



BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Białej Podlaskiej

Nr 2/107/2021



**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/fax.: 83 343 60 83
kom: 693 877 799

e-mail: biuro@oipip-bp.pl

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
wtorek 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 Czekieli
I środa miesiąca w godz. 14⁰⁰-15⁰⁰

**Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:
BANK SPÓLDZIELCZY
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
ORPiP	4
Informacje z NRPiP.....	6
Informacje.....	26
Warto wiedzieć	30
Kształcenie podyplomowe	37
Dział prawny.....	42
Referaty	50
Z żałobnej karty.....	55

ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

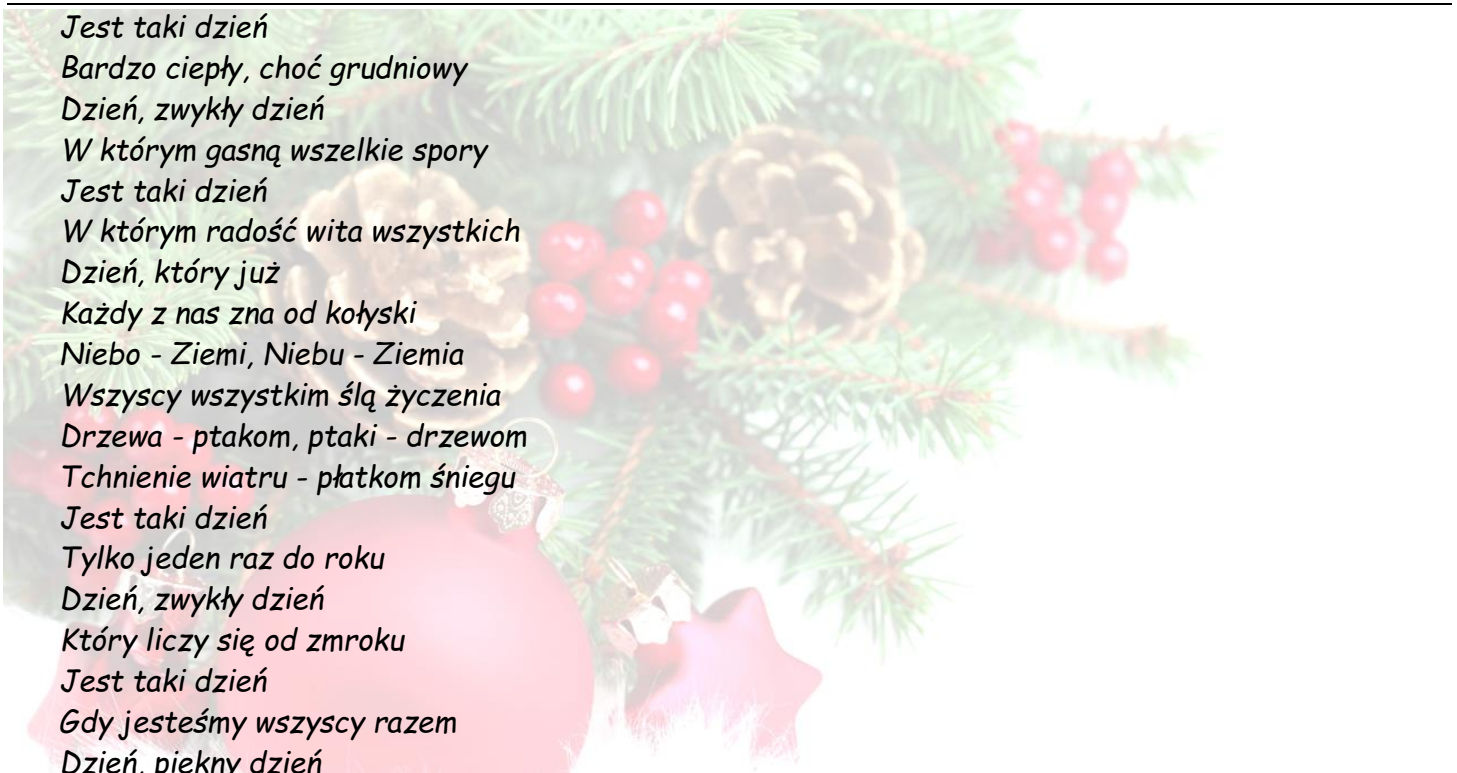
Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

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.



*Jest taki dzień
Bardzo ciepły, choć grudniowy
Dzień, zwykły dzień
W którym gasną wszelkie spory
Jest taki dzień
W którym radość wita wszystkich
Dzień, który już
Każdy z nas zna od kołyski
Niebo - Ziemi, Niebu - Ziemia
Wszyscy wszystkim ślą życzenia
Drzewa - ptakom, ptaki - drzewom
Tchnienie wiatru - płatkom śniegu
Jest taki dzień
Tylko jeden raz do roku
Dzień, zwykły dzień
Który liczy się od zmroku
Jest taki dzień
Gdy jesteśmy wszyscy razem
Dzień, piękny dzień
Dziś nam rok go składa w darze
Niebo - Ziemi, Niebu - Ziemia
Wszyscy wszystkim ślą życzenia
A gdy wszyscy usną wreszcie
Noc igliwia zapach niesie*

Wszystkiego najlepszego z okazji Świąt Bożego Narodzenia

Niech moc wigilijnego wieczoru przyniesie
spokój, wytchnienie i radość.

Każda chwila Świąt niech żyje własnym pięknem,
a Nowy 2022 Rok obdaruje
zdrowiem, pomyślnością i szczęściem.

Najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia!

W imieniu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
życzy
Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca



WYKJAZ UCHWAŁ PREZYDIUM I OKRĘGOWEJ RADY

Od stycznia do grudnia 2021 roku Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej (w tym prezydium okręgowej rady) odbyła 12 posiedzeń.

Na posiedzeniach okręgowej rady podjęto 64 uchwały, na posiedzeniach prezydium okręgowej rady podjęto 54 uchwały

Podjęto 33 uchwały rejestrowe, w tym:

- 1/. uchwały dotyczących stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek – 40;
- 2/. uchwały dotyczących stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru położnej - 3;
- 3/. uchwały dotyczące wpisu do rejestru pielęgniarek – 11;
- 4/. uchwały dotycząca wykreślenia z rejestru pielęgniarek – 19;
- 5/. uchwały dotycząca wykreślenia z rejestru położnych – 1;
- 6/. uchwały dotyczące wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu śmierci -
- 7/. uchwały dotyczące wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu położnej z powodu śmierci -
- 8/. uchwały dotyczące wymiany prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarki – 1;
- 9/. uchwały dotyczące wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki - 1;
- 10/. uchwały dotyczące przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarki - 2;
- 11/. uchwały dotyczące przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru - 3;
- 12/. uchwały dotyczące wpisu do rejestru pielęgniarek i wydania nowego druku prawa wykonywania zawodu - 1;
- 13/. uchwały dotyczące wymiany prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru - 2;
- 14/. uchwały wymiany druku prawa wykonywania zawodu - 2

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 podyplomowym

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.



Protest medyków zaczął się 11 września o godz.12.00 w Warszawie przemarszem blisko 30 tys. pod hasłem

„PUBLICZNA OCHRONA ZDROWIA KONA”

Wśród nich byli lekarze, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni, ratownicy medyczni i pracownicy niemedyczni, np. rejestratorki, salowe. To pierwszy w historii protest prawie wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

Podjęcie akcji protestacyjnej poprzedzone zostało licznymi spotkaniami członków Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia oraz próbami podjęcia merytorycznej dyskusji z Ministerstwem Zdrowia, Premierem i Prezydentem RP.

W dniu 10 września członkowie Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia przekazali Ministrowi Zdrowia listę postulatów ujętych w ośmiu punktach, które obejmowały takie zagadnienia jak:

1. Natychmiastowa zmiana ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw;
2. Realny wzrost wyceny świadczeń medycznych oraz ryczałtów o 30% oraz dobokaretki w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne o 80% od 1 października 2021 r. oraz zobowiązanie AOTMiT do przeprowadzenia ponownej wyceny wszystkich świadczeń do 30 listopada 2022 roku;

3. Zatrudnienie dodatkowych pracowników obsługi administracyjnej i personelu pomocniczego (sekretarki medyczne, rejestratorki, opiekunowie medyczni) oraz wprowadzenie norm zatrudnienia uzależnionych od liczby pacjentów;
4. Zapewnienie zawodom medycznym statusu funkcjonariusza publicznego i stworzenie systemu ochrony pracowników przed agresją słowną i fizyczną pacjentów;
5. Stworzenie na warunkach chroniących medyków i pacjentów odpowiedniego systemu rejestrowania zdarzeń medycznych niepożądanych (no-fault);
6. Rezygnacja stworzenia nowych zawodów medycznych przy jednoczesnym efektywniejszym wykorzystaniu obecnych zawodów medycznych poprzez stworzenie im możliwości kształcenia podyplomowego i specjalizacyjnego rozszerzających ich kompetencje;
7. Wprowadzenie urlopów zdrowotnych po 15 latach pracy zawodowej;
8. Uchwalenie ustaw o medycynie laboratoryjnej, zawodzie ratownika medycznego i innych zawodach medycznych.

Trasa przemarszu prowadziła spod Ministerstwa Zdrowia, a następnie przeszli pod Pałac Prezydencki, Sejm i Kancelarię Prezesa Rady Ministrów. Tam powstało Białe Miasteczko 2.0 na wzór tego, które 14 lat temu zorganizowały pielęgniarki. Hasło Białego miasteczka „Polska ochrona zdrowia umiera z przepracowania”. Ustalono dni tematyczne z udziałem poszczególnych grup zawodowych.

Powstanie przy al. Ujazdowskich w Warszawie Białego Miasteczka jest jednym z elementów akcji protestacyjnej. Na jego terenie odbywają się debaty, konferencje prasowe, a także bezpłatne badania profilaktyczne i porady lekarskie. Zgodnie z założeniem organizatorów protestu każdy kolejny dzień jest poświęcony innej specjalności. Dzień 12 września był dniem pielęgniarstwa i położnictwa, kolejne dni poświęcone zostały specjalistce: psychiatrii, chirurgii i ortopedii, chorobom wewnętrznym, ratownictwu medycznemu, onkologii, medycynie rodzinnej.





MINISTERIALNY „SUKCES” MEDIALNY, czyli o nieporozumieniu Trójstronnego Zespołu ds. Ochrony Zdrowia

Trójstronny Zespół ds. Ochrony Zdrowia wraz z Ministrem Zdrowia ogłosił podpisanie „porozumienie” ws. podwyżek, jakie mają dostać najmniej zarabiający pracownicy w systemie ochrony zdrowia. W związku z tym przypominamy:

- W Zespole Trójstronnym 17 marca 2021 roku podpisano już jedno, jakoby bardzo dobre dla medyków porozumienie o podwyżkach, które było podstawą wprowadzenia w życie od 1 lipca 2021 r. ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników ochrony zdrowia. W odpowiedzi na krzywdzące zapisy tej ustawy 40 tys. osób wyszło na manifestację, a protest pracowników ochrony zdrowia trwa do dziś. To właśnie te działania budowały presję na Ministra Zdrowia i doprowadziły do podpisania na Zespole Trójstronnym dokumentu z 5 listopada br.
- Zgodnie z definicją przedmiotem każdego porozumienia są **zobowiązania** dotyczące realizacji zadań ze sfery administracji publicznej. W dokumencie z dnia 5 listopada **nie ma zobowiązań**, a jest wyrażone jedynie poparcie rozpoczęcia procedowania projektu zmian.

W związku z tym jest to STANOWISKO Zespołu Trójstronnego, a nie „porozumienie” i nie ma ono mocy sprawczej.

PODWYŻKI WCIAŻ DLA WYBRANYCH

Niestety wciąż na podwyżki mogą liczyć tylko osoby mające umowy o pracę w podmiotach leczniczych. To olbrzymi problem i powód do dalszego dzielenia środowiska medyków.

- Zgodnie z przepisami podwyżki należą się tylko osobom zatrudnionym na dzień 31 maja 2021 roku, co zawęży krąg osób uprawnionych do podwyżek.
- **Brak zapewnienia finansowania.** W dokumencie nie wskazano i jednoznacznie nie zadeklarowano zapewnienia finansowania tych podwyżek. Pominięto palącą kwestię zmiany wycen świadczeń, która umożliwiłaby także podniesienie wynagrodzeń medykom udzielającym świadczeń na tzw. kontraktach.
- **Braki kadrowe wśród medyków.** Trudno zrozumieć także inne uzgodnienia Zespołu, które dają wyższe wynagrodzenie pracownikom niemedycznym niż medykom. W dobie pandemii takie regulacje nasiliły już i tak olbrzymią frustrację

medyków. Przypomnijmy, że to właśnie przedstawiciele zawodów medycznych brakuje.

- **Brak oparcia systemu wynagradzania o merytoryczne przesłanki: kompetencje i doświadczenie.** Konieczne jest premiowanie realnie posiadanego wykształcenia i kompetencji, które wykorzystujemy swojej pracy. Powszechną praktyką jest nie uznawanie przy ustalaniu poziomu wynagrodzenia przez pracodawców posiadanego wykształcenia.

BEZ NASZEGO PROTESTU NIE BYŁOBY NAWET TYCH MAŁYCH ZMIAN

Nadal trwa protest Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego Pracowników Ochrony Zdrowia. Podpisane przez Zespół Trójstronny stanowisko nie jest niczym nowym: podobne propozycje zostały przedstawione przez Ministra Zdrowia Komitetowi. Jednak odrzuciliśmy je jako niewystarczające, ponieważ ograniczały grono osób uprawnionych do podwyżek i nie było mowy o zmianach wycen, czy innych koniecznych zmianach organizacyjnych, o których mówią nasze postulaty. Obawiamy się, że te niewielkie i częściowe zmiany, choć oczywiście konieczne, będą argumentem do niewprowadzania kolejnych zmian, o które zabiega Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia, nad czym ubolewamy.

Minister Zdrowia wielokrotnie kłamliwie zarzucał Komitetowi Protestacyjno-Strajkowemu Pracowników Ochrony Zdrowia, iż koncentruje się tylko na kwestii podwyżek. A przecież stanowisko Zespołu Trójstronnego koncentruje się tylko i wyłącznie na podwyżkach i Ministrowi Zdrowia to nie przeszkadza. Sytuacja publicznej ochrony zdrowia jest dramatyczna i konieczne są także zmiany organizacyjne, których domagamy się jako członkowie Komitetu.

Obecna sytuacja jasno wskazuje, iż jakiegokolwiek zmiany są możliwe, o ile są popierane przez całe środowisko medyków, a nie jego części. Podkreślamy, iż w obradach i rozmowach nie brali udziału przedstawiciele zawodów medycznych, a jedynie przedstawiciele niektórych związków zawodowych, którzy w niewielkiej skali reprezentują zawody medyczne.

600 000 pracowników ochrony zdrowia nie ma aktualnie głosu w Zespole Trójstronnym, w którym prowadzony jest prowizoryczny, a nie realny dialog.

<https://ozzpip.pl/protest-ochrony-zdrowia-ministerialny-sukces-medialny/>

Białe Miasteczko, które funkcjonuje przed Kancelarią Premiera od 11 września zmienia formułę.

Ogólnopolski Komitet Protestacyjno-Strajkowy Pracowników Ochrony Zdrowia zdecydował, że namioty przed KPRM pozostaną, ale protestujący przenoszą swoją aktywność do sieci. Do rozmów z rządzącymi chcą wrócić, gdy IV fala epidemii opadnie.

- **Białe Miasteczko** symbolicznie zostaje tutaj na miejscu, ale my przenosimy naszą aktywność do sieci. Tam będziemy udzielać porad pacjentom, poszerzamy front osób, które będą współpracować z Komitetem - powiedziała **Krystyna Ptok**, przewodnicząca **Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych**.

Namioty nadal mają pozostać przed KPRM.

Jak tłumaczyła K. Ptok, zmiana formuły następuje ze względu na pogodę, ale też ze względu na to, że osoby, które miałyby działać w Białym Miasteczku, nie mogą obecnie rezygnować z pracy, ponieważ brakuje personelu. Nie wykluczyła jednocześnie, że jeśli sytuacja będzie tego wymagała, protestujący ponownie wyjdą na ulicę.

Przedstawiciele Komitetu byli pytani przez dziennikarzy, czy nie czują, że odnieśli porażkę.

Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej Artur Drobnik stwierdził, że "największą porażką jest to, co się dzieje z naszymi pacjentami" - To nie jest porażka nasza, to nie jest porażka **ministra zdrowia i premiera**, to jest porażka całego systemu i tych ludzi którym powinniśmy pomóc. Ja to traktuję w perspektywie porażki wszystkich Polaków - mówił A. Drobnik.

Według niego, obecny rząd, większość protestów wziął na przeczekanie i tak też zrobił z medykami. Jednak zaznaczył, że "sprawy tak fundamentalne jak zdrowie nie mogą czekać, a rozmowy i ten dialog powinien wykroczyć poza politykę".

IV fala wymusza zmianę formy protestu

Jak mówił A. Drobnik, IV fala pandemii przytłoczyła pacjentów, ale też medyków i stawia ich przed coraz trudniejszymi wyzwaniami. - Pacjenci nie mogą się dostać do specjalistów innych dziedzin niż **COVID**, brakuje personelu, również w szpitalach covidowych - wyliczał A. Drobnik.

- Koleżanki pielęgniarki przekazują nam informacje, że w wielu jednostkach na dyżurach na OIOM-ie, tam gdzie są najciężej chorzy, zamiast sześciu pielęgniarek na 12 pacjentów są dwie, trzy pielęgniarki. Ginekologdy zajmują się 90-latkami ciężko chorymi, z zapaleniami płuc, co sami państwo rozumiecie, nie jest do końca w ich kompetencjach. Ale **brakuje medyków**, brakuje lekarzy, którzy kompetentnie mogliby zająć się pacjentami - mówił A. Drobnik.

- W tej sytuacji, kiedy ta iV fala pandemii nas tak mocno przygniotła, uważamy, że nasza odpowiedzialność nakazuje nam zmienić formę protestu. W związku z tym, że rząd nie podejmuje żadnych działań, które mają ograniczyć iV falę, nie pomaga medykom walczyć z pandemią, zobowiązujemy się że zrobimy wszystko, żeby uratować jak najwięcej Polaków, wszyscy pracownicy ochrony zdrowia - deklarował A. Drobnik.

<https://www.politykazdrowotna.com/78909,biale-miasteczko-20-zmienia-formule>

Komitet opublikował swoje stanowisko:



**OGÓLNOPOLSKI KOMITET
PROTESTACYJNO-STRAJKOWY**

PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

Warszawa, 24 listopada 2021 r.

KOMUNIKAT

Czwarta fala pandemii zmienia nasze życie. To Pacjenci cierpią najbardziej, niestety ograniczony jest dostęp do specjalistów, którzy normalnie zajmują się leczeniem innych schorzeń niż COVID-19. Także my, medycy każdego dnia mierzymy się z trudnymi wyzwaniami. Coraz więcej z nas pracuje w szpitalach covidowych. To powoduje, że inne miejsca zostają bez potrzebnej obsady. Koleżanki alarmują, że na OIOM-ie w jednym ze szpitali tymczasowych na dyżurze na 12 pacjentów powinno być 6 pielęgniarek, a są tylko 2, bo niestety brakuje personelu.

To co dzieje się w ochronie zdrowia podczas kolejnej fali pandemii i obecna sytuacja naszych chorych nie pozwala nam kontynuować protestu w tej formie, póki IV fala nie wygaśnie. Rząd nadal nie podejmuje żadnych działań mających pomóc medykom walczyć z pandemią, liczba chorych jest znacznie wyższa, niż w oficjalnych statystykach.

RZĄD SWOJĄ BIERNOŚCIĄ SKAZUJE POLAKÓW NA WALKĘ O PRZETRWANIE, A MY – MEDYCY - ROBIMY WSZYSTKO, BY URATOWAĆ JAK NAJWIĘCEJ POLAKÓW.

Nasza misja i odpowiedzialność za ich zdrowie i życie spowodowała, iż **PODJĘLIŚMY DECYZJĘ O ZMIANIE FORMUŁY DZIAŁALNOŚCI BIAŁEGO MIASTECZKA I PRZENOSIMY JEGO DZIAŁANIE DO SIECI.**

Pozostawiamy symbole Białego Miasteczka. W przestrzeni wirtualnej będziemy kontynuować komunikację z pacjentami. Zaczynamy współpracę z organizacjami pacjentów, bo nikt inny jak właśnie pacjenci są najbardziej poszkodowani w tej sytuacji.

Podkreślamy, że Komitet Protestacyjny i Białe Miasteczko 2.0 nadal działają, zmieniamy tylko formę aktywności. Sprawy medyków, problemy publicznej ochrony zdrowia wciąż pozostają nierozwiązane! **I JEŚLI BĘDZIE TAKA POTRZEBA, PONOWNIE WYJDZIEMY NA ULICĘ.**

Tylko ciągły dialog, ale i również presja na decydentów może doprowadzić do pozytywnych zmian. Gdyby nie nasze działania, Zespół Trójstronny nie przyjąłby stanowiska w sprawie zmian płac. **ALE NIE TU TKWI SEDNO PROTESTU: DOMAGAMY SIĘ ZMIAN, KTÓRE POLEPSZĄ SYTUACJĘ PACJENTÓW, A NIE TYLKO PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA.**

Cały czas deklarujemy wolę dialogu. Nie stoimy po dwóch stronach barykady, jak wydaje się decydentom. Chcemy współpracować, żeby uniknąć dalszej tragedii, której akt pierwszy właśnie obserwujemy w ochronie zdrowia. Nasze zdrowie jest chore, a przyszpitalne prosekoria zapełniają się zmarłymi. Nieustająco domagamy się od ministra zdrowia zmian, które uwzględnią nasze postulaty i zmienią sytuację na lepszą. Naszym celem jest ratowanie zdrowia i życia Polek i Polaków. Miejmy nadzieję, że ten cel przyświeca także tym, którzy decydują o sytuacji w publicznej ochronie zdrowia, czyli polskiemu rządowi z Premierem i Ministrem Zdrowia na czele.

W imieniu
**Ogólnopolskiego Komitetu Protestacyjno-Strajkowego
Pracowników Ochrony Zdrowia**

Krzysztof Ptak
Przewodnicząca
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych

Artur Drobnik
Wiceprezes
Naczelnej Rady Lekarskiej

Wynagrodzenie medyków po 1 lipca 2021 roku.

Odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania

Pytanie 1: W przypadku jednostek innych niż SPZOZ, które w drodze porozumień zawartych z personelem włączyły dodatek za wysługę lat określony w kolumnie 9, brak jest możliwości prawidłowego rozliczenia przysługujących pracownikom podwyżek, gdyż wynagrodzenie zasadnicze (liczone wraz z wysługą lat włączoną do wynagrodzenia) przewyższa minimalne wynagrodzenie wynikające z ustawy. Czy należy zatem dokonać matematycznego podziału wynagrodzenia zasadniczego na część związaną z dodatkiem stażowym i następnie dokonać porównania z wynagrodzeniem należnym na podstawie ustawy?

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa obowiązek ustalenia wynagrodzeń zasadniczych na poziomie nie niższym niż wynikający z ustawy. W każdym więc przypadku – również gdy wynagrodzenie danego pracownika ma charakter jednoskładnikowy i de facto sprowadza się tylko do wynagrodzenia zasadniczego – pracodawca realizując ustawę dokonać musi sprawdzenia czy faktyczne / należne wynagrodzenie zasadnicze danego pracownika po dniu 1 lipca 2021 r. ustalone jest w wysokości co najmniej najniższego wynagrodzenia zasadniczego wykonującego dla danego pracownika z ustawy. Dokonując takiego sprawdzenia pracodawca nie jest zobowiązany do dokonywania podziału faktycznego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika. W przypadku więc gdy faktyczne wynagrodzenie zasadnicze danego pracownika jest wyższe niż wynikające z ustawy z 8 czerwca 2017 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze pracodawca nie uwzględnia takiego pracownika w informacji o której mowa w par. 2 rozporządzenia z 5 lipca 2021 r.

Pytanie 2: W kolumnie 16 należy podać składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe. Ponieważ tabela odnosi się do miesiąca maja 2021 pojawia się pytanie, czy w przypadku pracowników dla których nie nalicza się części składek wskutek przekroczenia 30-krotności podstawy wymiaru składek należy przeliczyć te składki bez uwzględniania ograniczenia wynikającego z przekroczenia 30-krotności podstawy wymiaru?

W tabeli należy wykazywać faktyczne koszty po stronie pracodawcy, które związane są - w przypadku danego pracownika - z wypłatą jego wynagrodzenia. Oczywiście w przypadku gdy pracodawca nie będzie na dzień sporządzania informacji posiadał wiedzy o uzyskiwanych przez danego pracownika wynagrodzeniach u innych pracodawców informacja przez niego sporządzana będzie mogła uwzględniać wyłącznie dane, które posiada.

Pytanie 3: W kolumnie 17 pojawia się pozycja Składki na ubezpieczenie chorobowe. Ponieważ składki te są pokrywane przez pracownika (wchodzą w skład wynagrodzenia brutto) pojawia się pytanie, czy należy je wykazać w kwocie naliczonej, czy też podać w tej kolumnie wartość zerową?

W związku z tym, że składka chorobowa zostanie już wykazana w kwocie wynagrodzenia brutto danego pracownika w kolumnie 17 (Tabeli 1) i w kolumnie 16 (Tabeli 2) należy wykazać składkę w wartości „0”.

Pytanie 4: W kolumnie 23 pojawia się pozycja Wpłaty na Pracownicze Plany Kapitałowe. Czy w tej kolumnie należy ująć tylko część finansowaną przez zakład pracy, czy też uwzględnić wartość pokrywaną przez pracownika w ramach wynagrodzenia brutto?

Co do zasady należy wykazać całość kosztu wynagrodzenia danego pracownika. Z uwagi na fakt, że część składki na PPK pokrywana przez pracownika zostanie już wykazana jako jego wynagrodzenie brutto, w kolumnie 23 (Tabeli 1) i w kolumnie 22 (Tabeli 2) należy wykazać tylko koszt pokrywany przez pracodawcę.

Pytanie 5: Co należy wpisać w kolumnie „wynagrodzenie zasadnicze” czy np. należy wpisać wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki wraz ze wzrostem wynagrodzenia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej?

W kolumnie wynagrodzenie zasadnicze należy wskazać wysokość faktycznego wynagrodzenia zasadniczego należnego danemu pracownikowi za miesiąc maj 2021 r. Należy przy tym pamiętać, że informacja sporządzana jest jedynie dla pracowników, dla których według stanu na dzień 31 maja 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze było niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2020 r. poz. 830 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104).

Pytanie 6: Czy należy obie tabele wypełnić i wysłać do NFZ czy wyłączenie tabelę nr 2?

Tak, należy wypełnić i przesłać obie tabele za pośrednictwem SZOI/Portalu świadczeniodawcy w formacie CSV zgodnie z regułami określonymi w komunikacie udostępnionym w SZOI/Portalu świadczeniodawcy 12 lipca 2021 r.

Pytanie 7: Jak interpretować zapis „plik dotyczy pojedynczej umowy” tzn. ogólnej umowy z NFZ np. 124/208347? Czy poszczególnych umów na dane zakresy np.: 124/208347/01/2021, 124/208347/02/1/2021 itp.? Jeśli mamy przygotować plik na każdą szczegółową umowę np. 124/208347/02/1/2021 to w takim razie gdzie przypisać personel pracowni RTG, rejestratorki medyczne, administrację czy pracowników działu gospodarczego?

Tak. Plik ma być przygotowany do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ponieważ zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 132) NFZ finansuje świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Personel pracowni RTG i rejestratorki medyczne należy przypisać do umowy/umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przy realizacji, której/których osoby te uczestniczą w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. W stosunku do administracji i pracowników działu gospodarczego należy ich wykazać o ile są to pracownicy działalności podstawowej, inni niż pracownicy wykonujący zawód medyczny zgodnie z definicją w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830, z późn. zm.).

Pytanie 8: Jak rozumieć zapis paragrafu 1 ust. 2 Zarządzenia nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - czy mamy prawo spodziewać się środków finansowych na podwyżki jak wg stanu na 30 czerwca 2021r.?

§ 1 zarządzenia nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021r. dotyczy przekazywania po 30 czerwca 2021 r. dodatkowych środków z tytułu świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne na podstawie OWU tzw. „Zemalowe” w takiej samej wysokości jak w czerwcu 2021 r.

Pytanie 9: Czy Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dotyczy to również pracowników podmiotów leczniczych posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ?

Tak, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. dotyczy również pracowników podmiotów leczniczych posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ.

Pytanie 10: W jaki sposób należy ustalić wynagrodzenie za maj pracowników na zwolnieniu chorobowym lub urlopie.

W celu wyjaśnienia wątpliwości związanych z pojęciem kwoty należnego wynagrodzenia, którym posługują się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1235) informujemy, że użyte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1235) wyrażenie: „(...) kwoty należnego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., wynagrodzenia brutto, pozostających po stronie pracodawcy kosztach składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz kosztach wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe (...)” zastosowane zostało w znaczeniu funkcjonalnym, co oznacza, że nie jest ono w każdym przypadku tożsame z wynagrodzeniem rzeczywiście naliczonym i wypłaconym, ale w przypadku np. osób zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym, które w miesiącu maju 2021 r. przebywały na urlopie, zwolnieniu chorobowym itp. powinno zostać w tabelach wykazane jako wynagrodzenie należne, jakie otrzymałby taki pracownik gdyby w miesiącu maju pracował, ustalone w sposób określony dla wynagrodzenia urlopowego w art. 172 Kodeksu Pracy.

Art. 172 KP [Wynagrodzenie urlopowe] Za czas urlopu pracownikowi przysługuje wynagrodzenie, jakie by otrzymał, gdyby w tym czasie pracował. Zmienne składniki wynagrodzenia mogą być obliczane na podstawie przeciętnego wynagrodzenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc rozpoczęcia urlopu; w przypadkach znacznego wahania wysokości wynagrodzenia okres ten może być przedłużony do 12 miesięcy”.

Pytanie 11: Czy w tabeli 1 stanowiącej załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. w kolumnie 13 należy ująć dodatek wyrównawczy OWU stanowiący dopelnienie wynagrodzenia pielęgniarki do kwoty 1600 brutto brutto oraz dodatek specjalny będący formą rozdysponowania dodatkowych środków otrzymanych przez pracodawcę z NFZ na świadczenia dla pielęgniarek? Wykazanie w/w dodatków w tabeli nr 1 powoduje, iż wartość kolumny 25- "Razem wynagrodzenie, składki i wpłaty", w niektórych przypadkach bywa większa od wartości kolumny 24 z tabeli 2. Zgodnie z wytycznymi NFZ przekazanymi w komunikacie SZOI ws. przekazania informacji o pracownikach objętych ustawą o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego z dnia 13.07.2021 r. wartość kolumny T1-25 nie może być większa niż T2-24 i w takiej formie nie może być przekazana do NFZ.

W przypadku wpisania do kolumny 13 tabeli 1 kwot „dodatku wyrównawczego OWU” w tabeli drugiej kwoty te należy uwzględnić w wartości wskazanej w kol 8 (w przypadku przeznaczenia tych środków na wzrost wynagrodzenia zasadniczego).

Pytanie 12: Czy w tabeli 1 kolumnie 17 i tabeli 2 kolumnie 16 należy wykazać wartość składki na ubezpieczenie chorobowe? Jeżeli tak, to czy w tabeli 1 kolumnie 16 i tabeli 2 kolumnie 15 należy także podać składki na ubezpieczenie emerytalne i rentowe pracownika?

Tak jak wskazano w treści rozporządzenia w tabelach należy przekazać informacje dotyczące: „kwoty należnego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., wynagrodzenia brutto, pozostających po stronie pracodawcy kosztach składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz kosztach wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe”

Z uwagi na fakt, że składki na ubezpieczenie chorobowe opłacane są ze środków pracownika, które są już wykazane jako element składowy wynagrodzenia brutto w kolumnach 8-15 w kolumnie 17 (w tabeli 1) i w kolumnie 16 (w tabeli 2) należy wykazać wartość 0 zł.

Pytanie 13: Czy informacja o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. dotyczy tylko pracowników?

Tak, informacja o której mowa w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. dotyczy tylko pracowników. Zgodnie bowiem z § 2 ust. 1 tego rozporządzenia:

„Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, określa współczynniki korygujące, o których mowa w § 16 ust. 4d załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, uwzględniając wysokość dodatkowych środków wykazanych w informacji przekazanej, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, przez świadczeniodawcę posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, obejmującej dane:

*1) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o **pracownikach** wykonujących zawód medyczny oraz **pracownikach** działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2020 r. poz. 830 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104), zwanej dalej „ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego”, zawierającej ...”.*

Pytanie 14: Czy w wykazie informacji, który został do nas skierowany możemy wykazać pracowników zatrudnionych od 01 czerwca br. (tj. pracowników, co do których jesteśmy zobowiązani do podwyższenia wynagrodzenia od 01 lipca br.)?

Pytanie 15: Czy mamy wykazać diagnostę laboratoryjnego, który był zatrudniony do 30 czerwca br.?

Pytanie 16: Jeżeli mamy bezwzględnie wykazać stan ma 31 maja br., to co z refundacją dla osób, którzy są zatrudnieni od czerwca br. (zatrudniono 2 osoby na stanowisku rejestratorki medycznej) albo zmienia im się wykształcenie na wyższe. Czy otrzymamy na nie dofinansowanie?

Informujemy, że zgodnie z dyspozycją zawartą w par. 2 ust. 1 pkt 1 do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) według stanu na dzień 31 maja 2021 r. o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

Pytanie 17: Czy tworząc zapisy w ustawie o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych zwrócili Państwo uwagę na fakt, że proponowane od lipca br. wynagrodzenia rejestratorek medycznych i pielęgniarek ze średnim wykształceniem i kilkudziesięcioletnim stażem zawodowym będzie takie same (grupa 9 i 10)?

Informujemy, że od czasu zmiany brzmienia załącznika do ustawy dokonanej decyzją ustawodawcy w 2018 r. ten sam współczynnik służący do obliczania wysokości najniższego wynagrodzenia zasadniczego przypisany jest do grupy zawodowej 9 – obejmującej: „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” oraz do grupy 10 - obejmującej: „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” a więc również osoby zatrudnione na stanowiskach pracy niemedyceńskich pracowników działalności podstawowej od których wymaga się średniego wykształcenia.

Pytanie 18: Czy uzyskanie przez pielęgniarkę tytułu specjalisty w dziedzinie nie mającej zastosowania na stanowisku pracy, na którym jest zatrudniona należy zakwalifikować do podwyżki.

Na przykład: Jak zakwalifikować pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty z dziedziny chirurgii pracującą w podstawowej opiece zdrowotnej. W naszej ocenie (ustawa POZ) specjalizacja, która nie ma zastosowania na stanowisku pracy nie ma wpływu na podniesie jakości świadczonych usług.

Należy wskazać, że załącznik do ustawy ustanawiający 11 grup zawodowych i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku. Pracodawca/kierownik podmiotu leczniczego realizując więc postanowienia ustawy w zakresie kwalifikowania danego pracownika do właściwej grupy zawodowej, powinien więc brać pod uwagę wykształcenie, nie tyle posiadane, co wymagane na stanowisku, na którym zatrudniony jest pracownik.

Podkreślenia wymaga, że przepisy ustawy określając jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłączają w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W pierwszym rzędzie dokonując ustalenia wynagrodzenia pracownika pracodawca kierować powinien się ogólna dyrektywa prawa pracy określoną w art. 78 Kp. Ponadto w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - lecz porównywalne - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 18^{3c} Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 18^{3c} § 3 Kodeksu pracy).

Pytanie 19: Kogo obejmują podwyżki wynagrodzenia?

Podwyżki dotyczą pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2020 r. poz. 830 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 1104), zwanej dalej „ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego”.

Natomiast zgodnie z art. 2 ust. 4 ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego „pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny” to 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.

Pytanie 20: Zgodnie z paragrafem 1 ust.1 pkt.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. świadczeniodawca ma podać kwoty wynagrodzenia brutto i koszty składek na ubezpieczenia społeczne (...) pozostających po stronie pracodawcy zgodnie z określonym wzorem, załącznikiem nr 1. W tym właśnie załączniku jest poz. 17 "Składki na ubezpieczenie chorobowe". To ubezpieczenie nie jest kosztem pracodawcy, potrącamy je z wynagrodzenia brutto pracownika, czy należy je obliczyć i uzupełnić tą po-

zycję, czy wpisać zero. Ponadto jakie kwoty należy wpisać w pozycje od 16 do 23, czy mają to być koszty pracodawcy, czy suma kosztów pracownika i pracodawcy.

Patrz odpowiedź na pytanie 12.

Pytanie 21: Czy podwyżki dotyczą również osoby zatrudnione na umowach cywilnoprawnych?

Nie, w informacji wpisujemy tylko osoby zatrudnione w podmiotach leczniczych na podstawie umowy o pracę.

Pytanie 22: Czy w informacji o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. należy uwzględnić rezydentów i stażystów?

Nie, w informacji nie uwzględniamy rezydentów oraz stażystów ponieważ wynagrodzenie tej grupy osób pokrywane jest z budżetu państwa.

Pytanie 23: Jakich pracowników należy wykazać w tabeli, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r.?

W tabeli należy wykazać informację tylko o: "pracownikach (...), których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. (...)". - a więc nie należy wykazywać pracowników, których wynagrodzenie zasadnicze na dzień 31 maja 2021 r. wynosiło np. 4500 zł, a najniższe wynagrodzenie zasadnicze wynikające dla nich z ustawy wynosi 4185,65 zł.

Pytanie 24: Kogo podmiot leczniczy powinien wykazać w tabeli: pracownika zatrudnionego do dnia 31 maja 2021 r. czy pracownika zatrudnionego od dnia 1 czerwca 2021r.?

Zgodnie z dyspozycją zawartą w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) **według stanu na dzień 31 maja 2021 r.** o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

Pytanie 25: Jak uzupełnić tabele w przypadku gdy pracownik uprawniony do podwyżki zatrudniony jest na 0,5 etatu?

Jeżeli pracownik uprawniony do podwyżki zatrudniony jest w podmiocie leczniczym na pół etatu w tabeli, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. należy wpisać wynagrodzenie (pełne i pochodne) w przeliczeniu jak przy pełnym, całym etacie a w kolumnę wymiar etatu 0,5.

Przykład 1.

Osoba zatrudniona na pełny etat ale swój czas dzieli odpowiednio po 50% w ramach dwóch umów.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym jednej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5,

Wysokość wynagrodzenia = 100

W pliku dotyczącym drugiej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 100

Przykład 2.

Osoba zatrudniona na pełny etat ale swój czas dzieli odpowiednio po 50% na pracę w ramach umowy z NFZ a w 50% na pracę nie związaną z umową z NFZ.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 100

Przykład 3.

Osoba zatrudniona na 0,5 etatu i cały swój czas przeznaczą na pracę w ramach umowy z NFZ.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby za pracę na 0,5 etatu wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,5

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

Przykład 4.

Osoba zatrudniona na 0,5 etatu i swój czas dzieli odpowiednio po 50% w ramach dwóch umów.

Jeżeli wysokość wynagrodzenia tej osoby za pracę na 0,5 etatu wynosi np. 100 to:

W pliku dotyczącym jednej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,25 (jako 50% z 0,5 etatu)

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

W pliku dotyczącym drugiej umowy należy podać:

Wymiar etatu = 0,25 (jako 50% z 0,5 etatu)

Wysokość wynagrodzenia = 200 (wartość, jaką otrzymałaby osoba gdyby była zatrudniona na cały etat)

Pytanie 26: Czy NFZ nie będzie już podawał środków podwyżkowych dla pielęgniarek jak przez ostatnie lata tylko teraz będą obowiązywały nowe stawki minimalnego wynagrodzenia zasadniczego dla personelu zatrudnionego na umowę o pracę?

Tak. Odrębne, dedykowane dla poszczególnych osób zatrudnionych u świadczeniodawców strumienie środków finansowych zostały wygaszone po dniu 30 czerwca 2021 r. Jednocześnie kwoty odpowiadające kwotom tzw. dodatku "Zembałowego" od dnia 1 lipca 2021 r. nadal będą wypłacane w oparciu o przyjęty współczynnik korygujący. Pozwoli to zabezpieczyć wszystkich świadczeniodawców, którzy do dnia 30 czerwca 2021 r. otrzymywali znaczne środki finansowe w fundusze niezbędne do utrzymania wysokości dotychczasowych wynagrodzeń osób które uzyskały wzrost wynagrodzenia zasadniczego 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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.).

Zasady ustalania współczynnika korygującego, o którym mowa wyżej określone zostały przez Prezesa NFZ w zarządzeniu Nr 122/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30.06.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych. ust. 1 § 1 tego zarządzenia stanowi, że:

„Określa się współczynniki korygujące dotyczące świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, z przeznaczeniem środków wynikających z ustalenia tych współczynników na średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych.”

Pytanie 27: Czy personel typu: sprzątaczką, informatyk, konserwator, rejestratorka zaliczają się do pracowników działalności podstawowej? Co decyduje o zaliczeniu, bądź nie?

Definicja pojęcia pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny zawarta jest w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który nakazuje uznać za takiego pracownika osobę zatrudnioną w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inną 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.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896) określa w załączniku, że do grupy pracowników działalności podstawowej zalicza się osoby zatrudnione m.in. na stanowisku salowej (lp. 148 i 149), rejestratora medyczna / sekretarka medyczna (lp. 142 i 143). Osoby zatrudnione na stanowisku informatyk zaliczane są natomiast do grupy pracowników określanych jako „Pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni”.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zakresem ustawy objęte są nie tylko osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w ww. rozporządzeniu, ale również pracownicy zatrudnieni na stanowiskach analogicznych (zapis o „stanowisku analogicznym” został wprowadzony do ustawy z uwagi na fakt, że zakresem ustawy objęte są wszystkie podmioty lecznicze zatrudniające pracowników niezależnie od formy w jakiej działają – a więc również podmioty będące przedsiębiorcami, które nie są wprost objęte zakresem przedmiotowego rozporządzenia).

Pytanie 28: Czy rejestratorka z wyższym wykształceniem ma być zaliczona do grupy 6, 10 czy 11?

Kwalifikacja do poszczególnych grup zawodowych odbywać się powinna w oparciu o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. Wprowadzenie do załącznika do ustawy będącego integralną częścią tej regulacji stanowi wyraźnie: „Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku”.

Pytanie 29: Dotychczas przekazywane środki (tzw. “zembalowe”) były dla pracowników na umowę o pracę oraz na umowy cywilnoprawne. Czy NFZ przestanie przekazywać dotychczasowe środki czy tylko dodatkowo będzie przekazywał nowe środki na uzupełnienie różnicy w wynagrodzeniach personelu zatrudnionego na umowę o pracę?

Patrz odpowiedź na pytanie 27.

Pytanie 30: Do NFZ należy przekazać imienne dane pracownika zatrudnionego w maju 2021. Co w sytuacji kiedy ta osoba przestanie pracować albo będzie na zwolnieniu czy też urlopie macierzyńskim/rodzicielskim? NFZ będzie wypłacał i trzeba będzie oddawać? Czy może będzie to pokrywać część kosztów zastępstwa?

Zgodnie z dyspozycją zawartą w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) **według stanu na dzień 31 maja 2021 r.** o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód

medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r.

Jednocześnie w celu wyjaśnienia wątpliwości związanych z pojęciem kwoty należnego wynagrodzenia, którym posługują się przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1235) informujemy, że użyte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 1235) wyrażenie: „(...) kwoty należnego wynagrodzenia zasadniczego danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., wynagrodzenia brutto, pozostających po stronie pracodawcy kosztach składek na ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych, Fundusz Solidarnościowy i Fundusz Emerytur Pomostowych oraz kosztach wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe (...)” zastosowane zostało w znaczeniu funkcjonalnym, co oznacza, że nie jest ono w każdym przypadku tożsame z wynagrodzeniem rzeczywiście naliczonym i wypłaconym, ale w przypadku np. osób zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym, które w miesiącu maju 2021 r. przebywały na urlopie, zwolnieniu chorobowym itp. powinno zostać w tabelach wykazane jako wynagrodzenie należne, jakie otrzymałby taki pracownik gdyby w miesiącu maju pracował, ustalone w sposób określony dla wynagrodzenia urlopowego w art. 172 Kodeksu Pracy.

Art. 172 Kp stanowi: „Za czas urlopu pracownikowi przysługuje wynagrodzenie, jakie by otrzymał, gdyby w tym czasie pracował. Zmienne składniki wynagrodzenia mogą być obliczane na podstawie przeciętnego wynagrodzenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających miesiąc rozpoczęcia urlopu; w przypadkach znacznego wahanía wysokości wynagrodzenia okres ten może być przedłużony do 12 miesięcy.”

Pytanie 31: Pytanie j.w. tylko w sytuacji kiedy już dany pracownik jest na zwolnieniu i wróci np. dopiero w październiku.

Patrz odpowiedź na pytanie 30.

Pytanie 32: Jakie składowe wynagrodzenia (przykładowo) mogą zostać zaliczone do kolumny 13? Nie zalicza się tam “zembalowe” bo nie jest zależne od wynagrodzenia zasadniczego.

W kolumnie 13 tabeli 1 należy wykazywać przede wszystkim kwot wypłacanych na podstawie „rozporządzeń OWU” w formie dodatków do wynagrodzenia.

Pytanie 33: Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 27.11.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych, pielęgniarki nie mogą mieć od 1 lipca niższego wynagrodzenia, niż dotychczas (a więc niższego, niż przy uwzględnieniu "zembalowego").

Wobec tego, pytanie: czy wykazując w tabeli wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarki za maj 2021 wpisywać wysokość wypłaconego wynagrodzenia zasadniczego z "zembalowym", czy bez niego.

Jeśli wpisujemy z "zembalowym", to od NFZ nie otrzymamy środków na sfinansowanie "zembalowego", a w efekcie podwyżki w większości sfinansują sami świadczeniodawcy.

Czy na pewno, w tabeli, powinniśmy więc wpisać wynagrodzenie zasadnicze pielęgniarek bez zembalowego ?”

W tabeli należy wpisywać faktyczne wynagrodzenie zasadnicze danego pracownika za miesiąc maj 2021 r., a więc w przypadku pielęgniarki, której wynagrodzenie zasadnicze zostało podwyższone o kwotę 1200 zł brutto w związku z dotychczasowymi regulacjami określonymi w rozporządzeniach zmieniających „rozporządzenie OWU” w pełnej wysokości obejmującej również kwotę finansowaną w ramach „zembalowego”. Jak wskazano w odpowiedzi na pytanie 1 kwoty odpowiadające kwotom tzw. dodatku "zembalowego" od dnia 1 lipca 2021 r.

nadal będą wypłacane w oparciu o przyjęty współczynnik korygujący zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 122 z dnia 30 czerwca 2021 r.

Pytanie 34: Czy w tabeli składki na ubezpieczenia podajemy łącznie, tj. zapłacone przez pracownika i pracodawcę czy tylko płacone przez pracownika?

Patrz odpowiedź na pytanie 12.

Pytanie 35: W komunikatach wszędzie pisze się o stanie wynagrodzeń na 1 maja, a co w sytuacji kiedy podmiot zatrudnił np. pielęgniarkę po licencjacie 1 czerwca i dostała wynagrodzenie zasadnicze 4000 zł?

Tabele zgodnie z dyspozycją wyrażoną w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021 r. do OW NFZ należy przekazać dane: „(...) **według stanu na dzień 31 maja 2021 r.** o pracownikach wykonujących zawód medyczny oraz pracownikach działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. (...).

Pytanie 36: Czy pielęgniarka z tytułem magistra i specjalisty w dziedzinie pediatrii oraz kursem kwalifikacyjnym z pielęgniarstwa rodzinnego, pracująca w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą na stanowisku pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, która na swoim stanowisku pracy zgodnie z ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej ma wymagane kwalifikacje:

1. tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
2. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
3. szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
4. kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
5. tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa

powinna być zakwalifikowana do grupy 7 czy 9?

Kwalifikacja do poszczególnych grup zawodowych odbywać się powinna w oparciu o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. Wprowadzenie do załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

będącego integralną częścią tej regulacji stanowi wyraźnie: „Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku”.

W przypadku więc gdy na stanowisku pracy zajmowanym przez danego pracownika określono wymagania mieszczące się w zakresie:

- „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” współczynnik pracy wynosi dla niego 1,06
- „Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym licencjat albo magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym licencjat albo magister położnictwa” współczynnik pracy wynosi dla niego 0,81
- „Pielęgniarka albo położna inna niż określona w powyżej wymienionych pkt, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia” – współczynnik pracy wynosi dla niego 0,73.

Pytanie 37: Czy rejestratorka z wykształceniem średnim zatrudniona w podmiocie będącym przedsiębiorcą powinna zostać zakwalifikowana do grupy 10 czy 11?

Definicja pojęcia pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny zawarta jest w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który nakazuje uznać za takiego pracownika osobę zatrudnioną w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inną 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.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896) określa w załączniku, że do grupy pracowników działalności podstawowej zalicza się osoby zatrudnione m.in. na stanowisku rejestratora medyczna / sekretarka medyczna (lp. 142 i 143) przy wymaganiach na stanowisku wykształcenie średnie.

W związku z powyższym w przypadku osoby zatrudnionej na stanowisku rejestratorka medyczna / sekretarka medyczna co do zasady obowiązywać powinien współczynnik pracy wynoszący 0,73 czyli przypisany do grupy 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**”.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zakresem ustawy objęte są nie tylko osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w ww. rozporządzeniu, ale również pracownicy zatrudnieni na stanowiskach analogicznych. Zapis o „stanowisku analogicznym” został wprowadzony do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. z uwagi na fakt, że zakresem ustawy objęte są wszystkie podmioty lecznicze zatrudniające pracowników niezależnie od formy w jakiej działają – a więc również podmioty będące przedsiębiorcami, które nie są wprost objęte zakresem przedmiotowego rozporządzenia.

Pytanie 38: Czy ustawa z dnia 28.05.2021r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw obejmuje prywatne gabinety lekarskie działające w formie indywidualnej praktyki lekarskiej bądź wspólników spółek cywilnych takich indywidualnych praktyk? Jeżeli tak, to czy osoby zatrudnione na stanowiskach: asystent biurowy, recepcjonista, sprzątaczką podlegają pod ww. podwyżki? Czy podwyżki dotyczą umów zleceń?

Zakres podmiotowy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych określony został w jej art. 1 który stanowi, że: 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.

Oznacza to, że przepisy ustawy znajdują zastosowanie do wszystkich podmiotów leczniczych w tym również tych które działają w formie spółek. Nie obejmują one natomiast praktyk lekarskich niebędących podmiotami leczniczymi.

Odnosząc się do drugiej części pytań informuję, że definicja pojęcia pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny zawarta jest w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2021 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, który nakazuje uznać za takiego pracownika osobę zatrudnioną w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inną 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.

Rozporządzenie wydane na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U. Nr 151, poz. 896) określa w załączniku, że do grupy pracowników działalności podstawowej zalicza się osoby zatrudnione m.in. na stanowisku salowej (lp. 148 i 149), rejestratora medyczna / sekretarka medyczna (lp. 142 i 143). Należy jednocześnie wskazać, że osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w tabeli „Pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni” oraz tabeli „Pracownicy gospodarczy” nie są objęci zakresem ustawy jako niezaliczani do grupy pracowników działalności podstawowej.

Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z dyspozycją art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. zakresem ustawy objęte są nie tylko osoby zatrudnione na stanowiskach ujętych w ww. rozporządzeniu, ale również pracownicy zatrudnieni na stanowiskach analogicznych (zapis o „stanowisku analogicznym” został wprowadzony do ustawy z uwagi na fakt, że zakresem ustawy objęte są wszystkie podmioty lecznicze zatrudniające pracowników niezależnie od formy w jakiej działają – a więc również podmioty będące przedsiębiorcami, które nie są wprost objęte zakresem przedmiotowego rozporządzenia).

Pytanie 39: Pracownik podwyższa kwalifikacje, kończy studia licencjackie. Cały czas jest zatrudniony na tym samym stanowisku. Czy w takim przypadku, zgodnie z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U z 2021r. poz.1104), pracodawca zmienia grupę dla tego pracownika i oblicza wynagrodzenie z zastosowaniem wyższego współczynnika pracy?

Wszystko zależy od regulacji wewnątrzzakładowych obowiązujących w danym podmiocie leczniczym. Część podmiotów leczniczych ma w regulaminach wewnętrznych przepisy określające, że w przypadku nabycia dodatkowych kwalifikacji automatycznie pracownik nabywa prawo do wyższego współczynnika pracy. Zasadą określoną na gruncie ustawy jest jednak kwalifikowanie pracowników do grup w oparciu o wymagania określone na zajmowanym przez danego pracownika stanowisku pracy. Jeżeli więc nie zaszła zmiana wymagań to wówczas nie ma obowiązku podwyższania współczynnika pracy.

Pytanie 40: Czy w tabeli, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 5 lipca 2021r. należy uwzględnić składki leżące po stronie pracownika?

Patrz odpowiedź na pytanie 12.

<https://www.nfz.gov.pl/dla-swiaadczeniodawcy/wynagrodzenie-medykow-najczesciej-zadawane-pytania/>

Informacja w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych

Główny Inspektor Sanitarny
HŚ.NS.541.217.2021.JŁ

Warszawa, dnia 13 sierpnia 2021r.

Pani
Mariola Łodzińska
Wiceprezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

mając na uwadze wystąpienie znak: NIPIP-NRPIP-DM.025.41.2021.MK w sprawie zaleceń dotyczących realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych u pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia odpadów medycznych, proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Informuję, iż w przedmiotowej sprawie Główny Inspektorat Sanitarny uzyskał stanowisko Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, z którego wynika, że w celu prawidłowego zabezpieczenia procedury w zakresie postępowania z odpadami medycznymi wytwarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym u pacjenta z COVID-19, pielęgniarki POZ powinny mieć udostępniony środek transportu – samochód.

W związku w powyższym o opinię w przedmiotowej sprawie poproszono także Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy.

Po wypracowaniu ostatecznego stanowiska zostanie Państwu przekazana odpowiedź na wspomniane wystąpienie.

Z poważaniem
Główny Inspektor Sanitarny
wz. Krzysztof Saczka
Zastępca Głównego Inspektora Sanitarnego

Polskie Towarzystwo
Pielęgniarek Epidemiologicznych

Łódź, 0.06.2021r.
Główny Inspektor Sanitarny
ul. Targowa 65
03-729 Warszawa

Szanowny Panie,

W imieniu Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych przesyłam odpowiedź na pismo HŚ.NS.541.2017.2021.JŁ w sprawie realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń zdrowotnych w pacjenta z COVID-19, w zakresie przewożenia komunikacją publiczną odpadów medycznych.

Po wnikliwym rozpoznaniu przedmiotowej sprawy na podstawie zgromadzonych informacji w tym Wytycznych Ministra Klimatu i Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie postępowania z odpadami wytwarzanymi w czasie występowania zakażeń korona wirusem SARS-CoV-2 i zachorowań na wywołaną przez niego chorobę COVID-19 (w czasie trwania pandemii/epidemii) jak najbardziej zasadnym jest postępowanie

z odpadami opisane w cytowanym dokumencie i powinno stanowić podstawę do opracowania przez podmiot Podstawowej Opieki Zdrowotnej stosownej procedury.

Proponujemy przykładowe zapisy do procedury:

Cel procedury: Bezpieczne postępowania z odpadami medycznymi wywarzanymi podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta.

Sposób postępowania:

1. Przed udaniem się na wizytę domową u pacjenta należy:
 - zabezpieczyć się w środki ochrony indywidualnej maskę, fartuch jednorazowy, rękawice, środek dezynfekcyjny do skóry rąk,
 - zabrać ze sobą worki foliowe w kolorze czerwonym (odpowiedniej wielkości) jeśli jest konieczność również sztywny pojemnik na ostry sprzęt,
 - dodatkowo pojemnik z wkładem chłodzącym – w przypadku wysokiej temperatury powietrza.
2. Odpady medyczne powstałe w środowisku pacjenta traktować z ostrożnością jako potencjalnie niebezpieczne i zbierać bezpośrednio do worka foliowego lub pojemnika.
3. Po zakończeniu wykonywania świadczenia w worku umieścić również zużyte środki ochrony indywidualnej.
4. Worek zawiązać i umieścić w drugim worku lub w przenośnym pojemniku z wkładem chłodzącym.*
5. zdezynfekować dłonie.

* w celu prawidłowego zabezpieczenia procedury, pielęgniarki realizujące świadczenie zdrowotne u pacjenta COVID-19 w środowisku domowym powinny mieć udostępniony środek transportu – samochód.

W przeanalizowanych dokumentach prawnych, wytycznych, zaleceniach różnych instytucji nie znaleziono bezpośredniego odniesienia dotyczącego transportu odpadów medycznych generowanych przy wykrywaniu świadczeń zdrowotnych w środowisku domowym pacjenta.

Źródła:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2017r. w sprawie szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi.
2. Ustawa z dnia 05 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.
3. Wytyczne KE dotyczące postępowania z odpadami COVID-19 z dnia 22 kwietnia 2020r.
4. Sposoby zagospodarowania niebezpiecznych odpadów medycznych i weterynaryjnych w Polsce oraz innych krajach Unii Europejskiej Opinie i ekspertyzy OE-334. Biuro analiz, dokumentacji i korespondencji. Kancelaria Senatu – maj 2021r.
5. <http://osha.europa.eu/en/highlights/covid-19-guidance-workplace>

Z poważaniem
Prezes
Polskiego Stowarzyszenia
Pielęgniarek Epidemiologicznych
dr n. o zdrowiu Maria Cianciara



INFORMACJE

Aktualności Centrali NFZ

Dodatki covidowe dla medyków: nowe zasady rozliczania

Od 1 listopada 2021 roku personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dla placówek medycznych, które leczą pacjentów z COVID-19, oznacza to czytelniejsze reguły przyznawania dodatku covidowego.

Od 1 listopada 2021 roku tzw. dodatek covidowy przysługuje personelowi medycznemu za każdą godzinę pracy z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Koniec z incydentalnością

To zmiana oczekiwana przez placówki medyczne leczące pacjentów z COVID-19. Kierownicy tych placówek mieli często trudności z doбором kryteriów, po spełnieniu których personel medyczny kwalifikował się do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Wątpliwości budziła tzw. incydentalność w udzielaniu pomocy pacjentom hospitalizowanym ze względu na podejrzenie i zakażenie koronawirusem.

Wprowadzenie godzinowego rozliczania czasu pracy przy pacjencie covidowym znacznie ułatwia placówkom medycznym wskazanie osób, które powinny otrzymać dodatek oraz indywidualne określenie jego wysokości. Nowe zasady są jednolite w skali kraju i obowiązują na oddziałach placówek medycznych, które zapewniają łóżka dla osób z COVID-19 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego).

Nie będą więc możliwe sytuacje, jak jeszcze na wiosnę tego roku, gdy do dodatków covidowych w pełnej wysokości za cały miesiąc pracy zgłaszani byli pracownicy, którzy przy pacjentach covidowych przepracowali kilka godzin w ciągu 30 dni.

Konkretny termin na korekty informacji o dodatkach

Znowelizowane polecenie Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ w sprawie wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego w związku z COVID-19 **doprecyzowuje ramy czasowe na wprowadzanie korekt do informacji o liczbie personelu, który kwalifikuje się do otrzymania dodatku i wysokości środków niezbędnych do wypłaty dodatku.**

Zgodnie z nowymi przepisami korekty informacji (za okres do 30 września 2021) o wysokości środków niezbędnych do wypłaty dodatkowego wynagrodzenia, łącznie z kosztami pracodawcy [\[1\]](#), kierownicy placówek medycznych muszą przekazać do NFZ, do 15 listopada 2021.

W przypadku korekt informacji w kolejnych okresach, kierownicy placówek medycznych będą musieli przedstawić w ciągu dwóch miesięcy, licząc od końca miesiąca, którego dotyczy informacja. Do 10 listopada placówki medyczne mają czas na przesłanie do NFZ informacji za październik 2021. Ewentualne korekty tej informacji placówki, według nowych reguł, będą mogły złożyć maksymalnie do 31 grudnia 2021 roku.

Wprowadzenie jasnych ram czasowych zapobiegnie przedłużaniu czasu na poprawki dokumentów, w efekcie personel medyczny, który zostanie zakwalifikowany do otrzymania dodatku po korekcie, szybciej otrzyma wypłatę.

Kto otrzymuje dodatkowe wynagrodzenie i w jakiej wysokości?

Dodatek covidowy wynosi 100% wynagrodzenia, które wynika z umowy o pracę lub z umowy cywilnoprawnej, należnego za każdą godzinę pracy osoby, która (kryteria poniżej muszą być spełnione łącznie):

- a. wykonuje zawód medyczny
- b. uczestniczy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i ma bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
- c. pracuje na oddziałach, w których placówka medyczna zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zaka-

zeniem SARS-CoV-2 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego).

Maksymalna miesięczna kwota dodatku nie może przekroczyć 15 tys. zł.

Środki na dodatkowe wynagrodzenie pochodzą z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Trzy dni na wypłatę dodatku covidowego

Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za przekazanie placówkom medycznym środków na sfinansowanie dodatkowego wynagrodzenia. Fundusz wypłaca placówkom należne środki w terminie 3 dni, pod warunkiem, że przesłane dokumenty są prawidłowe i nie wymagają korekty lub uzupełnienia. **Czas potrzebny na wypłatę dodatkowego wynagrodzenia zależy w największym stopniu od jakości i kompletności danych otrzymanych przez NFZ z placówek medycznych.**

Ponad 8 miliardów złotych na dodatkowe wynagrodzenie

Do tej pory Narodowy Fundusz Zdrowia wypłacił już **ponad 8,2 miliarda złotych na dodatki covidowe dla personelu medycznego i niemedycznego**, w tym:

- a. 8,06 miliarda złotych dla personelu medycznego
- b. 219 milionów złotych (dodatki jednorazowe) dla pozostałego personelu.

[1] Składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych, koszty wpłat na Pracownicze Plany Kapitałowe.

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/dodatki-covidowe-dla-medykow-nowe-zasady-rozliczania,8084.html>



Ministerstwo Zdrowia realizuje projekt „**Dostępność Plus dla zdrowia**”, którego celem jest wspieranie działań na rzecz zwiększania dostępności dla pacjentów ze szczególnymi potrzebami. Pod koniec bieżącego kwartału planujemy ogłoszenie kolejnego naboru wniosków, dzięki któremu wybrane w konkursie placówki POZ i szpitale będą mogły uzyskać granty na ten cel.

Program Dostępność Plus to pierwsze i kompleksowe ujęcie tematyki dostępności w Polsce. Jego celem jest zapewnienie swobodnego dostępu do dóbr, usług oraz możliwości udziału w życiu społecznym i publicznym osób o szczególnych potrzebach. Koncentrujemy się na dostosowaniu przestrzeni publicznej, architektury, transportu i produktów do wymagań wszystkich obywateli.

Wartość inwestycji przyczyniających się do realizacji Programu wyniesie około 23 miliardów złotych w latach 2018-2025. Źródłami finansowania są fundusze europejskie oraz publiczne środki krajowe (budżet państwa, środki jednostek samorządu terytorialnego, środki PFRON).

Przepisy, które nakładają na placówki medyczne nowe obowiązki w zakresie zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, weszły w życie 6 września br.

Wśród najważniejszych zmian dla podmiotów publicznych jest konieczność uwzględniania dostępności w zawieranych umowach i zamówieniach dotyczących zadań publicznych. Minimalny zakres określa art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami.

Osoby z niepełnosprawnościami będą miały także większą możliwość egzekwowania swoich praw.

Nowe przepisy umożliwiają osobom ze szczególnymi potrzebami lub ich ustawowym przedstawicielom wystąpienie z wnioskiem o zapewnienie dostępności architektonicznej lub informacyjno-komunikacyjnej do danego podmiotu. Brak lub niewłaściwa reakcja umożliwi złożenie skargi do PFRON. Pozytywne jej rozpatrzenie może skutkować nakazem zapewnienia dostępności, a niewywiązanie się z tego nałożeniem kary pieniężnej.

Wprowadzone zmiany zapewniają także prawo do otrzymania informacji o rodzaju i zakresie świadczeń udzielanych przez placówkę, prawie pacjenta oraz swoim stanie zdrowia w zrozumiały dla odbiorcy sposób.

I tak np. osoba głucha ma prawo uzyskać takie informacje w polskim języku migowym (PJM). Pomocne może być np. przeszkolenie kadry placówki

ze znajomości PJM lub wykorzystanie dedykowanych aplikacji mobilnych.

Więcej informacji o konkursie i działaniach związanych z dostępnością można znaleźć na stronie internetowej www.zdrowie.gov.pl.

O projekcie „Dostępność Plus dla zdrowia” można przeczytać: <https://zdrowie.gov.pl/dostepnosc>.

Komunikat w sprawie przechowywania dokumentacji medycznej

Mając na uwadze sygnały docierające do Ministerstwa Zdrowia dotyczące wątpliwości w zakresie interpretacji przepisów prawa regulujących przechowywanie dokumentacji medycznej, poniżej przekazujemy komunikat w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.), podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych przechowuje dokumentację medyczną przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu, z wyjątkiem:

- dokumentacji medycznej w przypadku zgonu pacjenta na skutek uszkodzenia ciała lub zatrucia, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nastąpił zgon;
- dokumentacji medycznej zawierającej dane niezbędne do monitorowania losów krwi i jej składników, która jest przechowywana przez okres 30 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
- zdjęć rentgenowskich przechowywanych poza dokumentacją medyczną pacjenta, które są przechowywane przez okres 10 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wykonano zdjęcie;
 - skierowań na badania lub zleceń lekarza, które są przechowywane przez okres:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem skierowania lub zlecenia lekarza,
 - b) 2 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym wystawiono skierowanie - w przypadku gdy świadczenie zdrowotne nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie, chyba że pacjent odebrał skierowanie;

- dokumentacji medycznej dotyczącej dzieci do ukończenia 2. roku życia, która jest przechowywana przez okres 22 lat.

W przypadku dokumentacji medycznej, w której wpisy dokonywane są cyklicznie w związku z kontynuacją leczenia 20 letni okres przechowywania liczy się od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

Zgodnie z brzmieniem art. 29 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, po upływie ustawowych okresów przechowywania dokumentacji medycznej, podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych niszczy dokumentację medyczną w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta, którego dotyczyła. Zatem, należy przyjąć, iż po upływie ww. okresów podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych zobowiązany jest do zniszczenia dokumentacji medycznej, chyba że zostanie ona zakwalifikowana jako materiał archiwalny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164, z późn. zm.), albowiem z tym momentem zanika podstawa do przetwarzania danych osobowych pacjenta przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez pacjenta.

Jednocześnie warto podkreślić, iż eliminacja z obiegu dokumentacji medycznej w postaci papierowej może nastąpić, **w każdej chwili, bez konieczności upływu ustawowych okresów przechowywania dokumentacji medycznej**, na podstawie przepisu zawartego w art. 13b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.), zgodnie z którym usługodawca może dokonać „digitalizacji dokumentacji medycznej” tj. zmiany postaci dokumentacji

medycznej prowadzonej i przechowywanej w postaci papierowej na postać elektroniczną.

Digitalizacja dokumentacji medycznej następuje przez sporządzenie jej odwzorowania cyfrowego i opatrzenie go kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę upoważnioną przez usługodawcę do potwierdzenia zgodności odwzorowania cyfrowego z dokumentem w postaci papierowej. Dokument powstały w wyniku digitalizacji dokumentacji medycznej jest równoważny oryginałowi tego dokumentu. Usługodawca informuje usługobiorcę, którego dokumentacja została zdigitalizowana, o:

- 1) digitalizacji dokumentacji medycznej;
- 2) możliwości odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej we wskazanym terminie, nie krótszym niż 1 rok od dnia przekazania informacji, o której mowa w pkt 1.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-przechowywania-dokumentacji-medycznej>



Od 22 listopada br. Ministerstwo Zdrowia wprowadza dodatkowe zabezpieczenie przy logowaniu do aplikacji gabinet.gov.pl. Logowanie przez profil zaufany będzie wymagało podania kodu z SMSa, a przez bankowość elektroniczną potwierdzenia operacji logowania w aplikacji.

– *W ten sposób zwiększamy bezpieczeństwo i zapobiegamy nieautoryzowanym logowaniom, w przypadku gdyby osoba niepowołana przejęła login i hasło pracownika medycznego* – podkreśla wiceminister zdrowia Anna Goławska.

Dwuetapowe logowanie oznacza, że od dnia 22.11. br. do zalogowania nie wystarczy już tylko znajomość loginu i hasła, lecz także konieczne będzie wprowadzenie kodu wysłanego SMS-em na numer telefonu użytkownika lub potwierdzenie w aplikacji bankowej, w zależności od wybranej metody logowania.

Duża grupa użytkowników aplikacji świadomych zagrożeń w obszarze cyberbezpieczeństwa, samodzielnie wymusiła podawanie kodu z SMS przy logowaniu, zmieniając ustawienia własnego konta

Prawo odbioru dokumentacji medycznej w postaci papierowej przysługuje usługobiorcy, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie upoważnionej przez usługobiorcę, a po śmierci usługobiorcy także osobie bliskiej na zasadach określonych w art. 26 ust. 2-2b ww. ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku nieodebrania dokumentacji medycznej w postaci papierowej, mimo wypełnienia obowiązku informacyjnego, usługodawca może ją zniszczyć w sposób uniemożliwiający identyfikację usługobiorcy.

W razie pojawiających się nowych pytań lub wątpliwości, dotyczących postępowania z dokumentacją medyczną, ogłoszony komunikat zostanie uzupełniony o pojawiającą się pytania i przygotowane odpowiedzi.

w profilu zaufanym. Zapowiadane zmiany nie będą niosły nowych obowiązków.

Do 22.11.2021 br. użytkownicy mogą zalogować się do aplikacji gabinet.gov. na dotychczasowych zasadach. Do tego czasu użytkownicy mogą też samodzielnie ustawić dwustopniowe uwierzytelnianie podczas logowania się, a od dnia 22.11. br. będzie ono obowiązkowe dla wszystkich korzystających z aplikacji gabinet.gov. To m.in. pokłosie spraw związanych z wystawianiem Unijnych Certyfikatów COVID (UCC) osobom, które nie zostały zaszczepione. Część medyków, z których kont wystawione zostały certyfikaty twierdziła, że dane do logowania zostały im wykradzione.

[Gabinet.gov.pl](https://gabinet.gov.pl) to bezpłatna aplikacja, umożliwiająca wystawianie m.in. e-recept i e-skierowań oraz Unijnych Certyfikatów COVID. Logowanie do niej możliwe jest przy użyciu profilu zaufanego lub e-dowodu.

WARTO WIEDZIEĆ

MPiP 11/2021

Czy magister pielęgniarstwa ma kwalifikacje do udzielania świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej?

Tę kwestię regulują przepisy ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r., poz.172 ze zm.), które określają kwalifikacje pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Art. 7 ust. 1 cytowanej ustawy wskazuje, iż pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej to pielęgniarka, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo
- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo
- posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa
 - z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej albo która wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, wybrana przez świadczeniobiorcę zgodnie z art. 9 ww. ustawy.

Ponadto, pielęgniarką podstawowej opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 7 ust. 2 ww. ustawy, jest także pielęgniarka, która:

- posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wy-

chowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo

- ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekle chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo
- odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej
 - udzielająca świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przed dniem 31 grudnia 2024 r.

Wobec powyższego posiadanie tytułu magistra pielęgniarstwa uprawnia do udzielania świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca, który zawarł umowę z NFZ o udzielanie ww. świadczeń oraz zgłosił ww. pielęgniarkę POZ do NFZ jako wykonującą świadczenia POZ, ma prawo zbierać deklaracje dotyczące wyboru ww. pielęgniarki.

Komunikat w sprawie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych uprawniających do ordynacji leków i wypisywania recept

Od 1 stycznia 2016 r. pielęgniarki i położne nabyły nowe uprawnienia. Uprawnienia te zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 576, z późn. zm.).

W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z art. 15a ust. 1 ww. ustawy pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz ukończyły kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” - część I nabywają prawo do ordynacji leków zawierających określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, a także ordynacji określonych wyrobów medycznych w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty.

Należy wskazać, że wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wykaz wyrobów medycznych, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawić skierowania pielęgniarki i położne.

W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, zgodnie z art. 15a ust. 2 ww. ustawy pielęgniarki i położne, które posiadają dyplom ukończenia studiów co najmniej pierw-

szego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo lub posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, nabywają prawo do wystawienia recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” – część II, a także nabywają prawo do wystawienia zlecenia na wyroby medyczne.

Należy wskazać, że zgodnie z art. 15 ust. 1 ww. ustawy pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.

Warunki przystąpienia pielęgniarki lub położnej do kursu specjalistycznego w zakresie Ordynowania leków i wypisywania recept część I i II nie muszą być spełnione łącznie. To oznacza, że pielęgniarka lub położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nie musi posiadać dyplomu ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (pierwszego i drugiego stopnia).

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

1. posiadają prawo wykonywania zawodu;
2. zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego „Ordynowanie leków i wypisywanie recept”, część I i/lub część II, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwach lub w szkołach położnych nabyły wiedzę objętą takim kursem (art. 15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej). Standardy kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo wprowadzające szczegółowe efekty kształcenia z zakresu ordynowania leków, środków spożyw-

czych specjalnego przeznaczenia żywnościowego i wyrobów medycznych oraz wystawiania na nie recept albo zleceń w ramach samodzielności zawodowej lub realizacji zleceń lekarskich, obowiązują od roku akademickiego 2016/2017 - w przypadku studiów pierwszego stopnia i od roku 2017/2018 – w przypadku studiów drugiego stopnia.

Pielęgniarki i położne, które ukończyły kształcenie zawodowe w tzw. „starym systemie kształcenia” (liceum medyczne, medyczne studium zawodowe), mogą:

1. w ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych:
 1. ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe,
 2. ordynować środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego, w tym wystawiać na nie recepty,
 3. ordynować określone wyroby medycznych w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty, jeśli posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz ukończyły kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” - część I.

2. w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji:

1. wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe,
2. wystawiać recepty na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywnościowego,
3. wystawiać recepty na wyroby medyczne niezbędne do kontynuacji leczenia, jeśli posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz ukończyły kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” – część II,
4. wystawiać zlecenia na wyroby medyczne, jeśli posiadają tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Wykaz organizatorów, którzy realizują lub planują realizację kursu specjalistycznego „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” – część I i/lub część II jest dostępny dla każdej pielęgniarki, położnej po założeniu konta w [Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych](#).

Funkcjonalności ww. Systemu w zakresie planów kształcenia pozwala na pozyskanie szczegółowych informacji nt.: każdej edycji danego rodzaju kształcenia, terminów i miejsca jego realizacji jak i danych organizatora kształcenia.

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-kwalifikacji-zawodowych-pielegniarek-i-poloznych-uprawnijacych-do-ordynacji-lekow-i-wypisywania-recept>





PUCKIE
HOSPICJUM
PW. ŚW.
OJCA PIO



bliskochorego.pl

Puck, 07.07.2021r.

Specjalistyczny portal stworzony w trosce o opiekunów domowych – znajdą tam pomoc, wiedzę i wsparcie

Każdy z nas może znaleźć się w sytuacji, w której stanie przed decyzją o opiece nad chorym bliskim. To mogą być rodzice, którzy jej potrzebują ze względu na podeszły wiek, to czasem rodzeństwo, które toczy walkę z nowotworem albo partner w sile wieku, który nagle doznał udaru lub uległ wypadkowi. Nigdy nie wiemy, kiedy staniemy się opiekunem osoby chorej w domu. Szacuje się, że domowi opiekunowie stanowią 2 milionową grupę osób w Polsce. Bardzo często w sytuacji opiekuna stają z dnia na dzień, kiedy bliskiego trzeba zabrać ze szpitala. Co wtedy? Jak sobie poradzić, nie mając wiedzy i doświadczenia. Gdzie mają szukać pomocy i rzetelnych informacji? Specjaliści opieki nad chorym wyszli tym trudnościom naprzeciw i stworzyli portal - kompleksowe kompendium wiedzy dla opiekunów domowych.

Według danych zawartych w „Raportie o dobrym umieraniu”¹ aż 62% respondentów deklaruje, że końcówkę swojego życia chciałoby spędzić w domu. My sami, jako ich bliscy nawet podświadomie to wiemy i dlatego często bierzemy na siebie tę odpowiedzialność, zazwyczaj bez odpowiedniego przygotowania. Dlatego z myślą o opiekunach domowych specjaliści opieki paliatywnej stworzyli w sieci miejsce, gdzie znajdą ekspercką wiedzę oraz wsparcie. Portal bliskochorego.pl to niezbędnik dla każdego, kto kiedykolwiek zetknął się z koniecznością opieki nad osobą przewlekle chorą w domu i potrzebuje praktycznych rozwiązań opracowanych przez specjalistów praktyków: lekarza, pielęgniarki, opiekunkę medyczną, rehabilitantkę, dietetyka i psychologa.



¹„Raport o dobrym umieraniu” 2019r. – przygotowany przez Puckie Hospicjum pw. św. Ojca Pio


Wrzuceni na głęboką wodę i pozostawieni sami sobie

„Niewystarczająca liczba dostępnych profesjonalnych opiekunów medycznych sprawia, że 80% wszystkich osób troszczących się o osoby chore w domach to opiekunowie rodzinni lub domowi. Bliscy chorych nie wiedzą, gdzie zwrócić się o pomoc, jakie są dostępne usługi czy formy opieki, jak postępować w wielu sytuacjach. Domowi opiekunowie żyją w permanentnym stresie. Obok zagubienia, braku wiedzy i umiejętności opiekuńczych, spadają na nich dodatkowe obciążenia związane z zakupem leków i sprzętu do opieki nad chorymi. Cierpią na brak czasu, często muszą zrezygnować lub ograniczyć pracę zawodową, będącą źródłem utrzymania” – mówi Maria Wiczorek, współtwórczyni i jedna z redaktorek portalu bliskochorego.pl. „Właśnie dlatego w trosce o osoby przewlekle chore przebywające w domach oraz ich bliskich stworzyliśmy pomocnik online - miejsce specjalistycznego wsparcia dla opiekunów domowych. Zależy nam na edukacji w opiece nad chorym, ze szczególnym naciskiem na ważną rolę bliskich przy chorym, ich uważności na potrzeby chorego z zachowaniem poszanowania dla jego autonomii, niezależnie od stanu w jakim się znajduje” – dodaje.


Rzetelna wiedza w internecie

Bliscy chorych, nieposiadający niezbędnej wiedzy i kwalifikacji, najczęściej poszukują pomocy na własną rękę, wszelkimi dostępnymi sposobami. Bardzo często robią to jednak chaotycznie, nie potrafiąc właściwie ocenić i zweryfikować wiarygodności oraz przydatności dostępnych w internecie zasobów. Powoduje to jedynie stres i frustrację. Serwis bliskochorego.pl jest ogólnodostępny dla każdej osoby korzystającej z internetu. Nie ma zamkniętych treści, do skorzystania z niego nie jest wymagane logowanie ani zakładanie własnego konta. Każdy obszar pomocy i wsparcia został opracowany przez specjalistów w formie prostych, praktycznych instrukcji z opisem działania krok po kroku (bez medycznej terminologii): jak należy postępować, czego unikać, jak łatwiej poradzić sobie w danej sytuacji, jakie rozwiązania są bezpiecznym standardem w opiece?

bliskochorego.pl




Pomoc od specjalistów opieki domowej:
lekarza, pielęgniarek,
dietetyka,
fizjoterapeuty,
opiekuna medycznego,
psychologa




Opieka

Jak przygotować się do opieki nad chorym? Jak prawidłowo i bezpiecznie pielęgnować chorego w domu?



Formalności

Jak przejść przez formalności, aby uzyskać pomoc i wsparcie w opiece?




Emocje

Jak radzić sobie z emocjami w czasie opieki nad chorym?
Jak rozmawiać i wspierać chorego?

Materiały w serwisie są tworzone przez zespół specjalistów opieki paliatywnej Puckiego Hospicjum.

Wesprzyj naszą pracę na rzecz osób w chorobie i ich bliskich.
Przeznacz nam 1% podatku. KRS 0000231110



**PUCKIE
HOSPICIUM
PW. SW.
OJCA PIO**

Bliskochorego.pl – co i dla kogo?

Serwis skierowany jest do opiekunów, dla których opieka nad osobą chorą to nowa sytuacja, ale także dla tych, którzy chcą poszerzać swoje umiejętności. Również lekarze i inni specjaliści kierujący chorego pod opiekę domową mogą polecać nowy pomocnik online jako uzupełnienie do zaleceń dla chorego.

Zawartość serwisu została podzielona na trzy obszary najistotniejsze z punktu widzenia opieki nad chorym:

- opieka - nad chorym leżącym, przygotowanie domu, pielęgnacja i mycie chorego, profilaktyka, żywienie i diety, fizjoterapia chorego, postępowanie przy dolegliwościach chorego;
- emocje - porady psychologa w zakresie komunikacji z chorym oraz wsparcia dla opiekuna na różnych etapach choroby bliskiego;
- formalności - wsparcie w przejściu przez formalności niezbędne do uzyskania pomocy w opiece, zebrane informacje dotyczące obowiązujących przepisów i dokumentów.

Marzeniem zespołu specjalistów, który współtworzył portal oraz na co dzień wspiera chorych i ich bliskich jest, aby bliskochorego.pl, ze względu na przystępną formę oraz rzetelną wiedzę, stało się pierwszym wyborem w poszukiwaniu pomocy w opiece domowej.

„Położnictwo” nowy kierunek studiów w PSW w Białej Podlaskiej

Dr n. o zdr. Justyna Paszkiewicz

Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) największy przedział wiekowy wśród położnych to przedział pomiędzy 51 – 60 lat a średni wiek położnej w województwie lubelskim to 49,8. Liczba osób wchodzących do zawodu położnej czy pielęgniarki wg NIPiP jest zdecydowanie niższa od liczby osób nabywających prawa emerytalne. Nie są to optymistyczne dane dla zawodu nie tylko położnej, ale również dla zawodu pielęgniarki. NIPiP rekomenduje zwiększenie liczby absolwentów wśród tych zawodów z 5,6 tys. do 10 tys. Rocznie.

Problemy kadrowe wśród położnych dotyczą również Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej. Dlatego też, władze uczelni wsłuchując się w problemy otoczenia społeczno – gospodarczego i wychodząc naprzeciw tym potrzebom w czerwcu 2020 roku podjęły decyzję o rozpoczęciu procedury utworzenia kierunku położnictwo w PSW w Białej Podlaskiej.

Aby uzyskać pozwolenie na prowadzenie studiów na kierunku położnictwo oprócz pozytywnej opinii Państwowej Komisji Akredytacyjnej (PKA) działającej przy Ministerstwie Edukacji i Nauki należało również uzyskać akredytację Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) działającej przy Ministerstwie Zdrowia, która to rada określa konkretne warunki jej uzyskania m.in. wyposażenia pracowni położniczych, odpowiednia kadra planowana do prowadzenia zajęć. Jak się okazało Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej spełniła wszystkie warunki stawiane przez PKA i KRASzPiP i po wielomiesięcznych staraniach w listopadzie uzyskała pozwolenie Ministra Edukacji i Nauki na utworzenie kierunku położnictwo.

Kształcenie na tym kierunku rozpocznie się w marcu 2022 (rekrutacja trwa od 1 grudnia 2021 do 18 lutego 2022) i będzie się odbywać między innymi w nowo wybudowanym Centrum Symulacji Położniczych (CSP) co zdecydowanie wpłynie na wysoką jakość kształcenia. Kształcenie przyszłych kadr przeprowadzone na zaawansowanych symulatorach porodowych symulujących trudne sytuacje kliniczne poprawiają umiejętności manualne. Zwiększa to szansę na prawidłowe postępowanie w sytuacji rzeczywistego wystąpienia danego problemu klinicznego. Kształcenie będzie się odbywać pod okiem wy-

szkolonej kadry instruktorów symulacji medycznej, położnych aktywnie pracujących w zawodzie posiadających aktualną wiedzę zarówno teoretyczną jak i praktyczną.

Centrum Symulacji Położniczych stanowią:

Sala Porodowa Wysokiej Wierności ze sterownią, która została wyposażona w zaawansowany symulator kobiety rodzącej, pozwalający na przeprowadzenie symulacji porodu prawidłowego oraz powikłanego. Umożliwia on ćwiczenie zabiegów położniczych między innymi w dystocji barkowej, porodzie miednicowym oraz krwotoku położniczym. Oprogramowanie stwarza możliwości przeprowadzenia scenariuszy klinicznych zarówno porodu fizjologicznego, porodu powikłanego jak też w sytuacji zagrożenia życia matki np. rzucawki, nagłego zatrzymania krążenia. Nowoczesny symulator noworodka umożliwia przeprowadzenie scenariuszy postępowania z noworodkiem po porodzie fizjologicznym oraz postępowania resuscytacyjnego.

Ponadto w Centrum Symulacji Położniczych znajdują się:

- Sale podstaw opieki położniczej wyposażone w trenażery i fantomy
- Izba przyjęć położniczo- ginekologiczna oraz sala oddziału położniczego – odzwierciedlające warunki szpitalne
- Sala Szkoły Rodzenia
- Gabinet położnej środowiskowo- rodzinnej

Kształcenie na kierunku położnictwo odbywa się zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego co dodatkowo wpływa na wysoką jakość kształcenia przyszłych kadr.

Wszystko to, jak również duża ilość godzin kształcenia praktycznego realizowanego w podmiotach opieki zdrowotnej i prowadzonego pod okiem doświadczonych nauczycieli akademickich (praktyków) wpłynie na wyszkolenie przyszłych położnych w zakresie opieki nad kobietą w różnych okresach jej życia.

Uczelnia otwiera studia położnicze. Szpital przyjmie od razu cały rocznik

Uczelnia z Białej Podlaskiej we współpracy ze szpitalem ruszyła z naborem na studia położnicze. Pierwsze zajęcia odbędą się już w marcu 2022 roku. Dyrekcja placówki zapewnia, że za trzy lata cały rocznik zostanie przyjęty do pracy.

Bialska uczelnia ruszyła z naborem na położnictwo. To nowy kierunek studiów stacjonarnych przygotowany we współpracy ze szpitalem. – Za trzy lata jesteśmy gotowi przyjąć cały rocznik – deklaruje dyrektor Adam Chodziński.

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II dostała już zielone światło z Ministerstwa Edukacji i Nauki.– Zajęcia rozpoczną się w marcu. Pierwsze osoby już się zapisały. Optymalnie, jesteśmy w stanie przyjąć 60 studentów – mówi rektor prof. Jerzy Nitychoruk.

Pomysł kierunku pojawił się kilka lat temu, gdy bialski szpital zasygnalizował władzom uczelni, że będzie miał problemy z kadrą pielęgniarską. – Pracuje u nas 700 pielęgniarek, z czego ok. 65 to położne. 7 z nich ma już prawa emerytalne, a do 2025 roku kolejne 35 takie prawa nabędzie – precyzuje Chodziński. – Dlatego już dzisiaj mogę zapewnić, że za trzy lata będziemy w stanie przyjąć cały rocznik – deklaruje dyrektor i przypomina, że szpital jest największym pracodawcą w rejonie zatrudniającym obecnie 1,5 tys. osób.

Położne pracują zarówno na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym, jak i Neonatologicznym. – Studenci oczywiście będą mogli liczyć na zajęcia praktyczne pod okiem doświadczonej kadry ze szpitala – uzupełnia rektor.

Sale dydaktyczne tego kierunku znajdą się m.in. w nowym budynku akademika. – Już przy projektowaniu obiektu wzięliśmy pod uwagę to, aby na parterze znalazły się pomieszczenia dla studentów położnictwa – zaznacza prof. Nitychoruk.

Obecnie, uczelnia doposaża jeszcze sale „w najnowocześniejszy sprzęt”. Przypomnijmy, że PSW oferuje również inne okołomedyczne kierunki, m.in. pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, dietetykę czy fizjoterapię. – W tym roku przyjęliśmy ponad 1300 osób na pierwsze roczniki studiów. Pielęgniarstwo jest jednym z najpopularniejszych wyborów. Na pierwszym roku kształci się 100 studentów – wylicza Nitychoruk.

Dlatego liczy, że również położnictwo spotka się z takim odbiorem. – Na kierunkach okołomedycznych prowadzimy tylko studia stacjonarne, bo studenci muszą odbyć 4 tys. 600 godzin zajęć – tłumaczy rektor.

W marcu zmieni się też nazwa uczelni. – Staniemy się Akademią Bialską Nauk Stosowanych – cieszy się Nitychoruk. Takie możliwości daje znowelizowana niedawno ustawa o szkolnictwie wyższym.– To jest nobilitujące, ale zasłużyliśmy na to. Bo jesteśmy dobrą uczelnią, wypracowaliśmy swoją markę. Istniejemy ponad 20 lat. Poza tym spełniliśmy kryteria – zaznacza rektor.

Obecnie, kształci się tu 2100 studentów na 18 kierunkach, w tym ponad 350 obcokrajowców, głównie z Białorusi i Ukrainy.

<https://www.dziennikwschodni.pl/biala-podlaska/biala-podlaska-nabor-na-poloznictwo-szpital-chce-zatrudnic-caly-rocznik,n,1000299913.html>



Gratulacje

„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.

Jan Paweł II

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku z okazji uzyskania tytułu specjalisty Pani



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Agnieszka Borowska

Katarzyna Gmur

Renata Hurko

Agnieszka Kamińska



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek

Wiesława Bandzerewicz

Dorota Demczuk

Iwona Derkacz

Maja Gęborys

Edyta Gryglas

Anna Hinc – Bachanek

Anna Jańczuk

Beata Jarocka

Bernarda Jurkowska

Katarzyna Kieczka - Radzikowska

Marzena Kołodziejaska

Bożena Korniluk

Elżbieta Korniluk

Agnieszka Korol

Alicja Kotowska

Jolanta Kozak

Anna Mańko

Bernadetta Marczuk

Aldona Mazurek

Bożena Mincewicz

Aneta Oniśk

Dorota Peszuk

Agnieszka Rogala

Anna Sacewicz

Joanna Soćko

Katarzyna Zawadzka

Małgorzata Zdanowska

Henryka Zielonka



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Natalia Kozłowska



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego

Dorota Płanda



Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego

Monika Aftaruk - Maziejuk

**życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu,
powodzenia w realizacji zamierzonych celów,
pomyślności w życiu osobistym i zawodowym**

Elżbieta Celmer vel Domańska
Przewodnicząca

XXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego dr n med. Anna Ławnik



W dniach 27-29 maja 2021 odbył się XXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Należy pamiętać, że w roku 2021 przypada wyjątkowo okrągła, bo setna rocznica odkrycia insuliny, której dokonali Frederick Grant Banting i Charles Herbert Best. Sylwetki tych dwóch wybitnych wynalazców towarzyszyły podczas Zjazdu wszystkim uczestnikom.

Zarząd PTD mając na uwadze sytuację epidemiologiczną związaną z zakażeniami Covid-19 oraz w trosce o bezpieczeństwo uczestników, podjął decyzję, iż XXII Zjazd odbędzie się w formule *on-line*. Stacjonarnie w Sali EXPO XXI w Warszawie spotkali się jedynie prelegenci mający swoje wystąpienia na żywo. Sesje trwały jednocześnie w trzech aulach.

W programie Zjazdu znalazła się pierwszego dnia sesja plenarna inauguracyjna oraz sesje firm związanych z diabetologią. Dzień drugi rozpoczęła sesja plakatowa następnie, sesja nt. zaleceń PTD 2021, sesja sekcji położniczej, sesja przypadków klinicznych, sekcja prac oryginalnych, sekcja kontrowersja w diabetologii. Na zakończenie drugiego dnia Zjazdu zaplanowano sesję pielęgniarską i edukacji w cukrzycy, której przewodniczyły prof. dr hab. Agnieszka Szadkowska, dr n. o zdr. Beata Stepanow oraz mgr Alicja Szewczyk.

Miałam niesamowitą przyjemność wystąpić wraz z Panią Beatą Stepanow Prezes Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej. Podczas naszego wystąpienia omawiałyśmy, bardzo istotny choć mało popularny, problem nietrzymania moczu u osób z cukrzycą. Ponadto w sesji pielęgniarskiej znalazł się temat omawiający edukację diabetologiczną podczas pandemii koronawirusa Sars-CoV-2- doświadczenia z infolinii DIABETOFONU. Omówione zostały również praktyczne zalecenia w pielęgniarskiej i położniczej opiece diabetologicznej.

Po zakończeniu wszystkich sesji odbyło się Walne Zgromadzenie Członków Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego a po nim uroczysta kolacja. Ostatni dzień Zjazdu również rozpoczął się sesja plakatowa następnie można było wysłuchać sesji laureatów nagród PTD 2021, sesji powikłań stopy cukrzycowej, sesji szkoły pompowej PTD, sesji sekcji diabetologiczno-kardiologicznej, diabetonefrologicznej, pediatricznej, sesji badań podstawowych i genetyki, sesji diagnostyki laboratoryjnej w cukrzycy oraz sesji perspektyw w diabetologii.

Jak Państwo sami widzicie program był bardzo bogaty i ciekawy, każda osoba interesująca się diabetologią mogła znaleźć coś dla siebie.

Za rok XXIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego zaplanowano w Gdańsku. Mamy nadzieję, że wszyscy będziemy mogli skorzystać w tradycyjny, stacjonarny sposób a nie tylko spotkać się na ekranie komputerów.



OPINIE KONSULTANTÓW

Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021 dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta /w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Iniekcje dożylnie mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ratowania życia.

Stosowanie leków dożylnie / domięśniowo w tym antybiotyków wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami.

Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca. Wyjątek stanowi:

- jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dojścia dożylnego,
- chemioprophylaktyka choroby meningokokowej, która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemioprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały

bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się 1 dawkę ceftriaksonu domięśniowo (u dzieci poniżej 15 roku życia 125 mg. Dla dzieci dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1).

- W uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku wówczas należy zlecić antybiotyk doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną zapalenia oskrzeli (a to rozpoznanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową) są zakażenia wirusowe, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową.

Jeżeli stan dziecka jest średni / ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną/ domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka.

Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii. Nieprzestrzeganie przez lekarza zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje – odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagro-

żenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej. Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej.

Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 419, z p.zm.)

Zalecenia organizacyjne dotyczące szczotkowania zębów u dzieci w przedszkolach w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2

Data wydania: 22 października 2021 r.

Opracowanie i konsultacja:

Dr hab. n. med. Iwona Paradowska- Stankiewicz – Konsultant Krajowy w dziedzinie epidemiologii

Dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego

Prof. dr hab. med. Dorota Olczak- Kowalczyk – Konsultant Krajowy w dziedzinie stomatologii dziecięcej

A. Szczotkowanie zębów po posiłkach przez dzieci w przedszkolach może być realizowane w okresie epidemii koronawirusa SARS-CoV-2, pod warunkiem stałego nadzoru wychowawcy/opiekuna grupy oraz przygotowania organizacyjnego placówki, zmniejszającego ryzyko transmisji zakażenia:

1. Szczotkowanie zębów powinno odbywać się w łazience przeznaczony dla danej grupy przedszkolnej.
2. Przed rozpoczęciem szczotkowania zębów dzieci oraz wychowawca/opiekun grupy powinni umyć ręce wodą z mydłem, a następnie osuszyć je papierowym ręcznikiem.
3. W czasie szczotkowania zębów może przebywać w łazience taka liczba dzieci, aby każde z nich miało dostęp do odrębnej umywalki.
4. Dzieci powinny używać do szczotkowania zębów: • osobistych, oznakowanych zestawów wielorazowych, czyli szczoteczek i kubeczków (które po użyciu powinny być pojedynczo wypłukane i odstawione do wysuszenia w taki sposób, aby nie stykały się ze sobą) oraz osobistej pasty do zębów z fluorem dostosowanej do wieku dzieci, lub • szczoteczek i kubków jednorazowych, które po użyciu należy niezwłocznie wyrzucić do pojemnika na odpady komunalne, znajdującego się w łazience. W tym wariantcie można stosować wspólną pastę do zębów z fluorem dostosowaną do wieku dzieci.
5. W czasie szczotkowania zębów przez dzieci, wychowawca/opiekun grupy powinien zaaplikować każdemu dziecku na szczoteczkę niewielką ilość pasty z fluorem dostosowanej do wieku, poinstruować o prawidłowych zasadach szczotkowania zębów oraz nadzorować cały proces. Wychowawca/opiekun grupy powinien zastosować maskę chirurgiczną, a po zakończeniu szczotkowania umyć/zdezynfekować ręce.

6. Osoba sprzątająca, zabezpieczona w środki ochrony osobistej: fartuch flizelinowy, rękawice, maskę chirurgiczną, po każdej zakończonej sesji szczotkowania zębów, pomiędzy poszczególnymi grupami dzieci, powinna przeprowadzić sprzątnięcie i dezynfekcję łazienki:

- dezynfekcję umywalk roztworem wirusobójczym,
- wywietrzenie łazienki,
- umycie podłogi.

B. Dodatkowo, w sytuacji braku możliwości zastosowania w/w zaleceń dotyczących szczotkowania zębów przez dzieci w przedszkolach w okresie epidemii, rekomenduje się, aby w ramach programu wychowania przedszkolnego dzieci, z wielokrotności zajęcia dotyczące zasad higieny jamy ustnej, szczotkowania zębów itp. zarówno wśród dzieci jak i podczas zebrań z rodzicami.

C. Rekomenduje się podawanie dzieciom do posiłków i pomiędzy posiłkami wody mineralnej zamiast słodkich soków, napojów czy herbatek.



DZIAŁ PRAWNY

Warszawa, dnia 23 grudnia 2021 r.

Poz. 2398

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia 22 grudnia 2021 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii

Na podstawie art. 46 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2021 r. poz. 2069 i 2120) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491, 522, 531 i 565) po rozdziale 6 dodaje się rozdział 6a w brzmieniu:

„Rozdział 6a

Obowiązek przeprowadzenia szczepień ochronnych

§12a. 1. Obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają:

1) osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, 1773 i 2120) w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;

2) osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym;

3) studenci kształcący się na kierunkach przygotowujących do wykonywania zawodu medycznego, o którym mowa w art. 68 ust. 1 pkt 1–8 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2021 r. poz. 478, 619, 1630, 2141 i 2232).

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane poddać się szczepieniu ochronnemu, którego efektem będzie otrzymanie unijnego cyfrowego zaświadczenia w rozumieniu art. 2 pkt 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/953 z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie ram wydawania, weryfikowania i uznawania interoperacyjnych zaświadczeń o szczepieniu, o wyniku testu i o powrocie do zdrowia w związku z COVID-19 (unijne cyfrowe zaświadczenie COVID) w celu ułatwienia swobodnego przemieszczania się w czasie pandemii COVID-19 (Dz. Urz. UE L 211 z 15.06.2021, str. 1), w terminie nie późniejszym niż do dnia 1 marca 2022 r.

3. Obowiązek, o którym mowa w ust. 1, ma zastosowanie także do osób, u których do dnia 1 marca 2022 r. upłynie więcej niż 6 miesięcy od uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

§ 12b. Obowiązek, o którym mowa w § 12a ust. 1, stosuje się do osób, które nie mają przeciwwskazań do szczepienia w zakresie stanu ich zdrowia.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Zdrowia: A. Niedzielski

Opinia prawna w sprawie: czy położna może objąć samodzielnie opieką rodzącą z cesarskim cięciem w wywiadzie, jeśli pacjentka wybiera poród w warunkach domowych i prosi położną o opiekę.

Podstawa prawna

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje *rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej* (Dz. U. z 2018, poz. 1756).

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm., tj. z dnia 9 listopada 2018 r. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zgodnie z którym Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca w uzasadnieniu do obowiązującego rozporządzenia nowy Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej wskazał, że:

- uwzględnia ono wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz
- doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Jednocześnie, zgodnie z uzasadnieniem projektu rozporządzenia „Projekt zwraca szczególną uwagę na właściwe wykorzystanie wiedzy i kompetencji położnych.

W związku z powyższym zaproponowane przepisy powinny pozwolić położnym na większą samodzielność w sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem.”

Sprawowanie opieki przez położną

Położna została wskazana w pkt I ust. 4 pkt 7 a) jako jedna z osób „sprawujących opiekę”, która jest odpowiedzialna za wykonywanie świadczeń określonych w Standardzie Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej.

Zadania osoby sprawującej opiekę – położnej

Do zadań osoby sprawującej opiekę należy szereg czynności wskazanych w pkt I ust. 8 Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w tym m.in. **ocena stanu zdrowia ciężarnej, a także ocena występowania czynników ryzyka** (pkt III ust. 5).

W przypadku stwierdzenia przez położną, że występują czynniki ryzyka, których katalog otwarty jest zawarty w pkt III ust. 1–4, ciężarna powinna **pozostawać pod opieką lekarza położnika** o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym odpowiednią opiekę.

Jednym z czynników ryzyka, który położna powinna zidentyfikować na podstawie pkt III ust. 1 pkt 8 Standardu jest:

stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wyniciowaniu macicy.

Cięcie cesarskie (*lac. sectio caesarea*) to niewątpliwie operacja położnicza polegająca na rozcięciu powłok brzusznych oraz macicy.

Zatem STAN PO cięciu cesarskim może stanowić ryzyko powikłań okołoporodowych.

Stan ten zobowiązana jest zidentyfikować osoba sprawująca opiekę.

Położna na mocy pkt III ust. 7 po zidentyfikowaniu u ciężarnej takiego stanu po cięciu cesarskim, który rodzi ryzyko powikłań okołoporodowych **zobowiązana jest omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym tak, aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.**

Ostateczna decyzja należy do ciężarnej

Powyższe rozwiązanie ustawodawcy oznacza, że to oczywiście ciężarna podejmuje ostateczną decyzję co do miejsca porodu i może wybrać warunki po-

za szpitalne nawet jeśli wystąpią czynniki ryzyka. Nie ma ustawowego zakazu porodu w warunkach poza szpitalnych dla ciężarnej. Ale jest powinność pozostawiania ciężarnej pod opieką lekarza położnika gdy stwierdzone zostaną czynniki ryzyka.

Decyzja ciężarnej musi być podjęta na podstawie rzetelnych informacji przekazanych przez położną, która jest odpowiedzialna za stosowanie Standardu.

Odpowiedzialność położnej

Sam fakt cięcia cesarskiego nie wyklucza możliwości kolejnego porodu w warunkach domowych, o ile stan po cięciu cesarskim na to pozwala.

Jednak, odpowiedzialność położnej jest daleko idąca i obejmuje zarówno odpowiedzialność zawodową, karną, jak i odszkodowawczą, która skutkować może egzekucją z majątku prywatnego (gdy nie wystarczy kwota z ubezpieczenia) odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty na rzecz poszkodowanego.

Dlatego też, w sytuacji, gdy wg oceny położnej istnieje ryzyko związane z rodzeniem przez ciężarną

po cesarskim cięciu w warunkach domowych – **powinna rozważyć odmowę samodzielnej opieki.**

Sytuację każdej pacjentki należy rozpatrywać indywidualnie pamiętając o tym, że zgodnie z pkt I ust. 12 Standardu położna, która wykonuje świadczenia w warunkach poza szpitalnych **jest zobowiązana do zapewnienia ciągłości opieki** w czasie porodu oraz połogu. Jeżeli położna ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

Monika Drab, radca prawny
15 lipca 2021 r.

<https://nipip.pl/opinia-prawna-w-sprawie-czy-polozna-moze-objac-samodzielnie-opieka-rodzaca-z-cesarskim-cieciem-w-wywiadzie-jesli-pacjentka-wybiera-porod-w-warunkach-domowych-i-prosi-polozna-o-opieke/>



**BEZPŁATNA POMOC
PSYCHOLOGA DLA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

Codziennosc w jakie przyszlo nam zyc
Cię przytłacza?
Lęk i stres towarzyszy Ci zarówno
w pracy, jaki i w domu?
Nie radzisz sobie z własnymi emocjami?

**CHCESZ O TYM
POROZMAWIAĆ? NAPISZ
PSYCHOLOG@NIPIP.PL**

Podaj swoje imię i numer telefonu. Doświadczony psycholog Dorota Uliasz,
skontaktuje się z Tobą. Razem ustalicie termin rozmowy i czas trwania terapii.

POMAGAMY - partnerem Naczelnej
Izby Pielęgniarek
i Położnych jest INTER Polska



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Nierówne traktowanie pielęgniarek i położnych w zakresie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego za pracę.

Stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (tekst jedn. Dz. U. 2020, poz. 820, dalej jako „Ustawa”) podmioty lecznicze zostały zobowiązane dokonać do dnia 1 lipca 2021 r. podwyższenia wynagrodzeń m.in. pielęgniarek i położnych. Jednocześnie zatrudnienie w podmiocie nowych pielęgniarek i położnych odbywa się już z uwzględnieniem zapisów Ustawy.

2. Wysokość podwyżek została uzależniona od wartości współczynnika pracy dla poszczególnych grup pielęgniarek i położnych.

Najniższy współczynnik (0,73 versus 0,81 i 1,06) Ustawa nadała pielęgniarkom i położnym, które nie posiadają tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - wykształcenie średnie.

Do tej grupy zaliczają się jednak pielęgniarki i położne, które posiadają najdłuższy staż pracy, są filarem pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, często uczą, wdrażają, pomagają innym pielęgniarkom i położnym.

Był to pierwotny system kształcenia tych grup zawodowych. Obecnie w systemie opieki zdrowotnej mamy pielęgniarki i położne, które były kształcone w różnych systemach - mogą mieć wykształcenie: średnie, licencjat, magisterskie ale wszystkie jednak posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu.

5. Załącznik do Ustawy ustanawiający grupy zawodowe i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku oraz, że kierownik podmiotu leczniczego powinien brać pod uwagę nie tyle posiadane wykształcenie, co wymagane na stanowisku na którym zatrudniony jest pracownik.

6. Oznacza to, że w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie

same obowiązki, lecz posiadają różne - lecz porównywalne - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 18 3c Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości.

7. Zatem:

- Jeśli w podmiocie leczniczym są pielęgniarki/położne z średnim wykształceniem i z licencjatem, to jeśli realizują te same zakresy obowiązków, to powinny otrzymywać jednakowe wynagrodzenie, gdyż nie liczy się to jakie mają wykształcenie a to, jakie jest wymagane na stanowisku pielęgniarki, położnej. Niewątpliwie wszystkie spełniają wymagania do pracy na stanowisku pielęgniarki/położnej. Nie jest jednak uprawnione takie „wyrównywanie” wynagrodzeń, które uwzględnia najniższy wskaźnik zarówno dla pielęgniarki/położnej z średnim wykształceniem, jak i z licencjatem, bo wtedy pielęgniarki/położne z licencjatem zostałyby zakwalifikowane do grupy o współczynniku 0,73 czyli niezgodnie z przepisami Ustawy.

- Jeśli podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada wykształcenie średnie a zatrudnia już pielęgniarki/położne z licencjatem dla których stosuje współczynnik 0,81 i będą one realizować te same zakresy obowiązków, to pielęgniarka/położna z wykształceniem średnim nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z współczynnikiem 0,73 z uwagi na jej staż pracy,

wiek i doświadczenie.

Nie ma wątpliwości, że pracodawca może korzystniej uregulować stosunek pracy pracownika. Szczególnie powinien to uczynić w sytuacji, gdy stosując wprost przepisy kontrowersyjnej Ustawy może narazić się na odpowiedzialność za nierówne traktowanie i dyskryminację.

- Jeśli natomiast podmiot leczniczy chce zatrudnić pielęgniarkę/położną która posiada licencjat, to nie powinien stosować najniższego współczynnika 0,73 gdyż byłoby to niezgodne z Ustawą. Należy mieć bowiem na uwadze, że licencjat uznawany jest

za studia wyższe - zgodnie z systemem wykształcenia wyższego i stopni naukowych w Europie który został zharmonizowany na podstawie tzw. procesu bolońskiego. Zatem osoba z licencjatem nie powinna zostać zakwalifikowana do grupy z wykształceniem średnim.

8. W sytuacji, gdy podmiot leczniczy zatrudni pielęgniarkę/położną z licencjatem i ustali wynagrodzenie w oparciu o współczynnik 0.81 a jednocześnie zatrudnione będą pielęgniarki/położne posiadające wykształcenie średnie, które wykonywać będą te same obowiązki, ale będą miały np. dłuższy staż pracy, doświadczenie i otrzymywać będą wynagrodzenie niższe bo ustalone w oparciu o najniższy współczynnik 0,73 to niewątpliwie:

- pielęgniarka/położna ze średnim wykształceniem jeśli wykonuje ten sam zakres obowiązków co pielęgniarka/położna z licencjatem i otrzymuje niższe wynagrodzenie, to powinna wystąpić do kierownika podmiotu leczniczego o zwiększenie wynagrodzenia;

- nadto, taka sytuacja rodzić może odpowiedzialność podmiotu leczniczego za nierówne traktowanie w wynagrodzeniu.

9. Oczywiście, stany faktyczne mogą być różne i każdy przypadek należy badać i analizować odrębnie. W zależności od konkretnej sytuacji i okoliczności sprawy możliwe staną się procesy związane: z dyskryminacją

lub/i

- z nierównym traktowaniem.

10. Wyjaśnić należy, że trzeba odróżnić dyskryminację od nierównego traktowania. Różne są podstawy prawne tych roszczeń. Nie wchodząc w szczególności, nie ma wątpliwości w judykaturze, że nawet brak dyskryminacji nie uprawnia do różnicowania wynagrodzenia, gdy występuje sytuacja jednakowej pracy lub pracy o jednakowej wartości (183c Kodeksu pracy), co niewątpliwie ma miejsce w przypadku wykonywania prac przez pielęgniarki, położne. I już samo nierówne traktowanie - czyli bez dyskryminacji - może być podstawą roszczenia o wyrównanie wynagrodzenia i ustalenia wynagrodzenia na przyszłość (tak: wyroki Sądu Najwyższego z 18 września 2014 r., III PK 136/13; z 26 stycznia

2016 r., II PK 303/14; z 22 marca 2016 r., II PK 29/15; z 20 lipca 2017 r., I PK 216/16; z 13 września 2018 r., II PK 135/17).

11. W konkretnej sytuacji dodatkowo może wystąpić kryterium dyskryminujące. Przykładowo takimi kryteriami mogą być płeć, wiek, niepełnosprawność, rasa, religia, narodowość, przekonania polityczne, przynależność związkowa, pochodzenie etniczne, wyznanie, orientacja seksualna. Wtedy, taka sytuacja może świadczyć nie tylko o nierównym traktowaniu, a możliwe, że również o dyskryminacji - w przypadku wystąpienia przyczyny dyskryminującej np. wieku - gdy pielęgniarka, położna starsza wiekiem zarabia mniej niż młodsza pielęgniarka, położna choć wykonują te same obowiązki.

12. Generalnie w art. 18 3b Kodeksu pracy zawarty jest jednoznaczny katalog naruszeń zasady równego traktowania. Za naruszenie zasady równego traktowania w uważa się m.in. niekorzystne ukształtowanie wynagrodzenia za pracę, chyba że pracodawca udowodni, że kierował się obiektywnymi powodami.

13. Jednak przy tak skonstruowanych przepisach Ustawy, w kontekście fundamentalnych zasad Kodeksu pracy niemożliwe wydaje się sformułowanie przez pracodawców owych „obiektywnych” powodów, które by uzasadniały różne wynagrodzenia pielęgniarek, położnych jeśli wykonują te same obowiązki i posiadają równoprawne prawo wykonywania zawodu.

14. Reasumując, z całą mocą należy podkreślić, że wykonując przepisy kontrowersyjnej Ustawy pracodawcy mają obowiązek respektować podstawowe zasady prawa pracy

tj.:

- równe prawo pracowników z tytułu jednakowego wypełniania takich samych obowiązków (art. 112 Kodeksu pracy), a także
- prawo do godziwego wynagrodzenia za pracę (art. 13 Kodeksu pracy).

15. Ustawa natomiast nie może burzyć ustalonego porządku prawnego.

Monika Drab, radca prawny

Opinia w sprawie wymaganych kwalifikacji dla pielęgniarek i położnych przeprowadzających zalecane szczepienia ochronne

Opinia w sprawie wymaganych kwalifikacji dla pielęgniarek i położnych przeprowadzających zalecane szczepienia ochronne

Zasady przeprowadzenia szczepień ochronnych, w tym wymagane kwalifikacje osób je przeprowadzających określają przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. *o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1845 ze zm.) wraz z przepisami wykonawczymi.

Stosownie do postanowień art. 17 ust. 6 ww. ustawy obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadające kwalifikacje określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 ustawy.

W aktualnym stanie prawnym kwalifikacje te określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych* (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 753 ze zm.).

Zgodnie z § 6 ww. rozporządzenia lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne jeżeli:

- odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie

przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej,

lub

- posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Powyższe wymogi stosuje się również w odniesieniu do osób przeprowadzających szczepienia zalecane. Stosownie bowiem do postanowień art. 19 ust. 6 ustawy, do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych stosuje się m.in. postanowienia art. 17 ust. 6 ustawy dotyczące kwalifikacji osób je przeprowadzających.

W związku z powyższym należy wskazać, że do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych uprawnione są wyłącznie te pielęgniarki i położne, które:

- odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych,

lub

- posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

(-) Bartłomiej Achler
Adwokat



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"

Dereń jadalny



Dereń jadalny to roślina, którą często można spotkać na dzikich terenach – polach, łąkach, w lasach. Choć obecnie zapomniany, powoli wraca do łask. Doceniano go już wieki temu, ponieważ właściwości lecznicze, jakie posiada, mogą być wykorzystywane na różne sposoby. Jest to krzew lub niewielkie drzewo o cienkim pniu. Dereń jadalny ma niewielkie białe kwiaty, kwitnące na przełomie lutego i marca. Owoce, jakie daje dereń jadalny, są czerwone, niewielkie, o podłużnym kształcie i twardej skórce. Mają cierpki smak, który można porównać do żurawiny lub kwaśnej wiśni. Owoce zbiera się od lipca do października – można je mrozić, a w okresie zachorowania przyrządzić z nich świeży sok lub konfiturę.

Dereń jadalny – właściwości

Dereń jadalny to roślina, której dobroczynne działanie było doceniane już dawno temu, a jego czerwone owoce wykorzystywane na różne sposoby. Owoce derenia są niewielkie, podłużne i czerwone. Zawierają mnóstwo pierwiastków mineralnych, w tym żelazo, potas, wapń, fosfor, cynk, miedź i mangan. Nie brakuje w nich też innych substancji potrzebnych organizmowi: to np. beta-karoten, flawonoidy i kwasy organiczne, a przede wszystkim, witamina C.

Dereń jadalny wykazuje liczne właściwości lecznicze i prozdrowotne:

- pomaga niwelować objawy niedokrwistości;
- działa przeciwzapalnie i ściągająco;
- wykazuje właściwości zapierające;
- wzmacnia odporność organizmu;
- działa moczopędnie.

Dzięki temu sprawdza się on jako środek wspomagający terapię zaburzeń składu krwi oraz wspierający zwalczanie infekcji oraz dolegliwości ze strony układu pokarmowego i moczowego.

Dereń jadalny może wspomóc walkę z anemią. To doskonałe źródło żelaza, które stanowi główny składnik hemoglobiny zawartej w erytrocytach. To ona odpowiedzialna jest za przenoszenie tlenu we krwi. Jeśli w organizmie brakuje żelaza, grozi mu niedotlenienie i nieprawidłowe działanie większości organów, co prowadzi do poważnych konsekwencji. Wówczas pojawia się anemia, zwana niedokrwistością – jej ob-

jawy to błądność skóry, osłabienie, łamliwość włosów, bezsenność i bóle głowy. Owoce derenia jadalnego nie tylko pozwalają zmniejszyć dotkliwość tych objawów, ale też dzięki dostarczeniu żelaza do organizmu, wpływają na poprawę sytuacji krwinek czerwonych, a w efekcie – mogą one znów wiązać odpowiednią ilość tlenu.

Dereń to także doskonałe wsparcie organizmu w przeziębieniu czy stanach gorączkowych. Owoce zawierają duże ilości witaminy C, dlatego preparaty z jego zawartością to doskonała opcja na wzmocnienie odporności w okresie najwyższej zachorowalności, np. jesienią i zimą.

W medycynie niekonwencjonalnej dereń jest także wykorzystywany do zwalczania dolegliwości żołądkowych. Ze względu na zawartość kwasów organicznych, fitoncydów i innych aktywnych związków, wykazuje właściwości przeciwzapalne i ściągające, niwelując towarzyszące im objawy. Z kolei znajdujące się w roślinie garbniki działają zapierająco, co sprawia, że dereń jadalny sprawdza się również przy biegunkach i problemach z przemianą materii, regulując pracę układu trawiennego.

Dereń jadalny może również wspomagać leczenie chorób nerek i infekcji układu moczowego. Roślina ta wykazuje właściwości moczopędne, zwiększając wydalanie wody i sodu wraz z moczem.

Najcenniejszą częścią derenia jadalnego są owoce. Po przemrożeniu można je jeść na surowo, a ponadto wykorzystać do przyrządzania soków, likierów, nalewek, sosów czy przetworów, w tym dżemów, konfitur i syropów. Forma spożywania derenia zależy też od tego, czemu ma ono służyć. Na przykład przy problemach z układem trawiennym, najlepiej sprawdza się sok lub wywar z derenia. Na przeziębienie natomiast poleca się tak zwaną dereniówkę, czyli nalewkę z owoców lub kwiatów derenia. Nalewka z derenia słynie ze swego niezwykłego smaku i aromatu, nie ustępując nawet tej przygotowanej z rokitnika.

Konfitura z derenia

- 1 kg dojrzałych owoców derenia,
- 2 kg cukru.

Owoce należy obrać, opłukać i wydrylować. Cukier wsypujemy do ½ litra wody i gotujemy, następnie dodajemy owoce i odstawiamy na 24 godziny. Potem gotujemy całość na dużym ogniu, a gdy syrop zacznie wrzeć, zmniejszamy ogień i smażymy, aż owoce staną się przezroczyste. Jeszcze gorącą konfiturę przekładamy do słoików.

Jak przygotować herbatę z derenia? Czubatą łyżeczkę suszonych owoców wsypujemy do szklanki, zalewamy wrzątkiem, przykrywamy i odstawiamy na 15 minut. Herbatę z derenia można pić bez ograniczeń, co zwykle nie dotyczy innych napojów ziołowych.

Sok z derenia jadalnego

- 3 litry wody
- 1 kg owoców derenia
- 0,5 kg cukru

Owoce derenia dokładnie płuczemy, po czym przesypujemy do garnka i zalewamy 3 litrami wrzącej wody. Całość odstawiamy na dobę.

Po upływie 24 godzin odlewamy sok do oddzielnego naczynia i zagotowujemy. Wrzącym sokiem ponownie zalewamy owoce i tym razem całość odstawiamy na dwie doby. Trzeciego dnia całą procedurę powtarzamy.

Po upływie 5 dni od rozpoczęcia procesu sok dokładnie odcedzamy i gotujemy przez 9 minut. Do soku dodajemy cukier i całość gotujemy jeszcze minutę. Zdejmujemy z wierzchu powstałą pianę. Gorący sok przelewamy do wypasteryzowanych butelek i szybko zakręcamy.

Konfitura z derenia jadalnego

Konfitura z derenia rzadko jest mocno żelowa (z uwagi na niską zawartość pektyny w owocu), dlatego jeśli zależy nam na bardziej stabilnej konsystencji konfitury, do derenia warto dodać sztuczny zagęszczacz lub gruszki (na 2 kg derenia około 0,5 kg gruszek).

- 2 kg owoców derenia
- 2 szklanki wody
- 2 kg cukru

Dojrzały dereń należy umyć i wydrylować (jest to niestety dość czasochłonne). Wodę doprowadzić do wrzenia i dodać do niej cukier. Gotować do momentu uzyskania cukrowego syropu.

Następnie wsypać dereń. Całość doprowadzić do zagotowania i trzymać na ogniu przez około 5 minut. Wystudzić i odstawić na jeden dzień.

Po tym czasie ponownie zagotować (szybko) i smażyć na małym ogniu, aż do momentu, gdy owoce będą szkliste. W czasie smażenia warto mieszać całość jedynie kolistym ruchem garnka, a nie łyżką. Po ugotowaniu przełożyć do słoików, zakręcić i postawić do góry dnem.



Material pochodzi z serwisu: Medonet <https://www.medonet.pl/> Dostęp: 23.08.2021 data publikacji: 16.05.2020

Referaty

W poszukiwaniu prestiżu zawodu pielęgniarki i położnej



Prestiż jest subiektywnym kryterium, określającym pozycję człowieka w społeczeństwie. Oparty jest na wartościujących podstawach emocjonalnych i obiektywnych, takich jak wykształcenie, zawód, styl życia, dochody. Jest również jedną ze składowych statusu społecznego, który określa położenie jednostki w hierarchii grupy społecznej, wyznaczające pełnioną przez nią rolę społeczną. Wiąże się z oczekiwaniami grupy wobec postaw i zachowań jednostki oraz jej obowiązków, jak również z oczekiwaniami jednostki wobec grupy, wpływającymi z jej praw i przywilejów.

J. Habermas w pojęciu prestiżu wyróżnił dwa elementy: szacunek i wpływ. Szacunek opiera się na przymiotach fizycznych, intelektualnych, moralnych oraz w sprawnościach praktycznych danej osoby. Wpływ natomiast oparty jest na zasobach posiadania, wiedzy i władzy. M. Weber łączy zjawisko prestiżu również z takimi pojęciami, jak autorytet i popularność.

Jednym z najważniejszych wyznaczników prestiżu jest wykonywany zawód. Hierarchia najbardziej poważanych w Polsce zawodów jest wypadkową wielu, nieraz przeciwstawnych, czynników. Zawody dające najwyższe zarobki nie zawsze wiążą się z wysokim stopniem społecznego szacunku, a profesje nie zawsze wymagające posiadania wysokich kwalifikacji czasem cieszą się wysokim poważaniem.

Badania CBOS nad prestiżem zawodowym wskazują, iż zawód pielęgniarki w Polsce cieszy się wysokim zaufaniem, znalazł się on na drugiej pozycji. Natomiast postrzeganie prestiżu przez przedstawicieli zawodu jest na poziomie średnim, co wskazuje, że zajmowana pozycja nie jest taka, jaką chcieliby zajmować członkowie tej grupy zawodowej.

Czynnikami najsilniej wpływającymi na pozycję zawodową pielęgniarek i położnych jest uznanie pacjentów i profesjonalizm, na który składa się: samodzielność zawodowa, umiejętności i wykształcenie, w tym podyplomowe. Na wzmocnienie pozycji

zawodowej wpływa również samodzielne wykonywanie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz zmiana w systemie kształcenia (licencjat, studia magisterskie) i ustawiczne podnoszenie kwalifikacji. Wysoko oceniona została również indywidualna lub grupowa praktyka pielęgniarska, prowadzona przez przedstawicieli tych zawodów.

Wizerunek pielęgniarki jest uzależniony od wielu czynników. Główne to charakter relacji z pielęgniarką oraz doświadczenie i wiedza na temat jej profesjonalnej działalności. Inaczej profesja ta będzie postrzegana przez samych podopiecznych, inaczej przez lekarzy (grupę zawodową najściślej współpracującą z pielęgniarką), a inaczej przez same pielęgniarki (świadome swojej tożsamości i specyfiki zawodowej).

Współcześnie w Polsce w wizerunku zawodowym pielęgniarki prezentowanym przez lekarzy nadal dominują elementy modeli tradycyjnych, związanych z podrzędną, pomocniczą rolą pielęgniarki. Wizerunek zawodu pielęgniarki prezentowany przez pacjentów, czyli odbiorców realizowanych przez nią świadczeń zdrowotnych, także ma własną specyfikę.

Jak pokazują badania, mimo zmian zachodzących w obrębie tego zawodu, w świadomości społeczeństwa polskiego praca pielęgniarki kojarzona jest z wykonywaniem rutynowych, nieskomplikowanych czynności, np. wykonaniem iniekcji, podaniem leku, zmianą pieluchy jednorazowej. Dość typowe jest deprecjonowanie roli pielęgniarki w procesie terapeutycznym i podkreślanie dystansu między pozycją zawodową pielęgniarki a lekarza. Istnieje bowiem w świadomości społecznej schemat dominacji lekarza w hierarchii zawodowej w środowisku medycznym, bez uwzględniania specyfiki zadań realizowanych przez pielęgniarkę. W pewnych okolicznościach w procesie oceny społecznej dominującego znaczenia nabiera stereotyp, czyli obraz danej rzeczywistości/osoby/grupy społecznie podzielany, uproszczony

treściowo i emocjonalnie, uogólniony, oporny na zmiany i dziedziczony kulturowo.

Z podnoszeniem prestiżu polskiej pielęgniarki ściśle wiąże się doskonalenie zawodowe. Zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej kształcenie podyplomowe jest obowiązkiem każdej aktywnej pielęgniarki. Zawód ten wymaga dziś coraz większej wiedzy fachowej, dlatego są one jedną z najbardziej kształcących się grup zawodowych. Należy podkreślić, iż Pielęgniarstwo jest nauką, która wciąż się rozwija. W Polsce pierwszy Wydział Pielęgniarski powstał ponad 50 lat temu, gdzie kształcenie odbywało się na poziomie akademickim. Obecnie nie istnieje inny sposób wchodzenia do zawodu, jak tylko przez studia licencjackie. Przedstawiciele zawodu coraz częściej podejmują studia doktoranckie lub przewody doktorskie. Pielęgniarki każdego roku podejmują wiele kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych lub specjalizacji. Rozwój medycyny i ogromny postęp w diagnostyce i leczeniu sprawia, że wykwalifikowana pielęgniarka, będąca członkiem zespołu terapeutycznego, ma obecnie większą autonomię.

W odbiorze społecznym danego zawodu ogromną rolę odgrywają także media, które często ukazują pielęgniarkę w niekorzystnym świetle. Zawody pielęgniarki i położnej należą do grupy zawodów zaufania publicznego stąd wysokie oczekiwanie, co do uczciwości i ich postawy moralnej. Często, aby zwiększyć oglądalność lub poczytność przytacza się bulwersujące zachowania pielęgniarek lub popełniane przez nie błędy. Zawsze większą popularnością cieszą się właśnie takie sensacyjne informacje. Brak jest w mediach rzetelnej informacji o roli naszego zawodu, o pozycji w zespole terapeutycznym, o korzyściach, jakie wynikają dla pacjenta z rzetelnej, opartej na dowodach naukowych opiece pielęgniarskiej.

Czy przedstawiciele zawodów pielęgniarki i położnej mogą wpłynąć na poprawę prestiżu i polep-

szanie swojego wizerunku? Oczywiście jest na to kilka sposobów, m.in.: aktywność pielęgniarek, edukacja społeczeństwa i swojej grupy zawodowej oraz docenianie własnej wartości. Zaangażowanie w sprawy środowiska, zjednywanie, solidarność, a przede wszystkim aktywność jest podstawą do zmiany. Często zmiana zaczyna się od jednostki, która może pociągnąć za sobą inne osoby w danym otoczeniu. Jasno wyznaczone cele działalności pozwalają wierzyć, że można je osiągnąć.

Ważny jest szacunek w zespole terapeutycznym, wzajemna znajomość zakresu obowiązków i kompetencji poszczególnych członków. Z drugiej strony edukacja pacjenta także w zakresie działalności pielęgniarki i położnej, jej roli i zadań wobec podopiecznego. Nieodzowne jest uświadamianie własnemu środowisku, jak ważne jest budowanie własnej wartości, która przekłada się na pozytywne budowanie wizerunku. Istotny jest rozwój osobisty, inwestowanie we własne wykształcenie, nie tylko w obrębie pielęgniarstwa, tak aby zapewnić pacjentowi holistyczną opiekę. Takie cechy jak asertywność, jasne wyrażanie zdania w kwestiach dotyczących opieki, pewność siebie i profesjonalizm są niezbędnymi elementami współczesnego pielęgniarstwa.

Wykonywanie zawodu marnie opłacanego, ale cieszącego się dużym prestiżem w pewnym stopniu dowartościowuje jednostkę. Należy jednak zaznaczyć, że samą "satisfakcją" rodziny nikt nie utrzyma. Wymagania wobec pielęgniarek stale rosną, co nie idzie niestety w parze z ich zarobkami i wpływa negatywnie na prestiż tego zawodu. Zawód ten będzie istniał zawsze, dopóki będzie istniał człowiek. Choćemu potrzebna jest bowiem troska, zrozumienie oraz opieka, której nie jest i nie będzie w stanie zastąpić żaden sprzęt.

mgr piel. Ewelina Tymoszek
Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Bibliografia

1. Kijak K.: „Prestiż zawodowy polskiej pielęgniarki”. *Przegląd Urologiczny* 2011; 1(65).
<http://www.przegląd-urologiczny.pl/artukul.php?2083> (data dostępu: 15.10.2017 r.)
2. Mielczarek-Pankiewicz E.: „Jak podnieść prestiż zawodu pielęgniarki?” *Analiza Przypadków Pielęgniarstwo i położnictwo*. 5/2017. PZWL
3. Włodarczyk D., Tobolska B.: „Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek”. *Medycyna Pracy* 2011; 62(3)
http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2011/Bmp_32011_d_wlodarczyk.pdf (data dostępu: 15.10.2017 r.)
4. „Pozycja zawodowa i społeczna pielęgniarek, położnych w opinii przedstawicieli tych zawodów”. Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych
http://www.ckppip.edu.pl/uploads/docs/badania_ankietowe/Opinia%20piel%20i%20po%20o%20o%20C5%82o%20C5%B4nnych%20.pdf (data dostępu: 15.10.2017 r.)
5. „Społeczne oceny uczciwości i rzetelności zawodowej”. CBOS. Komunikat z badań nr 34/2016
http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2016/K_034_16.PDF (data dostępu: 15.10.2017 r.)

Zadania i specyfika pracy pielęgniarek operacyjnych



Pielęgniarka operacyjna sprawuje całościową opiekę nad pacjentem podczas zabiegów operacyjnych. Jest odpowiedzialna za bezpieczeństwo procedur i czynności wykonywanych przy pacjencie, w szczególności wobec pacjentów operowanych w znieczuleniu ogólnym. Wymaga to od pielęgniarki specjalnej uwagi, gdyż ci pacjenci są pozbawieni możliwości reakcji i obrony.

Pielęgniarka operacyjna musi zadbać o komfort pacjenta, np. poprzez odpowiednią temperaturę sali operacyjnej. Powinna być w stanie bezbłędnie zabezpieczyć wszystkie indywidualne potrzeby pacjenta niezależnie od jego stanu świadomości.

Zakres obowiązków pielęgniarki operacyjnej obejmuje całościowe, samodzielne, fachowe, biegłe, planowe przygotowanie oraz instrumentowanie przy jego przeprowadzeniu i nadzorze. Jej zadaniem jest zgromadzenie i przygotowanie potrzebnego sprzętu, urządzeń, narzędzi i materiałów jednorazowego użytku, aby zabieg operacyjny przebiegał w możliwie najbardziej optymalny sposób.

Jakość przeprowadzonej operacji zależy od odpowiedzialnej, profesjonalnej pracy oraz umiejętności zespołowego działania każdego zaangażowanego pracownika bloku.

Praca personelu bloku operacyjnego różni się znacząco od pracy w oddziale lub w otwartym lecznictwie, czy środowisku. Podczas toku kształcenie nie ma wielu informacji przekazywanych dotyczących specyfiki pracy pielęgniarki operacyjnej. Instrumentariuszką może zostać pielęgniarka po odpowiednim przeszkoleniu, jak również po ukończeniu kursu kwa-

lifikacyjnego. W zależności od rodzaju bloku – ogólnego (wieloprofilowy), czy specjalistycznego (w danej dziedzinie) – przeszkolenie trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy lub lat. Jednocześnie postęp w medycynie operacyjnej jest szybki, dlatego ważne jest bycie otwartym na nowe techniki operacyjne i samookucję.

Pielęgniarki pracują zazwyczaj w zespole dwuosobowym – pielęgniarka instrumentująca (tzw. „czysta”) oraz pielęgniarka pomagająca (tzw. „brudna”). Ich zadania różnią się, lecz niezbędna jest ścisła współpraca.

Do zadań pielęgniarki instrumentującej należą zadania:

Przed zabiegiem:

- * Przygotowanie pojemników z narzędziami chirurgicznymi w zależności od rozpoznania i planowanej operacji, jej zakresu i specyfiki.
- * Przygotowanie dodatkowych jałowych materiałów: obłożenia pola operacyjnego, fartuchów, rękawic, gazy, nici chirurgicznych, ssa-ków, drenów, opatrunków, itp.
- * Przygotowanie innych niezbędnych urządzeń i sprzętów.
- * Przygotowanie ewentualnych implantów i leków.
- * Przygotowanie siebie do zabiegu (mycie chirurgiczne rąk, dezynfekcja, jałowe założenie bielizny operacyjnej).

- * Przygotowanie stolika z narzędziami: pod ręcznego, zwanego Mayo, oraz dodatkowego, rozpakowanie jałowe narzędzi, kontrola wskaźników sterylizacji.
- * Przygotowanie jałowego sprzętu i materiałów niezbędnych do zabiegu, kontrola.
- * Jałowe ubranie zespołu operacyjnego.
- * Po dezynfekcji pola operacyjnego, pomoc przy jego obłożeniu.
- * Podłączenie niezbędnego sprzętu, np. ssak, koagulacja, wiertarka.
- * Umieszczenie stolika z narzędziami.

Śródoperacyjnie:

- * Instrumentowanie do zabiegów, dostosowane do etapu i sytuacji podczas zabiegu.
- * Wyrzucanie i liczenie materiałów gazowych do tamowanie krwawienia.
- * Podawanie roztworów do płukania jam ciała.
- * Wydawanie preparatów do badania, opisanie preparatu przed przekazaniem personelowi pomagającemu.
- * Podawanie leków lub środków kontrastujących.
- * Komunikacja z personelem pomagającym, zespołem operacyjnym i anestezjologicznym.
- * Sprawdzanie kompletności zestawów narzędzi i materiału jednorazowego po zabiegu: ilościowa i jakościowa.
- * Podawanie jałowego opatrunku.

Po operacji:

- * Odłączenie urządzeń.
- * Usuwanie narzędzi i materiałów: ostre przedmioty wkłada się do specjalnych pojemników.
- * Usuwanie obłożenia.
- * Przygotowanie narzędzi do wstępnej dezynfekcji.
- * Usuwanie bielizny operacyjnej i rękawiczek chirurgicznych.

Do zadań pielęgniarki pomagającej należy:

Przed operacją:

- * Przygotowanie stołu operacyjnego, środków pomocniczych.

- * Przygotowanie pojemników z narzędziami chirurgicznymi w zależności od rozpoznania i planowanej operacji, jej zakresu i specyfiki.
- * Przygotowanie dodatkowych jałowych materiałów: obłożenia pola operacyjnego, fartuchów, rękawic, gazy, nici chirurgicznych, ssaków, drenów, opatrunków, itp.
- * Przygotowanie innych niezbędnych urządzeń i sprzętów.
- * Przygotowanie ewentualnych implantów i leków.
- * Pomoc instrumentariuszce przy ubieraniu jałowego fartucha.
- * Rozpakowywanie jałowych zestawów i opakowań z narzędziami i materiałami, roztworów do płukania, środków dezynfekcyjnych i leków.
- * Prowadzenie dokumentacji operacyjnej (protokół pielęgniarki operacyjnej).
- * Po ułożeniu przez lekarza pacjenta na stole – zamocowanie elektrody neutralnej.
- * Ustawienie lampy operacyjnej.
- * Obsługa stołu operacyjnego.
- * Informowanie zespołu operacyjnego.
- * Pomoc w zakładaniu jałowej bielizny zespołowi.
- * Pomoc przy obłożeniu pola operacyjnego.
- * Włączenie urządzeń, np. ssaka, diatermii, wiertarki.

Śródoperacyjnie:

- * Pomoc w zależności od okoliczności i etapu zabiegu.
- * Uporządkowanie zużytych materiałów: serwet, chust i gazików, kontrolowanie ich ilości – ocena krwawienia i utraty krwi.
- * Odebranie i zabezpieczenie materiału do badania histopatologicznego.
- * Obserwacja i opieka nad pacjentem.
- * Kontrola zużytych materiałów.

Po operacji:

- * Pomoc w zakładaniu opatrunku, zabezpieczenie drenów.
- * Usunięcie podpórek i zabezpieczeń pacjenta stosowanych do ułożenia pacjenta.

* Powiadomienie personelu pomocniczego.

Oprócz zadań związanych bezpośrednio z przebiegiem operacji, pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym zajmują się również:

- Prowadzeniem dokumentacji w wersji papierowej i elektronicznej, sporządzanie raportów z dyżurów, prowadzenie statystyk odnośnie ilości i czasu trwania zabiegów.
- Wypisywanie listy i sprawdzenie poprawności preparatów do badania histopatologicznego.
- Sprawdzanie terminów ważności narzędzi i materiałów jednorazowych.
- Sprawdzanie gotowości sal operacyjnych, uzupełnianie braków, rozpakowywanie zapasów do magazynków, zgłaszanie zapotrzebowania na materiały i narzędzia.
- Dbanie o przestrzeganie i wdrażanie prawa, algorytmów, procedur dotyczących pracy bloku, leków, norm jakości, zasad bezpieczeństwa i higieny pracy, ochrony danych osobowych.
- Gdy szpital nie posiada centralnej sterylizatorni, również przygotowanie zestawów i sterylizowanie narzędzi.

Jakie cechy powinna mieć dobra pielęgniarka operacyjna?

Oprócz wiedzy typowo medycznej (anatomii, fizjologii, patofizjologii, przebiegu zabiegów operacyjnych w zależności od posiadanych kwalifikacji –

różne dziedziny zabiegowe), powinna również posiadać pewne cechy charakteru oraz psychofizyczne.

Pielęgniarka operacyjna musi być cierpliwa, dokładna i odpowiedzialna za siebie i zespół. Ponieważ jest to praca z ludźmi musi posiadać także umiejętność nawiązywania kontaktów oraz postępowania z ludźmi, komunikatywność. Opanowanie, spokój oraz odporność emocjonalna to kolejne cechy niezbędne na tym stanowisku, bowiem praca z pacjentami oraz operatorami nie należy do łatwych. Oprócz tego, że powinna być ciepła i sympatyczna, to z drugiej strony musi być również stanowcza, zdecydowana i w pewnym stopniu odporna na cierpienie ludzkie.

W zależności od specjalizacji bywa dość ciężką pracą fizyczną, dlatego też wymagana jest od niej spora siła fizyczna i wytrzymałość. Do tego dochodzą jeszcze rozwinięte zdolności manualne, umiejętność przystosowania się do okoliczności.

Pielęgniarka operacyjna musi cechować się dużą zdolnością koncentracji uwagi, a zarazem jej podzielnością. Pomocna jest także dobra pamięć, zdolność logicznego myślenia i wnikliwej obserwacji oraz wyobraźnia i szybki refleks. Ważna jest umiejętność akceptowania zmian, łatwość wyjaśniania wątpliwości i łatwość realizacji zleceń. Pogodne podejście do życia ułatwia pracę.

Mimo dużego obciążenia psychicznego oraz fizycznego, pracy zmianowej bycie pielęgniarką operacyjną daje dużo satysfakcji. Niektórzy mówią, że można tę dziedzinę pielęgniarstwa pokochać lub zniechęcić. Jednak w większości pielęgniarek pracujących z pasją mówi, że nie zamieniłyby pracy na bloku na żaden inny oddział.

mgr piel. Ewelina Tymoszek
Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego

Literatura

1. Gertraud Luce - Wunderle, Anita Debrand - Passard: Pielęgniarstwo operacyjne
2. Maria Ciurus: Pielęgniarstwo operacyjne
3. Ewa Grabowska: Magazyn Pielęgniarki Operacyjnej
4. Jakie cechy powinna posiadać pielęgniarka? <http://praca-piellegniarka.eu/2017/04/04/jakie-cechy-powinna-posiadac-piellegniarka/>
5. Blog „Pielęgniarką być”: Pielęgniarka operacyjna – zawód i specjalność <http://piellegniarkabyc.pl/blog/2017/02/16/piellegniarka-operacyjna-zawod-specjalnosc/>
6. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych: Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego dla pielęgniarek http://www.ckppip.edu.pl/uploads/docs/Programy_ksztalcenia/Szkolenia%20specjalizacyjne_1/Piel%C4%99gniarstwo%20operacyjne.pdf



Z żałobnej karty



Podziękowanie

Wszystkim, którzy w tak trudnych dla mojej rodziny chwilach, dzielili z nami smutek i żal oraz uczestniczyli w ceremoniach pogrzebowych moich Rodziców:

śp. Eugenii Szarubko zmarłej 19.09.2021 roku

i

śp. Eugeniusza Szarubko zmarłego 12.12.2021 roku

składam serdeczne podziękowanie.

Za okazane wsparcie i życzliwość, za modlitwę, intencje mszalne, kondolencje, wieńce i kwiaty - składam Państwu wyrazy szacunku i wdzięczności.

Elżbieta Celmer vel Domańska

Na ręce Jolanty Ladko i Barbary Kargul pragnę złożyć najserdeczniejsze podziękowania za zaangażowanie, za wielkie serce i życzliwość oraz za profesjonalną opiekę medyczną wszystkim pielęgniarkom z NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego VITA w Białej Podlaskiej, które na przestrzeni ostatnich lat brały udział w opiece nad moimi Rodzicami.

Pani Dorotko, Pani Anetko, Pani Małgosiu, Pani Aniu, Pani Maju, Pani Gosiu, Pani Marzenko - pełne zrozumienia i empatii podejście do pacjentów, fachowość oraz pasja, z jaką wykonujecie Panie swoją pracę - są godne największych wyrazów uznania i wdzięczności.

Z serca dziękuję za Waszą troskę i życzliwość!

Elżbieta Celmer vel Domańska



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

**Pani Elżbiecie Celmer vel Domańskiej
Przewodniczącej ORPiP w Białej Podlaskiej**

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci MAMY

składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
oraz organy

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Okręgowej Komisji Rewizyjnej

„Kochany człowiek nigdy nie umiera. Żyje zawsze w myślach, słowach wspomnieniach”

**Pani Elżbiecie Celmer vel Domańskiej
Przewodniczącej ORPiP w Białej Podlaskiej**

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci TATY

składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
oraz organy

Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

Okręgowej Komisji Rewizyjnej



Teresa Bronikowska
1959 – 2021

Dnia 18 sierpnia 2021r. odeszła od nas Niezwykła Pielęgniarka, Długoletni Pracownik, wspaniała kobieta – życzliwa, serdeczna o wielkim sercu. Cechująca się dużym zaangażowaniem w wykonywanej pracy z dziećmi.

Pracownik Spółki Cywilnej Sano NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej w Parczewie.

Rodzinie Naszej Koleżanki składamy głębokie wyrazy współczucia i łączymy się z bólu.

Z bólem żegnają Ją koleżanki z NZOZ Parczew.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.

*„Nie umiera ten, kto trwa w sercach
i pamięci naszej”*

Pani

Iwonie Marciniuk

Zastępcy Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci SIOSTRY

składa organ ORZOZ Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej.

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

Pani

Iwonie Marciniuk

Zastępcy Okręgowego Rzecznika

Odpowiedzialności Zawodowej

Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci SIOSTRY

składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

*„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach”*

Pani

Barbarze Cydejko

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci MAMY

składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych

w Białej Podlaskiej

*„Są chwile, by działać, i takie, kiedy należy
pogodzić się z tym, co przynosi los”*

Pielęgniarce

Urszuli Artymiuk

szczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci MEŻA

składają współpracownicy

Domu Pomocy Społecznej w Kozuli

<p><i>„Są chwile, by działać, i takie, kiedy należy pogodzić się z tym, co przynosi los”</i></p> <p>Pani Marii Skubisz szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składają NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego "VITA"</p>	<p><i>„Nie żyjemy, aby umierać; ale umieramy, aby żyć wiecznie”</i></p> <p>Pani Mirosławie Nasilowskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci SYNA składają NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego "VITA"</p>
<p><i>„Spieszmy się kochać ludzi. Tak szybko odchodzą”</i></p> <p>Pani Aleksandrze Ruszczyk-Wygas szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci BRATA składają współpracownicy NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego "VITA"</p>	<p><i>„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią im się płaci”</i></p> <p>Pani Halinie Boguckiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TEŚCIOWEJ składają współpracownicy NZOZ Ośrodek Medycyny Szkolnej i Opieki Długoterminowej w Domu Chorego "VITA"</p>
<p><i>"Wszystko tak szybko przemija i nim się spostrzeżemy, dobiliśmy już do kresu życia..."</i></p> <p>Położnej Ewie Zińczuk szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MEŻA składają współpracownicy z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego SP ZOZ w Parczewie</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Położnej Ewie Ciok szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składają współpracownicy z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego SP ZOZ w Parczewie</p>
<p><i>„Można odejść na zawsze, by stale być blisko”</i></p> <p>Położnej Ewie Krupskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składają współpracownicy z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego SP ZOZ w Parczewie</p>	<p><i>„Człowiek odchodzi, lecz miłość zostaje, mimo wielkiej rozpaczy pozwala żyć dalej.”</i></p> <p>Pielęgniarki Joannie Skrzyszewskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TEŚCIA składają koleżanki z Oddziału Kardiologii Inwazyjnej WSzS w Białej Podlaskiej</p>