta patronażowa powinna być wcześniej uzgodniona na konkretną godzinę, a czas wizyty powinien być ograniczony do niezbędnego minimum, szczególnie w sytuacji, gdy pacjentka jeszcze w okresie ciąży była objęta edukacją przedporodową prowadzoną przez daną położną POZ.
2. Do domu pacjentki należy przynieść tylko niezbędny sprzęt (waga, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, termometr), narzędzia, środki i materiały opatrunkowe, przeznaczone tylko dla jednej pacjentki/novorodka w jednej torbie (np. Inianej, z możliwością wyprania w temp. 90°C). Wskazane jest, aby pacjentka przygotowała swój termometr oraz aparat do pomiaru ciśnienia, o ile posiada, w celu zminimalizowania ewentualnej transmisji wirusa. Wówczas pacjentka powinna wykonać pomiar ciśnienia tętniczego krwi własnym aparatem przed wizytą patronażową lub w jej trakcie. Pacjentka powinna również dokonać pomiaru ciepłoty ciała i podać jej wartość jeszcze podczas wywiadu epidemiologicznego przeprowadzanego telefonicznie.
3. Przygotowanie położnej POZ: dłonie bez biżuterii - pierścionków, obrączek, bransoletek i zegarków („nic poniżej łokcia”), krótko obcięte paznokcie, upięte włosy.
4. W związku z tym, że podczas wizyty patronażowej (badanie przedmiotowe położnicy/ noworodka) nie ma możliwości zachowania bezpiecznego dystansu, położna powinna być ubrana w maskę, okulary ochronne lub przyłbicę oraz rękawice ochronne 2 pary (wewnętrzne i zewnętrzne).
5. Przed wejściem do pomieszczenia pobytu pacjentki należy pozostawić po przekroczeniu drzwi wejściowych do mieszkania czyste oznakowane dwa czerwone worki na ewentualne odpady medyczne zakaźne, założyć ochraniacze na obuwiu, następnie dokonać dezynfekcji rąk przy użyciu roztworu na bazie alkoholu zgodnie z instrukcją

- mi producenta, po założeniu rękawic ochronnych, założyć maskę, ewentualnie okulary ochronne lub przyłbicę, a następnie przy pacjentce – kolejną parę rękawic (zewnątrzne).
6. Przed wejściem położnej do mieszkania, pacjentka powinna dokładnie umyć ręce wodą z mydłem zgodnie z zaleceniami oraz założyć maseczkę – jeśli ją posiada.
 7. W czasie wizyty patronażowej położnej, w pokoju powinna być tylko matka z dzieckiem, a pozostali domownicy powinni przebywać w innych pomieszczeniach. W sytuacji, gdy podczas wizyty patronażowej ma być obecny także inny domownik, w stosunku do takiej osoby należy również przeprowadzić wywiad epidemiologiczny i zobowiązać ją do założenia maseczki ochronnej.
 8. W domach jednorodzinnych wizyta patronażowa powinna odbywać się w pokoju na niższej kondygnacji budynku (jak najbliżej drzwi wejściowych i łazienki).
 9. Drzwi do pokoju / pokoiów, w którym przebywają matka z dzieckiem oraz do łazienki muszą być otwarte w celu ograniczenia kontaktu z dotykającymi powierzchniami.
 10. W czasie wizyty położna powinna zachować szczególną ostrożność, wszystkie czynności przy matce i dziecku wykonywać w rękawiczkach, które po użyciu należy wrzucić do czerwonego worka.
 11. Rozmowa z pacjentką musi odbywać się z zachowaniem możliwie największej bezpiecznej odległości, zalecane nie mniej niż 1,5 metra, z zachowaniem zasad higieny oddychania (zasłaniać usta i nos podczas kaszlu, kichania, nie mówić twarzą w twarz).
 12. Badanie położnicy, jak również noworodka należy możliwie maksymalnie skrócić.
 13. Podczas wizyty należy krótko poinformować o zaleceniach, rozwiewając wątpliwości i przesuwając dalszą konwersację na rozmowę telefoniczną.
 14. Po badaniu każdego pacjenta (położnica, noworodek) położna jest zobowiązana umyć ręce i zdezynfekować środkiem na bazie alkoholu, a sprzęt medyczny zdezynfekować przed i po jego użyciu.
 15. Należy zdezynfekować miejsce umieszczenia dokumentacji medycznej, np. na stole – zachowywać zasady ograniczenia kontaktu fizycznego przy każdym podpisywaniu dokumentów, przestrzegać używania przez pacjentkę własnego długopisu oraz ograniczyć dotykania kartek poprzez możliwość uzupełnienia dokumentacji w gabinecie po zakończonej wizycie patronażowej.
 16. Podczas wizyty położna wpisuje w książeczke zdrowia dziecka tylko niezbędne informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka z autoryzacją (można wpisać nazwisko i imię położnej wraz z numerem prawa wykonywania zawodu, bez konieczności stawiania pieczętki).
 17. Należy zdezynfekować drobny sprzęt medyczny stetoskop, ciśnieniomierz, wagę itp. oraz telefon komórkowy (w torebce strunowej), pieczętkę, długopis i inne dotykane elementy.
 18. Po zakończonej wizycie, poza miejscem bezpośredniego pobytu matki i dziecka, w bezpiecznym miejscu, należy zdjąć środki ochrony osobistej przestrzegając obowiązujących procedur w tym zakresie, następnie wrzucić do podwójnego czerwonego worka pozostawionego przy drzwiach wejściowych (ostre przedmioty w pojemniku twardościennym), który należy zabrać do utylizacji. Jeśli były używane okulary ochronne / przyłbica, należy je zabezpieczyć w osobnym worku (obowiązkowo zdezynfekować przed kolejnym użyciem!).
 19. Ręce i nadgarstki należy bezwzględnie zdezynfekować płynem na bazie alkoholu, zgodnie z instrukcją producenta.
 20. Wszystkie pomieszczenia, zarówno przed, jak i po wizycie patronażowej powinny być dobrze wywietrzone.
 21. Jeżeli jest taka potrzeba ze strony położnej lub pacjentki - wizytę należy kontynuować z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.
 22. Podczas wizyty patronażowej pacjentka może złożyć oświadczenie o przysługującym jej prawie do świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Zgoda na realizację kolejnych wizyt patronażowych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności może zostać przesłana w formie elektronicznej.
 23. Porady i wizyty z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności mogą być udzielane wyłącznie w sytuacji, gdy zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjentki i jej dziecka, nie wymaga osobistej obecności położnej.

24. Jeśli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, przestrzegając zaleceń zawartych w prezentowanej procedurze.
25. W każdym przypadku odroczenia terminu udzielenia świadczenia obejmującego opiekę nad kobietą, noworodkiem i niemowlęciem do ukończenia 2. (drugiego) miesiąca życia, realizowaną w ramach wizyt patronażowych, a szczególnie w razie podjęcia decyzji o czasowym zawieszeniu osobistych wizyt patronażowych i realizowaniu wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (co powinno być bezwzględnie udokumentowane), należy ocenić i wziąć pod uwagę uwarunkowania i ryzyko dotyczące stanu zdrowia pacjentów (położnicy i jej dziecka) oraz prawdopodobieństwo jego pogorszenia.
26. W sytuacji, gdy wizyta patronażowa jest niezbędna w miejscu pobytu matki i dziecka (uzasadniona ich sytuacją zdrowotną i zgłaszanymi problemami), a położna, będzie miała bezpośredni kontakt z pacjentką z infekcją dróg oddechowych, poddaną kwarantannie lub znajdującą się pod czynnym nadzorem służb sanitarnych – jest zobowiązana do stosowania zalecanych środków ochrony indywidualnej: maska twarzowa z filtrem, gogle/przyłbice, jednorazowy fartuch wodoodporny z długimi rękawami, dwie pary rękawic jednorazowych (wewnętrzne i zewnętrzne), czapka, foliowe ochraniacze na obuwiu.

III. WIZYTY U PACJENTKI GINEKOLOGICZNO-ONKOLOGICZNEJ

U pacjentek po zabiegu chirurgicznym/ginekologicznym, położna POZ wykonuje wizytę na podstawie skierowania od lekarza przekazującego pacjentkę położnej POZ, zgodnie z przedstawionym powyżej schematem, uwzględniając specyfikę wizyty oraz ewentualny kontakt z wydziałami pacjentki (rana po operacji brzusznej lub rana krocza).

IV. EDUKACJA PRZEDPORODOWA

1. W celu zminimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19 w odniesieniu do kobiet ciężarnych, edukację przedporodową skierowaną do kobiet w ciąży (w tym w ciąży wysokiego ryzyka), poczynsz od 21. (dwudziestego pierwszego) tygodnia

cięży do terminu rozwiązania, można realizować w formie porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, do czasu zakończenia okresu epidemii na terenie kraju.

2. W przypadku realizacji edukacji przedporodowej w bezpośrednim kontakcie należy bezwzględnie przestrzegać zaleceń i wytycznych odnoszących się do ograniczenia rozprzestrzeniania się wirusa SARS-CoV-2 i zapewnienia bezpieczeństwa uczestnikom, w tym m.in.: zapewnienie 1,5 metra odległości między stanowiskami dydaktycznymi, zapewnienie dostępności do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu przed salą dydaktyczną, sale powinny być regularnie wietrzone, a miejsca siedzące i powierzchnie dotykowe dezynfekowane przed i po każdym zajęciach.
3. Edukacja przedporodowa realizowana w bezpośrednim kontakcie musi być poprzedzona zebraniem wywiadu epidemiologicznego i pomiarem ciepłoty ciała osób uczestniczących w zajęciach.

V. WIZYTY W GABINECIE POŁOŻNEJ POZ

1. Położna zapewnia dostępność do świadczeń udzielanych w gabinecie w wymiarze czasowym zgodnie z harmonogramem przekazanym do NFZ.
2. W związku z ryzykiem epidemiologicznym, wizyty w gabinecie powinny być ograniczone do koniecznych i realizowane zgodnie z zaleceniami i wytycznymi odnoszących się do minimalizowania ryzyka transmisji infekcji COVID-19.
3. Wszystkie wizyty pacjentek są poprzedzane zebraniem wywiadu epidemiologicznego i ustalane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności oraz bezpośrednim pomiarem ciepłoty ciała.
4. Jeśli sytuacja tego wymaga (po wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności) i zaistnieje konieczność przeprowadzenia wizyty w gabinecie położnej, należy ją zrealizować po wcześniejszym umówieniu się z pacjentką, po przeprowadzeniu wywiadu epidemiologicznego i ustaleniu dokładnej daty i godziny wizyty.
5. Zabiegi związane z pielęgnacją rany i inne zabiegi - należy wykonywać z zachowaniem szczególnych zasad ostrożności i bezwzględnie z zachowaniem aseptyki i antyseptyki.
6. Każda położna musi dokonać analizy ciągu komunikacyjnego do gabinetu położnej POZ i ocenić prawdopodobieństwo kontaktu z osobami

chorymi - nie powinno być żadnego pacjenta w poradni w trakcie wizyty pacjentki (potencjalnie zdrowa pacjentka).

7. Po zakończeniu wizyty gabinet położnej POZ i ciąg komunikacyjny, który przebyła pacjentka jest dezynfekowany i wywietrzony, przestrzega się rozdzielenia czasowej pomiędzy wizytami w gabinecie położnej POZ. Przeprowadzając dezynfekcję pomieszczeń, należy ściśle przestrzegać zaleceń producenta. Ważne jest ściśle przestrzeganie czasu niezbędnego do wywietrzenia dezynfekowanych pomieszczeń.
8. Przed gabinetem położnej POZ musi być zapewniona dostępność dla pacjentów do płynu do dezynfekcji rąk na bazie alkoholu.

VI. ŚRODKI OCHRONY OSOBISTEJ

1. **Położna jest zobowiązana do wykorzystywania środków ochrony osobistej** zgodnie z istniejącym ryzykiem przy kontakcie z pacjentem i wykonywaniu poszczególnych procedur. Poszczególne rodzaje środków ochrony indywidualnej należy stosować zgodnie z zaleceniami w kontekście choroby COVID-19, z uwzględnieniem warunków, personelu i zakresu podejmowanych czynności.
2. **Zalecany minimalny zestaw środków ochrony indywidualnej do opieki nad podejrzanymi lub potwierdzonymi przypadkami COVID-19** obejmuje: maski FFP2 lub FFP3, okulary, wodoodporny fartuch z długimi rękawami (jeśli fartuchy wodoodporne nie są dostępne, w zamian użyty może być jednorazowy plastikowy fartuch) i rękawice.
3. Większość elementów środków ochrony indywidualnej występuje w różnych rozmiarach i należy podkreślić, że nie są zgodne z zasadą „jeden rozmiar dla wszystkich”. Właściwe dopasowanie środków ochrony indywidualnej jest niezbędne dla uzyskania ochrony - nieodpowiedni rozmiar nie ochroni użytkownika.

VII. POSTĘPOWANIE Z ODPADAMI MEDYCZNYMI

1. Stosuje się zasady postępowania jak z odpadami medycznymi zakaźnymi:
 - **opakowanie wewnętrzne:**
2 worki foliowe koloru czerwonego lub sztywny pojemnik koloru czerwonego

(w przypadku odpadów medycznych o ostrych końcach i krawędziach),

- **opakowanie zewnętrzne:**
worki foliowe koloru czerwonego.
2. Zewnętrzny worek powinien posiadać metryczkę, znak ostrzegający przed skażeniem biologicznym oraz napis „Materiał zakaźny dla ludzi”.
 3. W gabinecie położnej POZ obowiązują kosze na odpady medyczne z dwoma workami foliowymi koloru czerwonego.

VIII. INNE ZALECENIA

Aktualne i wiarygodne informacje na temat wirusa SARS-Cov-2 wywołującego chorobę COVID-19 oraz informacje, jak zachować środki ostrożności, i jak postępować w przypadku podejrzenia zakażenia można znaleźć na poniższych stronach internetowych:

gov.pl/web/koronawirus

gov.pl/web/zdrowie

gis.gov.pl

gov.pl/rpp

Osoby spełniające kryterium podejrzenia przypadku COVID-19 należy kierować do Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej.

Kryteria epidemiologiczne odnoszące się do podejrzenia zakażenia

Należy regularnie sprawdzać komunikaty Głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją epidemiologiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2 i postępować zgodnie z algorytmem kwalifikacji chorych do dalszego postępowania, jeżeli wystąpił kontakt z osobą z podejrzeniem zakażenia koronawirusem.

Stanowisko

konsultanta krajowego w dziedzinie MEDYCYNY RODZINNEJ z dnia 30 kwietnia 2020 r. dotyczące przeprowadzania badań bilansowych u dzieci w czasie trwania pandemii COVID-19

Mając na uwadze Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z 17 kwietnia 2020r. w sprawie wykonywania szczepień ochronnych w czasie pandemii COVID-19, zalecający wznowienie bieżącej realizacji wszystkich szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych u dzieci, **zalecam uwzględnienie w realizacji opieki profilaktycznej nad dziećmi badań bilansowych, a w pierwszej kolejności - bilansów w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego** (tzw. bilans 6-latka). Badania bilansowe w innych grupach wiekowych należy realizować w miarę możliwości organizacyjnych przychodni, mając na względzie, iż pierwszeństwo realizacji opieki profilaktycznej mają szczepienia (przede wszystkim najmłodszych dzieci) oraz bilanse 6-latków.

Planując badanie bilansowe, należy podzielić je na dwa etapy:

1. **teleporadę**, podczas której należy przeprowadzić badanie podmiotowe oraz te elementy bilansu, które można omówić telefonicznie, wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736 z późn. zm.)

Z uwagi na trwającą pandemię, elementem teleporady powinien być wywiad epidemiologiczny, który powinien zawierać pytania dotyczące:

- epidemiologicznych czynników ryzyka zakażenia SARS-CoV-2 zarówno u dziecka, jak i jego opiekunów i innych domowników (np. kontakt w ciągu ostatnich 14 dni z osobą zakażoną lub chorą na COVID-19 lub przebywającą w kwarantannie z powodu ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, powrót w ciągu 14 ostatnich dni z zagranicy),
- objawów ostrej infekcji dróg oddechowych, biegunki lub innych objawów, które mogłyby wskazywać na COVID-19, zarówno u dziecka, jego opiekunów, jak i innych domowników

Jeśli jakaś odpowiedź na pytania z wywiadu epidemiologicznego jest twierdząca, należy odstąpić od przeprowadzenia bilansu i postępować w zależności od wywiadu (zgłoszenie do PSSE, skierowanie do Izby Przyjęć Oddziału Zakaźnego celem wykonania diagnostyki, etc.).

2. **wizytę osobistą w poradni**, podczas której należy przeprowadzić badanie bilansowe, uwzględniające ocenę stanu zdrowia, zgodną z zapisami wspomnianego wyżej rozporządzenia.

Należy pamiętać, że wg obecnie obowiązujących przepisów, jeśli badanie przesiewowe nie zostanie wykonane w czasie rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego, to przeprowadza się je w pierwszej klasie szkoły podstawowej.

Zasady organizacji badań bilansowych:

1. Część 1 i 2 badania bilansowego powinny się odbyć w odstępie nie dłuższym niż tydzień. Jeśli odstępowy czasowy pomiędzy teleporadą, a wizytą osobistą jest dłuższy niż „z dnia na dzień”, w dniu poprzedzającym wizytę osobistą w poradni należy przeprowadzić aktualizację wywiadu epidemiologicznego.
2. Jeśli istnieje taka możliwość organizacyjna, zaleca się połączenie wizyty bilansowej z wykonaniem szczepień obowiązkowych i zalecanych.
3. Należy poinformować opiekuna/rodzica, że z dzieckiem może przyjść tylko jedna osoba, bez objawów infekcji, posiadając maseczkę ochronną dla siebie i dziecka.
4. Należy stosować separację czasową lub przestrzenną wizyt, aby w tym samym miejscu i/lub czasie w poczekalni nie przebywali pacjenci zdrowi i z objawami chorobowymi. Należy tak planować grafik przyjęć, aby uniknąć gromadzenia się pacjentów i opiekunów w poczekalni.
5. Personel medyczny przeprowadzający bilans musi stosować zasady dotyczące zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą kropelkową lub bezpośredniego kontaktu:
 - środki ochrony indywidualnej: maseczka chirurgiczna z przyłbicą, rękawiczki jednorazowe, fartuch (preferowany fartuch jednorazowy, a w przypadku braku – czysty fartuch wielorazowy, wykorzystany wyłącznie do badania dzieci zdrowych)
 - dezynfekcję powierzchni i sprzętów, z którymi styka się pacjent (kozetka, waga, stetoskop, sprzęt do badań bilansowych, inny drobny sprzęt medyczny używany przy pacjencie) - po każdym pacjencie.



DZIAŁ PRAWNY

Z dniem 1.08.2020 r. wchodzi w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Celem regulacji jest usprawnienie funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ułatwienie świadczeniorcom, w tym osobom starszym, niepełnosprawnym, dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez wyodrębnienie porady pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz porady położnej podstawowej opieki zdrowotnej wraz z dookreśleniem warunków ich realizacji.

Pielęgniarka w ramach porady POZ, w zależności od posiadanych uprawnień zawodowych, będzie mogła m.in. prowadzić profilaktykę chorób i promocję zdrowia, dobrać sposoby leczenia rany w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, przepisać leki zawierające określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, wystawić recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji, wystawić zlecenie lub recepty na wybrane wyroby medyczne (np. pieluchomajtki), wystawić skierowanie na wykonanie określonych badań diagnostycznych w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Z kolei położna w ramach porady POZ będzie mogła m.in. udzielić porady dla kobiet z chorobami ginekologicznymi i onkologii ginekologicznej, w tym dobór sposobu leczenia ran, przepisać leki na receptę zawierające określone substancje czynne, wystawić recepty na leki zlecone przez lekarza w ramach kontynuacji, wystawić zlecenie na wybrane wyroby medyczne, wystawić skierowanie na wykonanie określonych badań diagnostycznych, wykonać oraz zinterpretować badania KTG u kobiety ciężarnej.

Pełny tekst aktu: <http://dziennikustaw.gov.pl/DU/2020/1255>

Nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniło rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wprowadziło dwa nowe świadczenia gwarantowane a mianowicie:

- poradę pielęgniarską
- poradę położnej

Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji

Porada pielęgniarska – chirurgia ogólna

Zakres świadczenia:

1. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego lub
2. ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
3. wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub
4. ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
5. wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe.

Personel: Pielęgniarka

1. magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub
2. magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.

Dostępność badań lub procedur medycznych:

Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Standard i organizacja udzielania świadczenia:

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.
2. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
 - opatrzenie ran;

- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
3. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości ordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 4. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
 5. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
 6. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
 6. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem le-

ków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu;
- wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

1. kozetka;
2. stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki;
3. szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
4. telefon;
5. zestaw do wykonywania iniekcji;
6. zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
7. pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
8. środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
9. zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie (Dz. U. poz. 94 oraz z 2018 r. poz. 909);
10. aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
11. stetoskop;
12. testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
13. glukometr;
14. termometry;
15. maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

Porada pielęgniarska – diabetologia

Zakres świadczenia:

1. edukacja zdrowotna i promocja zdrowia lub
2. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, lub

3. ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
4. wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
5. ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
6. wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

Personel: Pielęgniarka

1. magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub
2. magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.

Dostępność badań lub procedur medycznych:

Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Standard i organizacja udzielania świadczenia:

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.
2. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu w celu oceny stopnia przygotowania pacjenta do samokontroli i samoopieki;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
 - opracowanie planu edukacji diabetologicznej;
 - przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi;
 - naukę technik samodzielnej obserwacji;
 - ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach);
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z edukacją diabetologiczną;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

3. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu;
- wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
- wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
- opatrzenie ran;
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

4. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu;
- wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

5. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu;
- wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

6. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu;
- wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości zaordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;

- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

7. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:

- przeprowadzenie wywiadu;
- wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
- wykonanie badania fizykalnego;
- przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
- prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

1. kozetka;
2. stół zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki;
3. szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
4. telefon;
5. zestaw do wykonywania iniekcji;
6. zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
7. pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
8. środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
9. zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie;
10. aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
11. stetoskop;
12. testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
13. glukometr;
14. termometry;
15. maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

Porada pielęgniarska – kardiologia

Zakres świadczenia:

1. wykonanie standardowego spoczynkowego badania elektrokardiograficznego;
2. ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
3. wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
4. ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
5. wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub
6. edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Personel: Pielęgniarka

1. magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub
2. magister pielęgniarstwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.

Dostępność badań lub procedur medycznych:

Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Standard i organizacja udzielania świadczenia:

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z pielęgniarką, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez pielęgniarkę na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.
2. Wykonanie standardowego spoczynkowego badania elektrokardiograficznego obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie i ocenę badania pod kątem występowania stanów zagrożenia życia i zdrowia;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
3. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie badania fizykalnego;

- przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
4. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
 5. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości zaordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
 6. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określo-

nych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;

- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
7. Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu w celu oceny stopnia przygotowania pacjenta do samokontroli i samoopieki;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
 - opracowanie planu edukacji kardiologicznej;
 - przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi;
 - naukę technik samodzielnej obserwacji;
 - ocenę postępów i ustalenie planu reedukacji (przy kolejnych wizytach);
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z edukacją kardiologiczną;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:

1. kozetka;
2. stolik zabiegowy lub stanowisko pracy pielęgniarki – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań pielęgniarki;
3. szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
4. telefon;
5. zestaw do wykonywania iniekcji;
6. aparat do EKG;
7. pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
8. środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
9. zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie;
10. aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
11. stetoskop;
12. testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
13. glukometr;
14. termometry;
15. maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego.

Porada położnej – położnictwo i ginekologia

Zakres świadczenia:

1. ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty,

z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub

2. wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, lub
3. ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, lub
4. wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, lub
5. ocena akcji serca płodu, ocena zmian ciążowych, rozwoju ciąży, identyfikacji czynników ryzyka ciążowego, poradnictwo specjalistyczne (choroby współistniejące z ciążą, w szczególności cukrzyca, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą), lub
6. dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

Personel: Położna:

1. magister położnictwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa i ukończony kurs specjalistyczny w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept dla pielęgniarek i położnych lub
2. magister położnictwa lub specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa, która w ramach kształcenia zawodowego lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyła wiedzę objętą kursem, o którym mowa w pkt 1.

Dostępność badań lub procedur medycznych:

Dostęp do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Standard i organizacja udzielania świadczenia:

1. Pierwsza porada odbywa się we współpracy lekarza z położną, a kontynuacja leczenia może być realizowana samodzielnie przez położną na podstawie pisemnej informacji wydanej przez lekarza.
2. Ordynacja leków zawierających określone substancje czynne, w tym wystawianie na nie recepty, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
 - przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości zaordynowania leków zawierających określone substancje czynne lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynowaniem leków;

- wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
3. Wystawianie recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, z wyłączeniem, leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, obejmuje:
- przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości wystawienia recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem recepty na leki zlecone przez lekarza, w ramach kontynuacji leczenia;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
4. Ordynacja określonych wyrobów medycznych, w tym wystawianie na nie zlecenia albo recepty, obejmuje:
- przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości zaordynowania wyrobów medycznych, w tym wystawienia na nie zlecenia albo recepty, lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z ordynacją wyrobów medycznych;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
5. Wystawianie skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta, obejmuje:
- przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę lub
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości wystawienia skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej lub konieczności zgłoszenia się do lekarza celem dalszej oceny stanu zdrowia;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z wystawianiem skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym badań medycznej diagnostyki laboratoryjnej;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
6. Ocena akcji serca płodu, ocena zmian ciążowych, rozwoju ciąży, identyfikacji czynników ryzyka ciążowego, poradnictwo specjalistyczne (choroby współistniejące z ciążą, w szczególności cukrzyca, nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą), obejmuje:
- przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę;
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - ustalenie indywidualnych celów terapeutycznych;
 - opracowanie planu opieki ginekologiczno-położniczej;
 - przekazanie informacji zgodnie z celami terapeutycznymi;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
7. Dobór sposobów leczenia ran w ramach świadczeń leczniczych udzielanych przez położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego obejmuje:
- przeprowadzenie wywiadu;
 - wykonanie podstawowych pomiarów życiowych i ich ocenę,
 - wykonanie badania fizykalnego;
 - przekazanie informacji o możliwości doboru sposobów leczenia ran;
 - opatrzenie ran;
 - prowadzenie dokumentacji medycznej związanej z doбором sposobów leczenia ran;
 - wydanie informacji o wystawionych zaleceniach.
- Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną:**
1. kozetka;
 2. stół zabiegowy lub stanowisko pracy położnej – urządzone i wyposażone stosownie do zakresu zadań położnej;
 3. szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;
 4. telefon;
 5. zestaw do wykonywania iniekcji;
 6. zestaw do wykonania opatrunków i podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych;
 7. pakiety odkażające i dezynfekcyjne;
 8. środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice);
 9. zestaw przeciwwstrząsowy określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie;
 10. aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych;
 11. stetoskop, detektor tętna płodu;
 12. testy do oznaczania poziomu cukru we krwi;
 13. glukometr;
 14. termometry;
 15. maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego;
 16. fotel ginekologiczny.

USTAWA**z dnia 8 czerwca 2017 r.****o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych****Art. 1. [Zakres przedmiotowy ustawy]**

Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Art. 2. [Definicje legalne]

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze - najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;

2) podmiot leczniczy - podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567);

3) pracownik wykonujący zawód medyczny:

a) osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,

b) osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej;

4) pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny - osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.

Art. 3. [Zasady podwyższenia wynagrodzenia pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej]

1. Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika

wykonywającego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej "porozumieniem";

2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;

4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej "zarządzeniem":

a) kierownik podmiotu leczniczego,

b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 - w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:

a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.).

4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.

Art. 4. [Kontrola wykonania podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego]

Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:

1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;

2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1251).

Art. 5. [Podwyższanie wynagrodzenia pracowników niewykonujących zawodu medycznego]

W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej

w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywanej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganym przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 6. [Maksymalny limit wydatków z budżetu państwa; ustalenie liczby wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów w trybie rezydentury]

1. W latach 2017-2027 maksymalny limit wydatków z budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy z tytułu wzrostu kosztów związanych ze specjalizacją oraz realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów wynosi 5 028 159 tys. zł, przy czym w kolejnych latach wyniesie maksymalnie w:

- 1) 2017 r. - 0 zł;
- 2) 2018 r. - 64 086 tys. zł;
- 3) 2019 r. - 102 457 tys. zł;
- 4) 2020 r. - 195 666 tys. zł;
- 5) 2021 r. - 302 924 tys. zł;
- 6) 2022 r. - 727 171 tys. zł;
- 7) 2023 r. - 727 171 tys. zł;
- 8) 2024 r. - 727 171 tys. zł;
- 9) 2025 r. - 727 171 tys. zł;
- 10) 2026 r. - 727 171 tys. zł;
- 11) 2027 r. - 727 171 tys. zł.

2. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów w poszczególnych dziedzinach medycyny w trybie rezydentury ustala się na dany rok, uwzględniając limit wydatków określony w ust. 1 pomniejszony o wysokość środków budżetowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów związanych z realizacją obowiązkowych staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 7. [Najniższe wynagrodzenie zasadnicze do 30 czerwca 2020 r.]

1. Do dnia 30 czerwca 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

2. Od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 4200 zł brutto.

Art. 8. [Termin zawarcia w 2017 r. porozumienia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia]

W 2017 r. porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 9. [Wejście w życie]

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

Stępnia Joanna, Zmiany w wynagrodzeniach dla pracowników podmiotów leczniczych – przewodnik po nowych regulacjach (fragment)

Opublikowano: LEX/el. 2018

Status: aktualny

Autor:

Stępnia Joanna

Rodzaj:

komentarz praktyczny

W dniu 24.08.2018 r. weszła w życie ustawa z 5.07.2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Dzięki jej przepisom wzrosły pensje lekarzy i lekarzy rezydentów. Natomiast 25.10.2018 r. weszła w życie ustawa z 13.09.2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. Rozszerzyła ona zakres ustawy z 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych – dalej u.s.u.n.w., o pracowników działalności podstawowej i wprowadziła zmiany w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych. Nowe regulacje objęły również grupę pielęgniarek i położnych, którym do wynagrodzenia zasadniczego trzeba zaliczyć część tzw. dodatku zembalowego.

Wstęp

Obowiązujące od 25.10.2018 r. przepisy nowelizacji z 13.09.2018 r. dotyczą przede wszystkim rozszerzenia zakresu podmiotowego ustawy o sposobie ustalania najniższego

wynagrodzenia o niewykonujących zawodów medycznych pracowników, którzy są pracownikami działalności podstawowej i wykonują pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, a których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, i którzy są zatrudnieni na stanowiskach działalności państwowej. Przepisy nowelizacji wprowadziły także zmiany w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych oraz wskazały kierownikowi podmiotu leczniczego termin do wydania zarządzenia w przypadku niezawarcia porozumienia z organizacjami związkowymi lub przedstawicielami pracowników.

Ponadto 1.09.2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29.08.2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na jego pod-

stawie pielęgniarki i położne otrzymały od 1.09.2018 r. podwyżkę wynagrodzenia zasadniczego o kwotę 1100 zł (a od 1.07.2019 r. o dodatkowe 100 zł).

Gwarantowane wynagrodzenie zasadnicze pracowników działalności podstawowej

Jedną z najważniejszych zmian, jakie wprowadziła nowelizacja z 13.09.2018 r., było rozszerzenie zakresu podmiotowego ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych o pracowników działalności podstawowej innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne. W uzasadnieniu projektu 1 ustawodawca podnosił, że: „Dla wyróżnienia grupy pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, znaczenie miała rola tej grupy pracowników w sektorze ochrony zdrowia oraz wpływ ich pracy na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Zarówno pracowników wykonujących zawody medyczne, jak i pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, którzy wykonują pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach działalności medycznej zakładu leczniczego, łączy wspólna cecha relewantna, którą jest uczestniczenie w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych” 2 .

W rozumieniu nowelizacji z 13.09.2018 r. są to „osoby zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inne niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, które wykonują pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” 3 . Są to osoby zatrudnione na stanowiskach działalności podstawowej określonych w części pierwszej załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej – dalej u.dz.l.

Uwaga! Dotychczas ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych regulowała sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego tylko pracowników wykonujących zawody medyczne, czyli osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych, wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.z.l., a także osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, które biorą bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej, polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego oraz prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska, a także na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Grupa osób, którą postanowiono objąć zakresem nowelizowanej ustawy, została ograniczona do pracowników, którzy wykonują pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Jak wskazał ustawodawca w uzasadnieniu ustawy: „Kategoria komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, której działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, funkcjonuje w obrocie prawnym i podlega wykazaniu przez podmiot leczniczy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą” 4.

W uzasadnieniu wskazano również, że: „Zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 6 [u.d.z.l.], podmiot, który zamierza wykonywać działalność leczniczą jako podmiot leczniczy, podlega obowiązkowi złożenia organowi prowadzącemu rejestr wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Wniosek ten powinien zawierać m.in. wykaz komórek organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” 5. Na podstawie upoważnienia zawartego w art. 105 ust. 5 u.d.z.l. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania – dalej r.s.r.k.i. Dla celów zidentyfikowania komórek organizacyjnych, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, można posiłkować się wykazem zawartym w załączniku nr 2 do r.s.r.k.i.

Uwaga! Jak wynika z nowych przepisów, zakresem ustawy o sposobie ustalania najniższego

wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych objęto pracowników wykonujących pracę w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, oraz pracowników zatrudnionych na analogicznych stanowiskach. Dzięki takiemu brzmieniu przepisu mogą zostać wyłączeni spod stosowania ustawy pracownicy zatrudnieni w działach kadr, płac czy działach prawnych, których stanowiska należą do grupy stanowisk działalności podstawowej w rozumieniu rozporządzenia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W załączniku do nowelizacji z 13.09.2018 r. zaproponowano przypisanie grupie pracowników działalności podstawowej współczynnika pracy w wysokości 0,58. Zakładając jednak, że kwota bazowa do ustalania należnego pracownikom wynagrodzenia to 4918,17 zł brutto, zastosowanie tego współczynnika zapewni pracownikom działalności podstawowej wynagrodzenie zasadnicze w kwocie 2852,53 zł (jest to wynagrodzenie niewiele wyższe od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę obowiązującego w 2020 r.). W praktyce może to oznaczać niewielki wzrost wynagrodzeń w tej grupie pracowników. Niemniej jednak od 1.07.2020 r. kwota bazowa do ustalania należnego pracownikom wynagrodzenia wzrosła z 4200 zł brutto do 4918,17 zł. Tym samym maksymalne wynagrodzenie zasadnicze pracowników działalności podstawowej od 1.07.2020 r. zwiększyło się do kwoty 2852,53 zł.

W tym miejscu warto przypomnieć, że w związku z objęciem wzrostem wynagrodzeń zasadniczych nowej kategorii pracowników, borykający się z trudnościami finansowymi pracodawcy próbowali zapewne dokonać przeszerogowania poszczególnych, należnych pracownikom składników wynagrodzenia za pracę, tak aby w jak najmniejszym stopniu odczuć konieczność zwiększenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników działalności podstawowej. Na tym etapie dokonane zmiany można oceniać jedynie pod kątem zagwarantowania pracownikom działalności podstawowej wynagrodzenia zasadniczego w minimalnej wysokości, a nie przyznania im realnych podwyżek wynagrodzeń.

Niemniej jednak przepisy wprowadziły gwarancję, że objęci zakresem ustawy pracownicy działalności podstawowej już od 2018 r. wymienieni zostać powinni w porozumieniu w sprawie ustalenia zasad wprowadza-

nia podwyżek w podmiocie leczniczym, jakie zobowiązany był zawrzeć kierownik podmiotu leczniczego z organizacjami związkowymi, a w razie ich braku – z przedstawicielem pracowników. Pierwsze porozumienie należało zawrzeć w terminie miesiąca od wejścia w życie nowelizacji z 13.09.2018 r., tj. do 25.11.2018 r. Jeżeli porozumienie nie zostało zawarte w tym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego mógł ustalić w terminie kolejnych 14 dni, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, kierownik podmiotu leczniczego (ewentualnie podmiot tworzący). Porozumienie albo zarządzenie musiało dotyczyć sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych pracowników na 1.07.2018 r.

Uwaga! W związku z rozszerzeniem podmiotowym ustawy o pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zmianie uległ tytuł ustawy. Obecnie ustawa nosi tytuł „o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”.

Zmiany w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych

Nowelizacja z 13.09.2018 r. wprowadziła zmiany w grupach zawodowych określonych w lp. 7–9 załącznika do u.s.u.n.w. Zmiana polega na przeniesieniu pielęgniarek i położnych zatrudnionych na stanowiskach wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, lecz niewymagających specjalizacji, z dotychczasowej grupy zawodowej określonej w lp. 9 do grupy określonej w lp. 8. Dotychczas grupa zawodowa określona w lp. 8 załącznika do u.s.u.n.w. obejmowała tylko pielęgniarki i położne ze specjalizacją (niezależnie od poziomu wykształcenia i ukończonego kierunku studiów). Pielęgniarki i położne, które posiadały wykształcenie wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ale były zatrudnione na stanowiskach pracy niewymagających specjalizacji, kwalifikowane były do grupy zawodowej pielęgniarek i położnych z najniższym współczynnikiem pracy (grupa określona w lp. 9). Zmiana spowodowała, że

współczynnik pracy 1,05 obowiązuje przy ustalaniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położnych z tytułem zawodowym magister położnictwa, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Współczynnik pracy 0,73 obowiązuje natomiast przy ustalaniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek albo położnych, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarek z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położnych z tytułem zawodowym magister położnictwa (bez specjalizacji).

Współczynnik pracy 0,64 jest natomiast właściwy przy ustalaniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek albo położnych innych niż określone wyżej, które nie mają tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Wymienione w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarki i położne zostały już w 2018 r. objęte porozumieniem w sprawie ustalenia zasad wprowadzania podwyżek w podmiocie leczniczym, jakie zobowiązany był zawrzeć kierownik podmiotu leczniczego z organizacjami związkowymi, a w razie ich braku – z przedstawicielem pracowników. Analogicznie do przypadku podwyżek pracowników działalności podstawowej pierwsze porozumienie trzeba było zawrzeć w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie nowelizacji z 13.09.2018 r., tj. do 25.11.2018 r. Jeżeli porozumienie nie zostało zawarte w tym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalał w terminie kolejnych 14 dni, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, kierownik podmiotu leczniczego (ewentualnie podmiot tworzący). Porozumienie albo zarządzenie musiało dotyczyć sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych pracowników na 1.07.2018 r.

Tabela. Grupy zawodowe oraz współczynniki pracy po nowelizacji z 13.09.2018 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

ZAŁĄCZNIK WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-9 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia	0,64
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, inny niż określony w lp. 6 i 10	0,58

Uwaga! Nowelizacja z 13.09.2018 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie skutkowałą przekazaniem w 2018 r. podmiotom leczniczym żadnych dodatkowych – ponad planowane – środków finansowych z budżetu państwa ani z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). W przypadku pracowników objętych zmianą ustawy, których pracodawcy (podmioty lecznicze) otrzymują środki finansowe z NFZ, koszty podwyżek powinny zostać sfinansowane przez pracodawców ze środków uzyskanych w ramach wzrastających przychodów i odpowiednio kosztów NFZ. Podmioty lecznicze nie mogły liczyć zatem na pomoc w finansowaniu wyni-

kającą z przepisów ustawy podwyżek wynagrodzeń zasadniczych pracowników.

Termin dla kierownika podmiotu leczniczego na wydanie zarządzenia

Kolejną zmianą było wprowadzenie terminu do 15 czerwca każdego roku na wydanie przez kierownika podmiotu leczniczego lub podmiot tworzący (w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych) zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia. Dotychczas ustawa określała jedynie, na jaki dzień pracodawca był obowiązany dokonać podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników objętych zakresem regulacji. Termin ten przypadał na 1 lipca każdego roku. Przed tym dniem

pracodawca, który w terminie do 31 maja nie zawarł porozumienia z organizacjami związkowymi lub przedstawicielem pracowników, zobowiązany był wydać stosowne zarządzenie. Brak było określonego terminu, w którym powyższe zarządzenie powinno być wydane. Wprowadzenie terminu na wydanie zarządzenia ma na celu usprawnienie corocznego procesu realizacji ustawowego obowiązku podwyższania wynagrodzeń zasadniczych.

1100 zł dla pielęgniarek

Na mocy obowiązującego od 1.09.2018 r. rozporządzenia nowelizującego z 29.08.2018 r. wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – dalej u.z.p.p., tj. w ramach umowy o pracę i stosunku służbowego, i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od 1.07.2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1200 zł miesięcznie, przy czym od 1.09.2018 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Uwaga! Wskazane wyżej podwyżki pracodawca może pokryć z kwoty 1600 zł, jaką otrzymuje od NFZ. Ponadto podkreślenia wymaga, że przepisy rozporządzenia nowelizującego z 29.08.2018 r. nie zmieniają zasad dalszego przekazywania środków przez NFZ dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych na podstawie umów zleceń. Pielęgniarki te w dalszym ciągu będą dostawać te pieniądze jako osobny składnik należnego im wynagrodzenia z tytułu zawartej umowy cywilnoprawnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązał się ponadto do przekazywania świadczeniodawcom środków na pochodne od wzrostu wynagrodzeń. Środki te przekazywane są na podstawie zawieranych ze świadczeniodawcami umów w określonych przez NFZ kwotach (średnio jest to kwota około 604,49 zł). Podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego skutkuje bowiem podwyższeniem także innych składników wynagrodzenia obliczanych jako pochodna od płacy zasadniczej. Takimi składnikami bez wątplenia są dodatek stażowy oraz dodatek funkcyjny. Ponadto z przekazywanej przez NFZ kwoty na pochodne pokrywane mogą być dodatki za pracę w nocy, niedziele i święta.

Powyższe potwierdzają zalecenia Ministra Zdrowia, wydane w następstwie kontroli przeprowadzonej w

Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie, zgodnie z którymi środki otrzymane z NFZ na dokonanie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, w przypadku pochodnych od tego wynagrodzenia, należy przeznaczać wyłącznie na:

- podwyżkę dodatku za wysługę lat, do wypłaty którego pracodawca jest obowiązany (do wysokości określonej w przepisach ustawowych);

- pochodne wymienione *expressis verbis* w § 2 ust. 2 rozporządzenia z 14.10.2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek za pracę w niedziele i święta niebędące dla pracownika dniami pracy oraz składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy).

Jednocześnie ustawodawca zobowiązał świadczeniodawców do składania informacji o liczbie pielęgniarek i położnych zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym. Pierwszą informację świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej był zobowiązany złożyć do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia nowelizującego z 29.08.2018 r., tj. do 14.09.2018 r. Informacja ta miała zostać przekazana za pośrednictwem serwisów internetowych i zawierać dane o liczbie pielęgniarek i położnych według stanu na 1.08.2018 r. wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód:

- w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 u.z.p.p., tj. w ramach umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, na podstawie umowy cywilnoprawnej, oraz

- w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 u.z.p.p.

Kolejne informacje świadczeniodawcy, z wyłączeniem świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, zobowiązani byli sporządzać:

- 1) w 2018 r., także według stanu na 1.10.2018 r., i przekazać do 14.10.2018 r.;

2) w 2019 r., według stanu na dzień:

a) 1.01.2019 r. i przekazać do 14.01.2019 r.,

b) 1.04.2019 r. i przekazać do 14.04.2019 r.,

c) 1.07.2019 r. i przekazać do 14.07.2019 r.,

d) 1.10.2019 r. i przekazać do 14.10.2019 r.,

e) 1.01.2020 r. i przekazać do 14.01.2020 r.

W 2019 r. informację określoną w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 4.01.2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – dalej z.r.o.w.u., świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządzał według stanu na 1.07.2019 r. i przekazywał do 14.07.2019 r. W następstwie złożonej informacji dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ jest obowiązany, na podstawie przekazanych mu danych, w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania, do przedstawienia świadczeniodawcy zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmującej:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od 1.01.2019 r. do 31.03.2020 r., przedłużone obecnie do 31.12.2020 r.;

2) postanowienia o zwrocie środków określonych wyżej w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Wzrost wysokości kwoty bazowej

Najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych i kwoty przeciętnego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Do 31.12.2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalało się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Zgodnie z ustawą z 19.07.2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych wskazana kwota bazowa ule-

gła podwyższeniu, na dzień 1.07.2019 r. z kwoty 3900 zł brutto do kwoty 4200 zł brutto. Przedmiotowa kwota obowiązywała od 1.07.2019 r. do 30.06.2020 r. Jak wyżej wskazano, wynagrodzenie, o którym mowa w przepisach, to wynagrodzenie ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 20 pkt 1 lit. a ustawy z 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Według stanu na 1.07.2020 r. jest to wynagrodzenie ogłoszone w Komunikacie Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 11.02.2020 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2019 r.. Ponieważ nie uległa zmianie treść art. 7 u.s.u.n.w. (określa on w chwili obecnej kwoty bazowe na okres do 30.06.2020 r.), minimalne wynagrodzenie w podmiotach leczniczych określane będzie z uwzględnieniem kwoty określonej w komunikacie z 11.02.2020 r., tj. **4918,17 zł**.

Jednocześnie ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych pozostawia bez zmian sposób obliczania podwyżki wynagrodzenia zasadniczego. Tym samym na dzień 1 lipca podwyżka wynagrodzenia zasadniczego powinna być obliczana jako 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym, obliczonym jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, i kwoty 4918,17 zł brutto, a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika aktualnym na dzień 1.07.2020 r. Wzrost wynagrodzenia zasadniczego jest wyliczany w poszczególnych podmiotach leczniczych indywidualnie dla każdego pracownika przy uwzględnieniu wysokości wynagrodzenia konkretnego pracownika i przyjętego w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych mechanizmu wzrostu wynagrodzenia, czyli w oparciu o iloczyn współczynnika pracy wynikającego z załącznika do u.s.u.n.w. oraz kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie (art. 3 u.s.u.n.w.). Wynagrodzenie zasadnicze pracownika objętego przepisami ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na dzień 1.07.2020 r. powinno być podwyższone co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym docelowym dla tego roku wyna-

grodzieniem zasadniczym, a wynagrodzeniem zasadniczym danego pracownika. Kolejny wzrost wynagrodzenia wynoszący co najmniej 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym docelowym dla 2021 r. wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym danego pracownika, będzie miał miejsce na dzień 1.07.2021 r. Natomiast od 1.01.2022 r. wynagrodzenie zasadnicze nie może być niższe niż

najniższe wynagrodzenie zasadnicze w sposób określony w ustawie o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na dzień 31.12.2021 r. Powyższe oznacza, że docelowa wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego powinna zostać osiągnięta do 31.12.2021 r.

Zmiana rozporządzenia w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA 1 z dnia 20 lipca 2020 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem

Na podstawie [art. 7d](#) ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, z późn. zm.) zarządza się, co następuje:

§ 1. W [rozporządzeniu](#) Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. poz. 775 i 918) wprowadza się następujące zmiany:

1) w [§ 1](#):

a) ust. 2-4 otrzymują brzmienie:

"2. W wykazie stanowisk można umieścić wyłącznie stanowiska pracy, na których osoby wykonujące zawód medyczny uczestniczą w podmiocie leczniczym, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, albo w wyodrębnionej komórce organizacyjnej, o której mowa w ust. 1 pkt 2, w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, mając bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, oraz na których może wystąpić podwyższone ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

3. Osoby uczestniczące w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk nie mogą uczestniczyć w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Ograniczenie to nie dotyczy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niewymagających bezpośredniego kontaktu z tymi pacjentami, w szczególności udzielania tych świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ograniczenie to nie dotyczy również przypadków, w których kierownik podmiotu leczniczego wyrazi zgodę na piśmie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej na stanowiskach określonych w wykazie stanowisk na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom korzystającym z usług kierowanego przez niego podmiotu leczniczego innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, po wprowadzeniu niezbędnych zabezpieczeń mających na celu uniemożliwienie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w trakcie udzielania tych świadczeń przez osoby objęte ograniczeniem.

4. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, informuje na piśmie osoby, o których mowa w ust. 3, o objęciu ich ograniczeniem, o którym mowa w ust. 3. W informacji określa się dzień początkowy oraz końcowy objęcia ograniczeniem. Dzień początkowy

objęcia ograniczeniem nie może przypadać wcześniej niż po upływie 5 dni od dnia przekazania osobie, o której mowa w ust. 3, informacji na piśmie o objęciu ograniczeniem. W przypadku gdy nie ma możliwości określenia dnia końcowego objęcia ograniczeniem, ograniczenie obowiązuje do dnia jego odwołania przez kierownika podmiotu leczniczego, nie dłużej jednak niż do dnia zakończenia obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 lub ustania zatrudnienia osoby objętej ograniczeniem w podmiocie leczniczym, o którym mowa w ust. 1. Dzień końcowy objęcia ograniczeniem nie może przypadać wcześniej niż po upływie 14 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na stanowisku określonym wykazem stanowisk, chyba że przed upływem 14 dni od dnia zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na stanowisku określonym wykazem osoba, o której mowa w ust. 3, uzyska ujemny wynik badania w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W takim przypadku osoba ta może przystąpić do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 bezpośrednio po uzyskaniu ujemnego wyniku badania w kierunku zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Informacja zawiera pouczenie o treści § 3.",

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

"4a. Osoba, o której mowa w ust. 3, w terminie 3 dni od dnia otrzymania pisemnej informacji, o której mowa w ust. 4, może wystąpić do kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, z wnioskiem o zwolnienie jej z ograniczenia, o którym mowa w ust. 3. Kierownik podmiotu leczniczego nie później niż w terminie 2 dni od dnia otrzymania wniosku o zwolnienie z ograniczenia jest obowiązany powierzyć wnioskującej osobie wykonywanie zadań na innym stanowisku niż objęte ograniczeniem albo tak dostosować zakres wykonywanych przez nią zadań, aby przy ich wykonywaniu nie zachodziło podwyższone ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2. W przypadku wystąpienia z wnioskiem o zwolnienie z ograniczenia w terminie późniejszym niż określony w zdaniu pierwszym kierownik podmiotu leczniczego, w terminie 5 dni od dnia otrzymania wniosku, dokonuje powierzenia wnioskującej osobie wykonywania zadań na innym stanowisku niż objęte ograniczeniem albo dostosowania zakresu wykonywanych zadań tak, aby przy ich wykonywaniu nie zachodziło podwyższone ryzyko zakażenia wirusem SARS-CoV-2.

4b. W przypadku gdy uwzględnienie wniosku, o którym mowa w ust. 4a, może skutkować brakiem możliwości zabezpieczenia przez podmiot leczniczy dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom zakażonym lub podejrzanym o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, kie-

rownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ust. 1, odmawia na piśmie jego uwzględnienia.";

2) w § 2:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

"3. W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może, na wniosek kierownika podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, wyrazić zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone w § 1 ust. 1 przez osobę wykonującą zawód medyczny mimo objęcia jej ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3. Informacja o wyrażeniu zgody jest przekazywana niezwłocznie na piśmie wnioskodawcy, osobie, której dotyczy wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, wojewodzie oraz w przypadku gdy z wnioskiem o zgodę wystąpił kierownik podmiotu leczniczego innego niż określony w § 1 ust. 1 - także temu kierownikowi.",

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

"3a. W przypadku gdy wniosek o zgodę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę wykonującą zawód medyczny mimo objęcia jej ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3, składa kierownik podmiotu leczniczego innego niż określony w § 1 ust. 1, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia podejmuje decyzję o wyrażeniu zgody na udzielanie świadczeń mimo objęcia ograniczeniem po zasięgnięciu opinii dyrektora podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1, wydaje opinię w terminie jednego dnia od otrzymania wniosku o jej wydanie."

§ 2. W terminie 10 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w § 1 ust. 1 rozporządzenia zmienianego w § 1:

1) dostosuje wykaz stanowisk do wymagań określonych w § 1 ust. 2 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem;

2) przekaze po raz pierwszy właściwemu miejscowo wojewodzie oraz dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dokumenty, o których mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, dotyczące stanowisk objętych wykazem stanowisk sporządzonym zgodnie z pkt 1.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

1 Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze"

Warunkiem niezarażenia się koronawirusem, ale także innymi patogenami, które wywołują infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych jest wysoka odporność organizmu. Jak ją wspomóc w dobie epidemii?

Negatywny wpływ na odporność organizmu mają: nieprawidłowa dieta, w tym spożywanie nadmiernych ilości alkoholu, wychłodzenie organizmu, stres, antybiotykoterapia, operacje, terapie immunosupresyjne. Jakie naturalne produkty mogą przyczynić się do poprawy funkcjonowania układu immunologicznego?

W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę na produkty pochodzenia pszczelego. Produkty pszczele i zielarskie mają długą historię stosowania w profilaktyce i leczeniu chorób infekcyjnych dróg oddechowych. Znaleźć można także liczne badania kliniczne, które zamieszczane są w renomowanych publikacjach naukowych, potwierdzające ich skuteczność terapeutyczną. Najlepiej udokumentowane jest działanie propolisu (kitu pszczelego), pyłku pszczelego zwanego też pyłkiem kwiatowym oraz miodu, a z produktów roślinnych: ziela, kwiatu i korzenia jeżówki purpurowej, kwiatu rumianku i liścia melisy. Odpowiednie receptury mogą zwiększać skuteczność terapeutyczną surowców naturalnych z uwagi na synergii ich działania.

Propolis stymuluje zarówno odpowiedź nieswoistą, jak i swoistą. Zwiększa aktywność fagocytarną makrofagów, stymuluje również produkcję przeciwciał. Stosowanie propolisu łącznie ze szczepionkami przeciwko patogenom zwiększa skuteczność szczepień, gdyż propolis jest immunoadiuwantem, czyli substancją, która zwiększa aktywność układu odpornościowego poza szczepieniem. Propolis wykazuje silne działanie przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze.

Drugą substancją pochodzenia pszczelego, którą należałoby rozważyć w przypadku zagrożenia infekcją, jest **pyłek pszczeli zwany czasami kwiatowym**. Powoduje wzrost odporności organizmu na zakażenia. Pyłek pszczeli wykazuje także działanie przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, a przypuszczalnie również przeciwwirusowe i przeciwwzpalne. Ważne, aby surowiec ten był stosowany w formie maksymalnie rozdrobnionej. Można go też łączyć z miodem pszczelim i w takiej formie stosować profilaktycznie i leczniczo.

Kwiat lub korzeń jeżówki pobudza działanie układu odpornościowego, nasila proces fagocytozy, pobudza leukocyty do wydzielania substancji przeciwwirusowych (interferonów, głównie interferonu β). Wzrost ak-

tywności makrofagów prowadzi do wydzielania interleukiny-1, która pobudza limfocyty do swoistej obrony organizmu. Ważne jest, aby preparaty z zieleń jeżówki stosować pulsacyjnie, np. przez 7-10 dni, następnie zrobić 2-3 tygodnie przerwy i ponownie spożywać surowiec przez 7-10 dni. Maksymalizuje to efektywność stymulacji odporności.

Aloes drzewiasty zawiera glikoproteiny i polisacharydy, które stymulują komórki układu odpornościowego. Wśród substancji o działaniu immunostymulującym należy wymienić również takie surowce jak korzeń żeńszenia, olej z nasion czarnuszki siewnej, czarną hubę (błyskoperek podkorowy) oraz liście melisy i kwiaty rumianku. W trosce o właściwą odporność należy także zadbać o właściwe nawilżenie błon śluzowych. Nadają się do tego preparaty ziołowe zawierające porost islandzki czy korzeń prawoślazu.

Ważnym elementem, który wpływa na prawidłową odporność organizmu jest właściwy stan flory fizjologicznej bytującej w jelitach. Dlatego ogromne znaczenie ma stosowanie odpowiednich prebiotyków, które przyczyniają się do wzrostu flory prozdrowotnej. Do takich naturalnych surowców należą inulina, pozyskiwana np. z korzenia cykorii i błonnik, którego dobrym źródłem jest lupina babki jajowatej. Doskonałym źródłem błonnika są także otręby owsiane. Zawierają one również beta-glukany, znane immunostymulanty. Jednym z najbardziej popularnych czynników immunosupresyjnych jest stres, zatem zioła redukujące jego poziom (korzeń kozłka, szyszki chmielu, liść melisy) można zaliczyć do substancji o działaniu zwiększającym odporność.

Podnoszenie odporności to także utrzymywanie dobrego nastroju, czego konsekwencją jest wysoki poziom endorfin. Dlatego warto zadbać o dietę bogatą w jajka, które są znakomitym źródłem 5-hydroksytryptofanu, prekursora serotoniny. Surowcem roślinnym, który zwiększa ilość tej substancji w przestrzeni synaptycznej jest ziele dziurawca. Ostatnim surowcem, na który warto zwrócić uwagę myśląc o zwiększeniu odporności jest korzeń tarczycy bajkalskiej.

Naturalne produkty znakomicie nadają się do profilaktyki wszelakich infekcji, w tym również koronawirusa.

Opracowano na podstawie: „Profilaktyka zdrowotna i Fitoterapia”, K. Blecha, I. Wawer; 2019

<http://swiatlekarza.pl/ziola-i-produkty-pszczele-moga-wspomoc-odpornosc-w-walce-z-koronawirusem/>

Referaty

Bezpieczne wykonywanie szczepień, a odpowiedzialność pielęgniarki i położnej

mgr Marzena Tomczak Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

Każda pielęgniarka, położna, realizując świadczenia medyczne, powinna stosować i przestrzegać prawidłowych warunków bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz uwzględniać aktualne wytyczne dotyczące zapobiegania zakażeniom w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2.

Ważną kwestią jest bezpieczne wykonywanie szczepień ochronnych.

Metody zwiększenia bezpieczeństwa wykonywania wstrzyknięć:

- Szczepionki do wstrzyknięcia należy przygotowywać w przeznaczonym do tego celu czystym miejscu, gdzie nie ma ryzyka zanieczyszczenia krwią i innymi płynami ustrojowymi.
- Każdą dawkę szczepionki należy przygotowywać tuż przed podaniem. Nie należy przygotowywać kilku strzykawk „na zapas”.
- Nigdy nie należy zostawiać igły w górnej części lub tuż poniżej otworu fiolki ze szczepionką.
- Należy przestrzegać zaleceń dotyczących przechowywania i używania konkretnej szczepionki.
- Zużyte strzykawki wraz z igłami należy umieszczać w specjalnych pojemnikach na odpady.
- Należy przestrzegać krajowych wytycznych dotyczących otwartych fiolek preparatów wielodawkowych.
- U każdego szczepionego należy używać nowej strzykawki i igły.
- Jeżeli igła miała kontakt z niejałową powierzchnią, należy ją zutylizować.
- Dziecko należy starannie ułożyć do szczepienia w celu minimalizacji ryzyka poruszenia się i urazu. Dla większości dorosłych pacjentów najwygodniejsza do szczepień jest pozycja siedząca. Osoby skłonne do omdleń mogą preferować pozycję leżącą.



nie nakładaj ponownie osłonki na igłę



nie zostawiaj igły wewnątrz fiolki



nie dotykaj igły



nie wrzucaj zużytych igieł do otwartego tekturowego pudełka



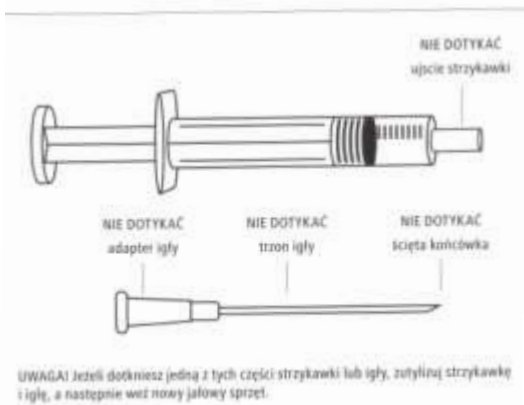
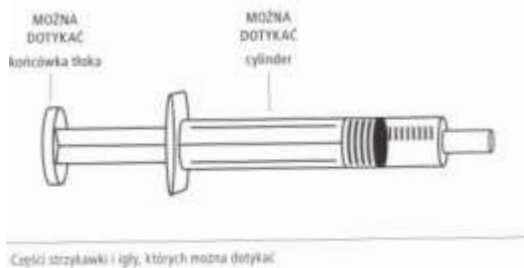
unikaj przepelnienia pojemnika na odpady ostre

Tabela. Przykłady nieprawidłowych procedur związanych z wykonywaniem szczepień i możliwych zdarzeń niepożądanych

nieprawidłowa procedura	możliwe zdarzenia niepożądane po szczepieniu
wstrzyknięcie bez zachowania sterylności	
ponowne użycie jednorazowej igły lub strzykawki	zakażenia, np. ropień w miejscu wkłucia, sepsa
niewłaściwa sterylizacja igły lub strzykawki	zespół wstrząsu toksycznego, zgon
zanieczyszczona szczepionka lub rozpuszczalnik	zakażenie przenoszone drogą krwi, np. wirusem zapalenia wątroby lub HIV
błędy w rekonstytucji	
niedostateczne wymieszanie szczepionki	ropień w miejscu wkłucia
użycie złego rozpuszczalnika	nieskuteczność szczepionki ^a
omyłkowe wykorzystanie leku zamiast szczepionki lub rozpuszczalnika	skutki uboczne leku (...)
błędne ponowne wykorzystanie przygotowanej szczepionki na kolejnej wizycie szczepiennej	zgon
nieprawidłowe wykonanie wstrzyknięcia	
podanie BCG podskórnie	odczyn miejscowy lub ropień
zbyt płytkie podanie DTP/dT/dT/TT	odczyn miejscowy lub ropień
wstrzyknięcie w pośladki	uszkodzenie nerwu kulszowego
niewłaściwe przechowywanie lub transport szczepionki	
zmiana koloru VVM	odczyn miejscowy
zbrzydlenie się adsorbowanej szczepionki	nieskuteczność szczepionki ^a
zignorowanie przeciwwskazań	ciężkie odczyny, których można było uniknąć

^a Precyzując, nieskuteczność szczepionki należy uznać za konsekwencję, a nie za zdarzenie niepożądane.

BCG – szczepienie przeciwko gruźlicy, HIV – ludzki wirus niedoboru odporności, VVM (vaccine vial monitor) – wskaźnik ekspozycji na wysoką temperaturę



Zapobieganie zakłuciu igłą:

- Igły mogą być niebezpieczne. W przypadku zranienia pielęgniarki/położnej mogą stanowić źródło infekcji, jeśli są zanieczyszczone wirusem zakażenia wątroby typu B lub C, HIV albo innym drobnoustrojem.
- Do zakłucia igłą może dojść w trakcie wykonywania wstrzyknięcia lub tuż po jego zakończeniu.
- Ryzyko zakłucia igłą jest zwiększone, gdy więcej się wykonuje czynności ze sprzętem do wstrzyknięć.

W celu zmniejszenia ryzyka zakłucia należy:

- Umieścić pojemnik na ostre odpady blisko osoby podającej szczepionkę, tak aby zużyte igły i strzykawki można było tam łatwo i szybko wrzucić, bez przemieszczania się w poszukiwaniu takiego pojemnika.
- Unikać ponownego nakładania osłonki na igłę. Jeżeli jest to absolutnie niezbędne np.; wstrzyknięcie opóźnia się z powodu dużego niepokoju dziecka, zastosować należy tzw. metodę jednej ręki, umieszczając osłonkę na stole lub tacce

i wsuwając igłę do osłonki bez użycia drugiej ręki.

- Nie należy odłączać rękami zużytej igły od strzykawki.
- Nigdy nie można zostawiać zużytych strzykawek i igieł na stanowisku pracy.
- Po wykonaniu szczepienia, należy od razu wrzucić strzykawkę z igłą do pojemnika na odpady ostre.
- Należy zamknąć szczelnie pojemnik na ostre odpady po jego wypełnieniu w 75 %.
- Nie można ręcznie sortować zużytych igieł i strzykawek.

Bezpieczne obchodzenie się z igłą i strzykawką:

- Po dotknięciu jakiegokolwiek części strzykawki należy ją uznać za zanieczyszczoną. Chociaż w trakcie przygotowywania i wykonywania wstrzyknięcia trzeba dotykać cylindra i tłoka należy unikać dotykania części, które mają styczność ze szczepionką lub szczepionym.
- Nie należy dotykać: trzonu igły, ściętej końcówki igły, adaptera igły, adaptera strzykawki, uszczelnacza tłoka strzykawki.

Aranżacja punktu wykonywania szczepień w celu ograniczenia ryzyka zakłucia igłą:

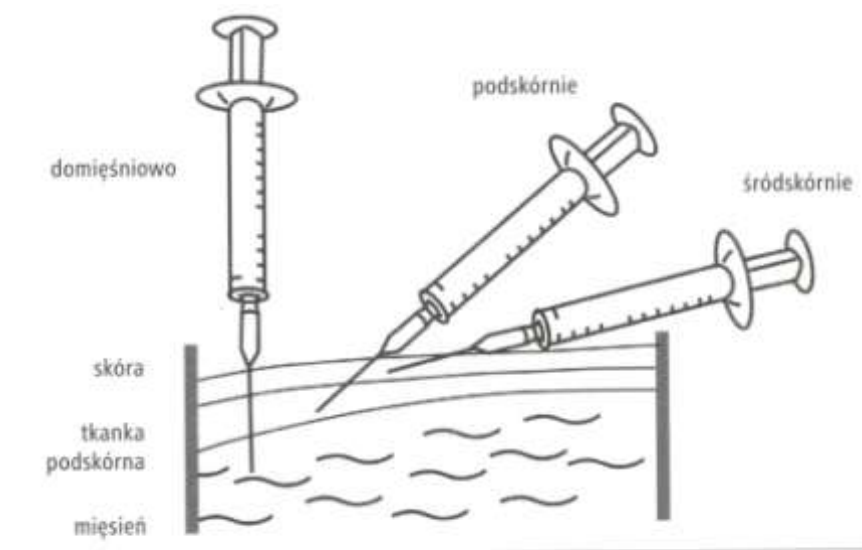
- Pielęgniarka/położna wykonująca szczepienie powinna znajdować się pomiędzy szczepionym, a wszystkimi igłami i ostrymi przedmiotami.
- Wyrzucając igłę, pielęgniarka/położna wykonująca szczepienie powinna widzieć otwór pojemnika na odpady medyczne. Pojemnik może się znajdować na stole lub na podłodze, w zależności od tego, czy wykonująca szczepienie pielęgniarka/położna stoi czy siedzi. Pracownik powinien mieć łatwy dostęp do pojemnika, bez większej zmiany pozycji.
- Pielęgniarka/położna podająca szczepionkę powinna mieć możliwość wrzucenia zużytych igieł i strzykawek bezpośrednio do pojemnika na odpady ostre bez odkładania ich w inne miejsce.
- Pielęgniarka/położna wykonująca szczepienie powinna się w danym momencie zajmować tylko jednym dzieckiem (oraz jego opiekunami).
- Karty uodpornienia powinny być łatwo dostępne.

Prawidłowa technika podawania szczepionek we wstrzyknięciach.

W związku z okresem letnim i zwiększonym ryzykiem na urazy, chciałabym zwrócić uwagę na szczepienie przeciw tężcowi szczepionką Tetaną. Jest ona stosowana w celu zapobiegania zachorowaniom poprzez uzyskanie swoistej odporności. Preparat jest wskazany do czynnego uodpornienia dzieci, młodzieży i dorosłych przeciw tężcowi, zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych i oficjalnymi zaleceniami.

Sposób podawania leku:

Preparat powinien być podawany głęboko podskórnie w okolice mięśnia naramiennego lub przednio-bocznej części uda. Nie wolno podawać preparatu donaczyniowo. Przez 30 minut po szczepieniu należy pozostawać pod obserwacją personelu medycznego.



Ułożenie igły przy wstrzyknięciach śródkórnych, podskórnych i domięśniowych

Opracowano na podstawie zaleceń WHO. „MEDYCYNĄ PRAKTYCZNA” Szczepienia 2 (34) kwiecień – czerwiec 2020



Z żałobnej karty

Anna Pilipiuk

1960r. – 2020r.

Z żalem informujemy, że w dniu 4 sierpnia 2020r. zmarła pielęgniarka Anna Pilipiuk.

Pani Anna po ukończeniu Medycznego Studium Zawodowego w Białej Podlaskiej w roku 1981 rozpoczęła pracę pielęgniarki w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białej Podlaskiej następnie od roku 1998 pracowała jako pielęgniarka szkolna, prowadząc Indywidualną Praktykę Pielęgniarką w Szkole Podstawowej Nr 5 w Białej Podlaskiej.

„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje, mimo wielkiej rozpacz pozwala żyć dalej.”

Pielęgniarce

Marzenie Karczewskiej
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci TATY
Składa Zarząd i członkowie
Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Ci, których kochamy nie umierają nigdy, bo miłość, to nieśmiertelność”

Pielęgniarce

Danucie Grabowskiej
szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY
Składa Zarząd i członkowie
Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Ci, którzy nas opuścili, nie odeszli, są nadal z nami. Są wciąż obecni, choć niewidzialni”

Pani

Danucie Pawlik

Sekretarzowi ORPiP w Białej Podlaskiej

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci TATY

składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej

<p><i>„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”</i></p> <p>Pani Danucie Pawlik Sekretarzowi ORPiP w Białej Podlaskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składa NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”</i></p> <p>Pani dr n. med. Joannie Kozłowiec szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pani dr n. med. Joannie Kozłowiec szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składa NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze, bo zostawili ślady w naszych sercach”</i></p> <p>Pielęgniarki Barbarze Kargul szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TEŚCIOWEJ Składają koleżanki z NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„Spieszmy się kochać ludzi. Tak szybko odchodzą”</i></p> <p>Pielęgniarki Magdalenie Dejnego szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY Składają koleżanki z NZOZ OMS i Opieki w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią im się płaci”.....</i></p> <p>Pielęgniarki Alinie Duda szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY Składają współpracownicy NZOZ Przychodnia Rejonowa Nr 1 ul. Narutowicza 35 w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>"Wszystko tak szybko przemija i nim się spostrzeżemy, dobiliśmy już do kresu życia..."</i></p> <p>Pielęgniarki Alicji Wala szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TEŚCIOWEJ Składają współpracownicy NZOZ Przychodnia Rejonowa Nr 1 ul. Narutowicza 35 w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>"Wszystko tak szybko przemija i nim się spostrzeżemy, dobiliśmy już do kresu życia”</i></p> <p>Pielęgniarki Irenie Zajko szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY Składają koleżanki z Oddziału Kardiologii Inwazyjnej i Hemodynamiki WSzS w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„Są chwile, by działać, i takie, kiedy należy pogodzić się z tym, co przynosi los”</i></p> <p>Pielęgniarki Marzenie Kowalczyk szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY Składają koleżanki z Oddziału Otolaryngologii WSzS w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Nie żyjemy, aby umierać; ale umieramy, aby żyć wiecznie”</i></p> <p>Pielęgniarki Małgorzacie Pupiel szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY Składają współpracownicy Domowego Szpitala WSzS w Białej Podlaskiej</p>



INTER Medyk Life

Ubezpieczenie na życie ze świadczeniem
z tytułu czasowej i trwałej niezdolności do pracy

Troska o życie swoje i najbliższych, obawy związane z pracą oraz potrzeba zapewnienia bezpieczeństwa mają wpływ na to, w jaki sposób myślimy o ubezpieczeniach.

Poniżej przedstawiamy 5 najczęściej spotykanych obaw pracowników służby zdrowia, którzy często zapominają, że aby skutecznie chronić innych, powinni najpierw pomyśleć o swoim zdrowiu i życiu.

„Przyszłość moich najbliższych jest dla mnie najważniejsza”



Polisa na życie INTER Medyk Life zapewni bezpieczeństwo finansowe osobom, które otrzymają wysokie odszkodowanie w przypadku Twojej śmierci - nawet do 1 000 000 zł.

„Moje życie może się zmienić z tak wielu powodów. Nie chcę czekać, aby choroba, czy wypadek uczyniły mnie ciężarem dla najbliższych.”



Dzięki INTER Medyk life otrzymasz świadczenia pieniężne związane z pobytem w szpitalu, poddaniem się operacji, rozpoznaniem i leczeniem poważnej choroby.

„Pracuję na kontrakcie w szpitalu, a po pracy przyjmuję pacjentów w swoim gabinecie. Boję się, że dłuższa choroba może pozbawić mnie jakichkolwiek przychodów, a moją rodzinę narazić na niestabilność finansową”



Ubezpieczenie INTER Medyk Life zapewnia możliwość uzyskania dodatkowych środków finansowych na czas dłuższej niezdolności do pracy. Możesz otrzymać nawet do 9 000 zł miesięcznie!

„Pracując w szpitalu, codziennie mam kontakt ze szkodliwymi substancjami. Mogą mi się przytrafić silne zatrucie lub inne skutki uboczne zanieczyszczenia. Czy mogę uzyskać odszkodowanie z tytułu trudnych warunków pracy?”



Na wypadek takich właśnie sytuacji, wprowadziliśmy dedykowany pakiet ryzyk medycznych, obejmujący choroby najczęściej związane z pracą w zawodzie medycznym. Jego zakres obejmuje 7 najczęściej występujących problemów zdrowotnych w branży medycznej.

„Czy moje ubezpieczenie na życie może przydać mi się w przypadku problemów zdrowotnych?”



Oczywiście! Atrakcyjny pakiet Assistance w ubezpieczeniu INTER Medyk Life obejmuje m.in. pomoc domową po hospitalizacji, transport medyczny, sprzęt rehabilitacyjny, pomoc medyczną za granicą czy dostawę leków.

INTER Medyk Life - ubezpieczenie na życie

ZAKRES ŚWIADCZEŃ	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV	WARIANT V	OKRES KARENCJI
	MAKSYMALNA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA					
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	80 000 zł	200 000 zł	100 000 zł	130 000 zł	1 000 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	60 000 zł	150 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	700 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	60 000 zł	150 000 zł	80 000 zł	110 000 zł	700 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000 zł	100 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	400 000 zł	brak
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	50 000 zł	100 000 zł	70 000 zł	90 000 zł	200 000 zł	6 miesięcy
Śmierć Ubezpieczonego	25 000 zł	50 000 zł	35 000 zł	45 000 zł	150 000 zł	brak
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	300 zł	500 zł	400 zł	500 zł	1 000 zł	brak
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	300 zł	brak	400 zł	500 zł	brak	3 miesiące
Powazne zachorowania Ubezpieczonego (47 jednostek chorobowych)	4 000 zł	10 000 zł	5 000 zł	7 000 zł	20 000 zł	90 dni
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW (stawka dzienna - płatne do 14 dni)	100 zł	100 zł	120 zł	150 zł	300 zł	brak
za kolejne dni:	50 zł	50 zł	60 zł	75 zł	150 zł	brak
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby (stawka dzienna - płatne do 14 dni)	50 zł	50 zł	60 zł	75 zł	150 zł	30 dni
za kolejne dni:	25 zł	25 zł	30 zł	38 zł	75 zł	30 dni
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM (powyżej 24 godzin)	500 zł	500 zł	600 zł	750 zł	1 500 zł	30 dni
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (katalog 539 operacji)	2 000 zł	brak	3 000 zł	5 000 zł	brak	180 dni
Śmierć współmałżonka	10 000 zł	brak	12 000 zł	14 000 zł	brak	6 miesięcy
Śmierć współmałżonka w wyniku NW	15 000 zł	brak	18 000 zł	21 000 zł	brak	brak
Śmierć dziecka	5 000 zł	brak	6 000 zł	7 000 zł	brak	6 miesięcy
Śmierć dziecka w wyniku NW	10 000 zł	brak	12 000 zł	14 000 zł	brak	brak
Urodzenie dziecka	800 zł	brak	1 200 zł	1 500 zł	brak	9 miesięcy
Urodzenie dziecka z wadą wrodzoną	2 000 zł	brak	3 000 zł	4 000 zł	brak	9 miesięcy
Urodzenie martwego dziecka	2 000 zł	brak	3 000 zł	4 000 zł	brak	3 miesiące
Osierocenie dziecka	3 500 zł	brak	4 500 zł	5 500 zł	brak	6 miesięcy
Śmierć rodzica lub teścia	1 000 zł	brak	1 200 zł	1 500 zł	brak	6 miesięcy
Pakiet usług Assistance	tak	tak	tak	tak	tak	brak
Składka	49 zł	49 zł	69 zł	89 zł	159 zł	

Pakiet ryzyk medycznych - za jedyne 7 zł

Jedynie na rynku ubezpieczenie na wypadek chorób zawodowych najczęściej występujących w branży medycznej: uszkodzenie wzroku przez laser | urazy kręgosłupa | zatrucia środkami medycznymi | uszkodzenie słuchu przez ultradźwięki | zakażenie HIV/WZW | zespół stresu pourazowego | czy uszczerbek na zdrowiu w wyniku agresji pacjenta.

Ubezpieczenie niezdolności do pracy w wyniku choroby lub/i nieszczęśliwego wypadku (NW)

GRUPA WIEKOWA	Świadczenie dzienne 150 zł (kwota gwarantowana)		Świadczenie dzienne 300 zł (suma kwoty gwarantowanej i kwoty doubezpieczenia)	
	CHOROBA lub NW	NW	CHOROBA lub NW	NW
	SKŁADKA MIESIĘCZNA			
18 - 39 lat	105	61	170	93
40 - 49 lat	135	71	210	113
50 - 59 lat	175	91	290	143
60 - 69 lat	225	111	400	173

Wykupienie samego ubezpieczenia niezdolności do pracy jest możliwe jedynie łącznie z ubezpieczeniem na wypadek śmierci z sumą ubezpieczenia 1000 zł i składką dodatkową 1 zł.



Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.
Al. Jerozolimskie 142 B, 02-305 Warszawa
tel. 801 803 000 | zycie@interpolska.pl | www.interpolska.pl

Tutaj masz do nas najbliżej! Nasi specjaliści czekają na Ciebie.