

BIULETYN

KOMITET REDAKCYJNY

Przewodnicząca:
Maria Pałeczka

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

tel. 74 842-33-25

ADRES REDAKCJI:
58-300 Wałbrzych, ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)

e-mail: oiipwch@webmedia.com.pl

DRUKARNIA "BT"
58-300 Wałbrzych, ul. Przebieg 5a
tel. 74 842-20-55
e-mail: btdrukarnia@gmail.com

SPIS TREŚCI

NACZELNA RADA	6-7
WAŻNE	9
STANOWISKA I APELE	12-18
INDYWIDUALNA PRAKTYKA	19-49
SZKOLENIA I KONFERENCJE	50-62
POD PARAGRAFEM	63-65

Szanowne Koleżanki i Koledzy

Widoczne na ulicach oraz w innych miejscach choinki, świecidełka, przepiękne, kolorowe ozdoby przypominają nam o zbliżających się Świątach Bożego Narodzenia i kolejnym mijającym roku.

Na pewno zadamy sobie pytanie – jaki był? Czy spełnił nasze oczekiwania, pozwolił na realizację zamierzeń, postawionych celów? Czy nasze marzenia były na tyle realne, żeby mogły się spełnić? Co w nadchodzącym roku zmienić, poprawić?

Na te i inne pytania każdy z nas będzie szukał odpowiedzi. Jak co roku będą postanowienia, próby dokonywania zmian.

Czy w tych zmianach możemy uwzględnić pacjenta? Uśmiech, ciepło słowo, wyciągniętą serdecznie dłoń – to nie wymaga dodatkowego czasu a tak wiele znaczy.

Za kilka dni odbędzie się ostatnie w tym roku posiedzenie okręgowej rady. W przygotowanym projekcie porządku obrad są sprawy bieżące, proceduralne ale powrócimy do spraw z minionego okresu. Wzorem lat poprzednich będą wnikliwe analizy, wyliczenia i wnioski. Pochylimy się między innymi nad Regulaminem Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego aby dokonać kolejnych zmian w wysokości kwoty refundacji.

Myśląc o 2014 roku już dzisiaj mogę przekazać informację, że Departament Pielęgniarek i Położnych zaplanował w ramach posiadanych środków finansowych zorganizować dodatkowy nabór na studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych na rok akademicki 2013/2014.

Przypomnę, studia pomostowe dla pielęgniarek i położnych realizowane są w ramach systemowego Projektu finansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego w zakresie Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki od 2008 roku.

2014 rok budzi też wiele obaw - myślę między innymi o umowach, które będą zawierane z Narodowym Funduszem.

Na posiedzeniu NRPIP – 4 grudnia br. podjęte zostały dwa stanowiska dotyczące zarządzeń Prezesa NFZ. (w pełnym brzmieniu zamieszczone na kolejnych stronach biuletynu).

Mimo licznych problemów, które były, są i zapewne będą nie możemy zapominać o tym co zostało zrobione.

Pracowały komisje i zespoły, zorganizowane były 4 konferencje, w których udział wzięło ponad 500 osób.

W siedzibie izby odbywały się szkolenia, Panie pielęgniarki i położne uczestniczyły w konferencjach, sympozjach, zjazdach organizowanych na terenie całej Polski.

Szczegółowe informacje będą Państwu przekazane w następnym

numerze biuletynu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w ubiegłym roku rozpoczęła realizację programu edukacyjnego pod nazwą „Zdrowy Przedszkolak.” Jego celem jest edukacja rodziców na temat zapobiegania chorobom zakaźnym u dzieci. W tym roku nasza izba została wytypowana do współpracy w ramach projektu. W wybranych 10 placówkach przedszkolnych odbyły się spotkania edukacyjne, które prowadziła Pani Danuta Lis. Zapraszam na stronę Internetową - w zakładce Zdrowy Przedszkolak zamieszczone są szczegółowe informacje dotyczące projektu.

Dzisiaj udziela się nam atmosfera zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia. Czas cudownych chwil poświęconych Najbliższym, czas dawania i otrzymywania prezentów, składania życzeń.

Ja również w imieniu własnym oraz Członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnę złożyć Życzenia Świąteczne i Noworoczne.

Tym, z którymi będę miała przyjemność spotkać się, życzenia złożę osobiście. Nie jest możliwe spotkanie ze wszystkimi, dlatego proszę przyjąć życzenia tą drogą.

Przewodnicząca ORPiP

(-) Maria Pałeczka

*Z okazji Świąt Bożego Narodzenia
wiele radości i serdeczności,
miłych chwil spędzonych w gronie Najbliższych
a w nadchodzącym Nowym Roku
niech się spełnią marzenia, nadzieje i oczekiwania*





NACZELNEA RADA

Stanowisko Nr 15 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013r.

dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgniacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgniacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia działań w sprawie zmiany zapisów w/w projektu, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej należy odrzucić i uznać jako skandaliczne pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców!

Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza zasady współzycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarkom realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Stanowisko Nr 16
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 grudnia 2013 roku**

**dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r.
w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów
o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:
podstawowa opieka zdrowotna skierowane do:
Premiera RP, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów,
Prezesa NFZ, Przewodniczącej Rady Społecznej NFZ**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom, w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznych projektem. Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.

Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarstwa POZ.

W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

GRATULACJE

10 października na zaproszenie Pani Renaty Jażdż- Zaleskiej - Prezes Zarządu Specjalistycznego Centrum Medycznego SA w Polanicy Zdroju uczestniczyłam w uroczystej Gali z okazji ogłoszenia wyników Konkursu na Najsympatyczniejszego Lekarza i na Najsympatyczniejszą Pielęgniarkę i Położną.

W konkursie mogły wziąć udział i oddać swój głos wyłącznie osoby, które były pacjentami. Co ważne – można było oddać tylko jeden głos w każdej kategorii. Nadzór merytoryczny nad prawidłowym przebiegiem konkursu prowadziła Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Pani Prezes.

Pomysł godny naśladowania. Uważam, że nie ma nic bardziej motywującego i satysfakcjonującego od pozytywnej oceny pacjenta. Nagrody pieniężne za zdobycie trzech pierwszych miejsc oraz rzeczowe za dwa wyróżnienia na pewno sprawiły dodatkową radość.

Najwięcej głosów i zaszczytne miejsca zdobyły Panie:

I miejsce piel. Aneta Paraszczak

II miejsce piel. Barbara Szupińska

III miejsce mgr piel Barbara Siemczonek

Zainteresowanie konkursem było tak duże, że Pani Prezes postanowiła przyznać dodatkowo dwa wyróżnienia Paniom, które zdobyły kolejno największą ilość głosów.

I wyróżnienie piel. Grażyna Wójcik

II wyróżnienie piel. Viletta Cienka

Miałam zaszczyt i ogromną przyjemność osobiście pogratulować Paniom zwycięstwa życząc jednocześnie kolejnych sukcesów.

Pragnę podkreślić raz jeszcze - pomysł godny naśladowania, dlatego też zobowiązałam się, że dołożę wszelkich starań aby w następnej edycji jedna z nagród ufundowana została przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. Jestem przekonana, że uzyskam zgodę członków rady.



WAŻNE

Od 9 października 2013r. zmiany w Dyrektywie 2005/36/WE

- efekt wieloletnich zmagañ samorządu zawodowego i związku zawodowego pielęgniarek i położnych

Parlament Europejski uchwalił zmiany w Dyrektywie 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. Uznawania Kwalifikacji Zawodowych.

Zmiany pozwalają na :

- automatyczne uznawanie kwalifikacji pielęgniarkom, które ukończyły licea medyczne na zasadzie praw nabytych
- skrócenia czasu wymaganego doświadczenia pielęgniarkom i położnym, które ukończyły szkoły pomaturalne, zamiast 5 lat doświadczenia z ostatnich 7 lat na 3 kolejne lata z ostatnich 5 lat.

Po formalnym zaakceptowaniu zmian w ww. dyrektywie przez obie instytucje nastąpi publikacja omawianego aktu prawnego w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Natomiast wejście w życie niniejszej dyrektywy nastąpi dwudziestego dnia po jej opublikowaniu w Dzienniku Urzędowym Unii Europejskiej.

Jednakże to nie kończy „drogi” przyjętego dokumentu. Po wejściu w życie zmienionej Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady ws. uznawania kwalifikacji zawodowych konieczna będzie jej implementacja, wdrożenie do krajowego porządku prawnego w każdym Państwie Członkowskim. Poszczególne kraje będą miały na to maksymalnie 2 lata.

Koniec 10-Letniego sporu o polskie Pielęgniarki i Położne



Szanowni Państwo!
Drogie Panie!

Kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych od dzisiaj uznawane są w całej Unii Europejskiej na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek i położnych w UE!

Po latach niełatwych negocjacji, wszystkie polskie pielęgniarki i położne będą mogły w pełni korzystać ze swobody przemieszczania się i podjęcia pracy w dowolnie wybranym państwie Unii! **To, co nie udało się w 2005 roku, udało się teraz w październiku 2013 roku!**

Z przyjemnością informuję Państwa, że dzisiaj Parlament Europejski podczas sesji plenarnej w Strasburgu przyjął w głosowaniu moje poprawki dotyczące dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, dzięki którym kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych, włączając absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego, będą uznawane na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek w Unii Europejskiej. A mówimy tutaj o niemałej grupie zawodowej, bo ponad 70% czynnych zawodowo polskich pielęgniarek to właśnie absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego.

Cieszę się faktem, że te od lat oczekiwane rezultaty udało się osiągnąć dzięki licznym spotkaniom i rozmowom z posłami do Parlamentu Europejskiego, z przedstawicielami Komisji Europejskiej oraz nieustannie przedstawianie naszych postulatów na forum Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów, a także spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, w szczególności z zaangażowanymi w sprawę Paniami: z Dyrektorem Danutą Czarneczką oraz z Dyrektorem Beatą Cholewką oraz z przedstawicielami polskich pielęgniarek i położnych, w szczególności z Panią Dorotą Gardias, wiceprzewodniczącą Forum Związków Zawodowych, była przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz z Panią Marią Brzezińską, ekspertem FZZ, była przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz innymi osobami, które również wniosły

swój wkład w prace nad dyrektywą.

To ogromny sukces, bo nie tylko daje równe szanse na rynku pracy naszym polskim pielęgniarkom, ale też pokazuje, że ponad 10-letnie członkostwo Polski w Unii Europejskiej przekonało do nas pozostałe państwa członkowskie, które traktują nas jak równego partnera.

Uwzględnienie polskiego postulatu było dla mnie osobiście ogromnie ważne, ponieważ spełnia on oczekiwania naszych obywateli odnośnie do równego traktowania w pełni wykwalifikowanych pracowników na obszarze Unii Europejskiej. Wszystkie nasze pielęgniarki i położne bez wyjątku, posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe i walczyłam właśnie o to, aby były docenione w Unii Europejskiej, i to się udało.

Po wdrożeniu tych przepisów do krajowych porządków prawnych wszyscy zainteresowani będą mogli korzystać z możliwości, jakie dają zawody pielęgniarskie.

Kochane Panie, zwracam się do Was z prośbą o przekazanie i udostępnienie powyższych informacji jak najszerszemu gronu pielęgniarek i położnych.


Z poważaniem

Małgorzata Handzlik
Poseł do Parlamentu Europejskiego

Z inicjatywy Konsultantów Krajowych ds. Pielęgniarstwa, realizujących zadania w Radzie ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ, zostało podpisane Stanowisko dotyczące implementacji ICNP (R) do praktyki pielęgniarskiej.

Przesyłam w załączeniu otrzymany dokument, zawierający ważne dla środowiska informacje.

Wspólnie z PTP, Departamentem Pielęgniarek i Położnych oraz samorządem pielęgniarek i położnych podejmowane są działania, które mają na celu przybliżyć pielęgniarkom wprowadzenie słownika do praktyki.

Liderzy pielęgniarstwa przeprowadzają szkolenia połączone z warsztatami dotyczące wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej do praktyki.

**Stanowisko konsultantów Krajowych w dziedzinie:
Pielęgniarstwa Onkologicznego, Pielęgniarstwa przewlekłe
Chorych i Niepełnosprawnych Pielęgniarstwa Rodzinnego
Pielęgniarstwa Pediatricznego Pielęgniarstwa Opieki
Paliatywnej Pielęgniarstwa Psychiatrycznego**

w sprawie stosowania Klasyfikacji ICNP ® w praktyce klinicznej

Mając na uwadze

1. Postanowienia Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) z dnia 22 maja 2005r. http://www.icn.ch/images/stories/documents/news/press_releases/2005_PR_10_Release_of_ICNP_VI.pdf i 20maja 2013 r. http://www.icn.ch/images/stories/documentcs/news/press_releases/2013_PR_10_ICNP.pdf
2. Stanowisko XV KZD Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego http://www.ptp.nal.pl/pIiki/PTP_Stalowiska/06_PTP_STAN_01_12_2009.pdf
3. Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z czerwca 2011 r. <https://docs.google.com/folder/d/0B4uc8m-ugOHFNzhmbUkycClYZig/edit?docId=0B4uc8mugQHFVGxqVTBWOTNBXzg>
4. Stanowisko Krajowego Zjazdu Delegatów NIPiP <http://www.izbapiel.org.pl/upload/Stalowisko%20Nr%204.pdr>.

a także

5. Komunikat Ministra Zdrowia, Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego z dnia 3 lipca 2012 r. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m7&ms=&ml=pl&mi=94&mx=&mt=&mv=0&ma=030372>

6. Stanowisko Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek w sprawie zapewnienia ciągłości opieki w transgranicznej opiece zdrowotnej <https://docs.google.com/folder/d/0B4uc8m-ugOHFNzhmbUkycClYZig/edit?docId=0B4uc8m-ugQHFcURHcVZpM3AwNHM>
7. Informację WHO dotyczącą włączenia ICNP ® do Rodzin Klasyfikacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icnp/en/> jako narzędzia do opisywania praktyki pielęgniarskiej
8. Działania Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w zakresie wdrożenia usług Telepielęgniarstwa <https://docs.google.com/folder/d/0B4uc8m-ugQHFNzhmbUkvcClYZig/cdit?docId=0B4uc8m-uuOHFR3BiOWdQYllqZlI>:
9. Rekomendację nr 1/2013 z dnia 24 lipca 2013 r. Rady ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie, przy Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w sprawie projektu elektronicznej dokumentacji medycznej w pielęgniarstwie
10. Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów, Plan działania w dziedzinie e-zdrowia na lata 2012-2020 - Innowacyjna opieka zdrowotna w XXI wieku, Bruksela, dnia 6.12.2012, gdzie zapisano, " (...)W przypadku specjalistów (pracowników medycznych i naukowych) działania te będą polegać przede wszystkim na opracowaniu, oparciu o dowody naukowe, wytycznych dla praktyki klinicznej w zakresie telemedycyny, ze szczególnym uwzględnieniem pielęgniarek i pielęgniarzy oraz pracowników opieki społecznej (...). w zakresie telemedycyny i kształtowania umiejętności cyfrowych w zakresie e-zdrowia - "Telepielęgniarstwo"

a ponadto

- 1) European Interoperability Framework 2.0 (Europejskie Ramy Interoperacyjności dla europejskich usług użyteczności publicznej", 16/12/2010, do komunikatu Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów „ W kierunku interoperacyjności europejskich usług użyteczności publicznej")
- 2) Ustawę o informatyzacji podmiotów publicznych z dnia 12 lutego 2010 r., o zmianie ustawy o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne oraz niektórych innych ustaw.
- 3) Dyrektywę 24/2010/UE w sprawie praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej,
- 4) Normę EN 13606 - 4: 2009 Informatyka w ochronie zdrowia. Przesyłanie elektronicznych dokumentów zdrowotnych - część 4:

Bezpieczeństwo, Dyrektywa UE (95/46/EC) dotycząca ochrony danych Rekomendacja 97/5 Rady Europy dotycząca ochrony danych medycznych.

- 5) Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia Krajowych Ram Interoperacyjności oraz minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U.2012.526)
- 6) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

Wyrażamy pełne poparcie dla działań środowiska pielęgniarskiego na rzecz wprowadzenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP ® jako obowiązującej na terenie kraju.

Zastosowanie ICNP ® umożliwi:

- uporządkowanie systemu dokładnych, przejrzystych, ujednoczonych pojęć funkcjonujących w pielęgniarstwie i stworzenie wspólnego języka dla pielęgniarstwa o zasięgu krajowym a także międzynarodowym,
- określenie standardów i procedur pielęgniarskich, które będą spójne z obowiązującymi w całym kraju ale też krajach UE.
- zapewnienie wysokiej jakości opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwa pacjenta,
- zastosowanie ujednoczonego systemu wskaźników opieki pielęgniarskiej, który pozwoli na zbadanie ciągłości i jakości świadczonej opieki,
- poprawę komunikacji pomiędzy specjalistami opieki zdrowotnej, która zapewni skuteczne mechanizmy wymiany informacji,
- identyfikację ról i obowiązków określonych dla pielęgniarek odpowiednio do poziomu wykształcenia,
- propagowanie autonomii zawodowej pielęgniarek poprzez rozwijanie możliwości zarządzania ochroną zdrowia i prowadzenia badań,
- znacząco umożliwi rozwój naukowy oraz profesjonalizację pielęgniarstwa,
- opracowanie systemu oceny rezultatów opieki pielęgniarskiej,
- powołanie formalnej sieci umożliwiającej wymianę najlepszych praktyk,
- multidyscyplinarne podejście w obrębie zintegrowanego systemu wymiany informacji,

W dokumentowaniu opieki pielęgniarskiej koniecznym jest wprowadzenie ujednoliconego wzoru dokumentacji pielęgniarskiej spójnej z pozostałą dokumentacją medyczną.

Dokumentacja medyczna brzmiąca niejednoznacznie i niespójna utrudnia, wręcz uniemożliwia porozumiewanie się w zakresie zastosowanych u pacjenta procedur medycznych na terenie kraju, ale też nie rzadko na terenie krajów UE, uniemożliwia jednoznaczną interpretację z oddziałami NFZ czy też Ministerstwem Zdrowia.

W związku z powyższym należy uczynić wszystko ażeby wyeliminować niejednoznaczną interpretacje funkcjonujących w pielęgniarstwie pojęć i wprowadzić wspólny język, który będzie spójny dla pielęgniarstwa.

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
dr n. med. Anna Koper**

Centrum Onkologii im. Prof F Łukaszczyka 85-796 Bydgoszcz
ul. Dr 1. Romanowskiej 2 kopera%co.bydgoszcz.pl tel. 052/3743204

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH
I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

dr n. med. Elżbieta Szałkiewicz

Centrum Pielęgnacyjne „Niebieski Parasol”, ul. Boenigka 9, 10-686 Olsztyn
niebieskiparasol@niebieskiparasol.org.pl, Jel. 89/543 14 33; fax,89/541 35 70

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek**

Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy ul. Żołnierska 18 A; 10-561 Olsztyn
e-mail: piskorz@miwssd.olsztyn.pl tel. 89/539 34 55, fax. 89/533 77 01

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO
mgr Beata Ostrzycka**

ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii Al. Wojska Polskiego 37,
10-228 Olsztyn e-mail: bostrzycka@wp.pl
tel. 89/539 80 78, fax 89/539 80 79

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ
mgr Izabela Kaptacz**

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, Zespół Opieki Paliatywnej „
Palium ” ul. Krakowska 45 a, 42-202 Częstochowa
e-mail: ikaptacz@wp.pl, tel./fax 34/360 54 91; 34/360 55 37

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
dr hab. Ewa Wilczek-Rużyczka prof. nadzw.**

Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego ul Gustawa Herlinga -
Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków e-mail: ewarozO@poczta.onet.pl

Merytoryczne uzasadnienie do Stanowiska konsultantów Krajowych w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego, Pielęgniarstwa przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych, Pielęgniarstwa Rodzinnego, Pielęgniarstwa Pediatricznego, Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, w sprawie stosowania Klasyfikacji ICNP ® w praktyce klinicznej

Wprowadzenie w szpitalach ICNP ® Jako Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej. Zalety wprowadzenia tej klasyfikacji dla praktyki pielęgniarskiej

Osią systemu dokumentowania jest zintegrowana dokumentacja pacjenta (ZDP), z której korzysta cały zespół terapeutyczny. Oznacza to, że wszystkie dokumenty dotyczące pobytu pacjenta w szpitalu/oddziale znajdują się w jednym miejscu i tworzą spójną całość. Obecnie istnieją dwa systemy dokumentowania, w formie papierowej oraz na nośnikach informatycznych.

Pielęgniarka świadcząc profesjonalną opiekę nad pacjentem jest zobowiązana do pracy zindywidualizowanej i systematycznej. Systematyczność tę zapewnia proces pielęgnowania wraz z niezbędną dokumentacją pielęgniarską, tj. kartą indywidualnej opieki pielęgniarskiej (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21.12.2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania - Dz. U. nr 216, poz. 1607).

Proces pielęgnowania wymaga zatem dobrze skonstruowanego systemu dokumentacji, który służyć będzie każdemu zespołowi pielęgniarskiemu niezależnie od dziedziny specjalizacji. Narzędzie to powinno stwarzać możliwość:

- odwołania się do poprzednich zapisów,
- zapewnienia ciągłości opieki pielęgniarskiej,
- uzyskania wiarygodnych informacji, m.in. dla celów prawnych.,
- oceny procesu pielęgnowania,
- monitorowania osiągniętych wyników dla celów zarówno klinicznych, jak również dydaktycznych.

Dokument ten powinien umożliwić zindywidualizowaną, ciągłą opiekę nad pacjentem, gwarancję kontynuacji opieki pielęgniarskiej oraz ujednoczenie formy zapisu podstawowych informacji dotyczących pacjenta.

W chwili obecnej mnogość oraz różnorodność wzorów dokumentacji, ale również terminologii pielęgniarskich stosowanych w Polsce przez środowisko pielęgniarskie wprowadza chaos w realizacji zadań oraz brak możliwości szeroko pojętej oceny opieki pielęgniarskiej,

rozwoju strategii ochrony i promocji zdrowia, ale również, ale również utrudnia wspierania klinicznych procesów podejmowania decyzji oraz tworzenie nowej wiedzy wynikającej z badań naukowych.

Międzynarodowy Katalog Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP) jest zbiorem podstawowych elementów praktyki pielęgniarskiej tj. czynności, które wykonuje personel pielęgniarski w odniesieniu do potrzeb pacjentów w celu uzyskania zaplanowanego rezultatu (działania, diagnozy i wyniki pielęgniarskie). Wprowadzenie ICNP, jako Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej w placówkach Ochrony Zdrowia w Polsce przyniesie szereg wymiernych korzyści. Główną, a zarazem niezwykle istotną wartością jest stworzone narzędzie do opisu i dokumentowania klinicznej praktyki pielęgniarskiej w oparciu o dostępne katalogi. Powszechny, ujednolicony język stosowany w katalogu umożliwi skorelowanie działań pielęgniarskich z uzyskanymi wynikami w celu zarządzania opieką pielęgniarską. Możliwe będzie również prowadzenie szerokich działań w zakresie opracowań statystycznych z wykorzystaniem czasookresu, populacji pacjentów i obszarów geograficznych.

Wypracowanie i wprowadzenie jednolitego modelu dokumentowania umożliwi kierunkowe podejmowanie działań, a w konsekwencji uzyskanie dobrych wyników w zakresie jakości świadczonej opieki pielęgniarskiej.

Bydgoszcz, dn. 26.09.2013 r.

dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK
Konsultant Krajowy w dziedzinie
Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Operacyjnego
Klinika Chirurgii Naczyń i Angiologii
Szpital Uniwersytecki nr 1 im . dr Jurasza w Bydgoszczy
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9,
85-094 Bydgoszcz

Sz. Pani
dr Dorota Kilańska,
Dyrektor Akredytowanego przez ICN
Centrum Badania i Rozwoju
Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki
Pielęgniarskiej (ICNP ®)
Przewodnicząca Rady ds. e-zdrowia w
Pielęgniarstwie, Centrum Systemów
Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor,

Jako Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego akceptuję i popieram Stanowisko Konsultantów Krajowych ds. Pielęgniarstwa z dnia 11 września 2013, realizujących zadania w Radzie ds. e-zdrowia w Pielęgniarstwie przy CSIOZ, dotyczące implementacji ICNP® do praktyki pielęgniarskiej. Popieram także starania różnych organizacji pielęgniarskich oraz innych gremiów zajmujących się uporządkowaniem praktyki pielęgniarskiej w tym obszarze.

Wdrożenie Międzynarodowego Standardu Praktyki Pielęgniarskiej będzie korzystne dla chorego, współpracowników, organizatorów Ochrony Zdrowia, rozwoju praktyki pielęgniarskiej, także nauki oraz płatnika (NFZ).

JNDYWIDUALNE I GRUPOWE PRAKTYKI

W związku z licznymi pytaniami dotyczącymi składania wniosków o wpis/zmianę lub wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przypominam, że zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z rejestru, (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 ze zm.)

- drukowane poniżej w pełnym brzmieniu.

wnioski powinny być składane wyłącznie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP.

Aby wypełnić wniosek należy zarejestrować się na stronie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

<https://www.rpwdl.csioz.gov.pl/rpz/login/login.jsf>

(w zakładce Aplikacja dla Praktyk Zawodowych)

Wniosek należy podpisać za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) gdzie wypełnić należy wniosek o założenie profilu zaufanego. Po wysłaniu – elektronicznie wniosku w ciągu 14 dni należy udać się do punktu potwierdzeń z prośbą o założenie profilu.

Jak i gdzie mogę uzyskać Profil Zaufany?

Profil Zaufany uzyskuje się poprzez utworzenie konta na ePUAP (**www.epuap.gov.pl**), a następnie złożenie odpowiedniego wniosku na ePUAP. Nie jest przy tym wymagane składanie żadnych podpisów elektronicznych. Następnie, w ciągu 14 dni od złożenia wniosku, należy udać się z dowodem osobistym lub paszportem do jednego z Punktów Potwierdzających, których lista jest dostępna na stronie **www.epuap.gov.pl w sekcji Profil Zaufany -> Rejestr PP.**

Uzyskanie Profilu Zaufanego możliwe jest również po przez samozaufanie, jest to funkcja pozwalającej na podpisanie Profilu Zaufanego własnym bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym ważnym kwalifikowanym certyfikatem.

Zgodnie z ustawą z dnia 1 czerwca 2011r. o działalności leczniczej art. 25 ust. 3 podmiot prowadzący działalność w ramach praktyki zawodowej, niezwłocznie nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, przekazuje

organowi prowadzącemu rejestr (OIPIP) dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia wystawiony przez ubezpieczyciela dołączony do wniosku o wpis/zmianę/ wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Od stycznia 2014 roku wszystkie wnioski przyjmowane będą wyłącznie w postaci elektronicznej.

Wychodząc naprzeciw osobom, które z różnych powodów nie będą mogły samodzielnie dokonać wpisu informuję, że będzie można wniosek złożyć osobiście w biurze OIPIP w Wałbrzychu z pomocą pracownika, który prowadzi rejestr.

Wniosek w formie papierowej nie będzie przyjmowany

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 29 września 2011 r.

w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z dnia 17 października 2011 r.)

Na podstawie art. 105 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092) zarządza się, co następuje:

§ 1. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) kod resortowy - kod stanowiący odpowiednią część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych;
- 2) jednostka organizacyjna - wyodrębnioną w regulaminie organizacyjnym część przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
- 3) komórka organizacyjna - wyodrębnioną w regulaminie organizacyjnym część jednostki organizacyjnej, o której mowa w pkt 2, albo, jeżeli to wynika ze struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, część przedsiębiorstwa tego podmiotu działającą poza jednostką organizacyjną;
- 4) identyfikator terytorialny - 7-znakowy identyfikator jednostek podziału terytorialnego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.2);
- 5) akredytacja w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia

podyplomowego - akredytację do prowadzenia stażu kierunkowego, stażu podyplomowego lub szkolenia specjalizacyjnego albo wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.3));

- 6) (1) akredytacja lub certyfikacja w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych - akredytację, o której mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654), lub certyfikację w zakresie ISO 9001 Systemy zarządzania jakością - Wymagania, dotyczącą całego podmiotu leczniczego albo jego przedsiębiorstwa, oraz certyfikację w zakresie ISO 15189 Laboratoria medyczne - Szczególne wymagania dotyczące jakości i kompetencji;
- 7) (2) certyfikat - certyfikat akredytacyjny wydany na podstawie ustawy, o której mowa w pkt 6, lub certyfikat jakości ISO wydany w wyniku certyfikacji, o której mowa w pkt 6;
- 8) specjalistyczna praktyka lekarska - indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
- 9) specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa - indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarstwa wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

§ 2.

1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zwanego dalej "rejestrem", dotyczący danych zawartych w jednym polu następuje poprzez zmianę całej treści tego pola.
2. Jeżeli dla danego podmiotu wykonującego działalność leczniczą nie występuje okoliczność wymagająca wpisania określonych danych w rubryce albo w polu, rubryki albo pola nie wypełnia się.

§ 3.

Wpis do rejestru, zmiana wpisu do rejestru albo wykreślenie z rejestru zawiera:

- 1) numer kolejny wpisu;
 - 2) oznaczenie organu dokonującego wpisu;
 - 3) datę dokonania wpisu;
 - 4) rodzaj wpisu: wpis do rejestru, zmiana wpisu do rejestru albo wykreślenie z rejestru.
-

§ 4.

1. Księga rejestrowa podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest oznaczona numerem księgi.
2. Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą jest nadawany przez organ prowadzący rejestr i składa się z dwunastu cyfr.
3. W przypadku gdy praktyka zawodowa będzie wykonywana na obszarze właściwości więcej niż jednej okręgowej izby lekarskiej albo okręgowej izby pielęgniarek i położnych, organ prowadzący rejestr dokonuje zmiany wpisu do rejestru w księdze rejestrowej tej praktyki zawodowej.

§ 5.

1. W dziale I księgi rejestrowej podmiotu leczniczego wpisuje się:
 - 1) w rubryce pierwszej - numer księgi rejestrowej;
 - 2) w rubryce drugiej - oznaczenie organu prowadzącego rejestr:
 - a) w polu pierwszym - literę "W" oznaczającą wojewodę, jako organ prowadzący rejestr,
 - b) w polu drugim - kod województwa, określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
 - 3) (3) w rubryce trzeciej - firmę, nazwę albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego;
 - 4) (4) w rubryce czwartej - adres siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej - adres do korespondencji:
 - a) w polu pierwszym - ulicę,
 - b) w polu drugim - numer domu,
 - c) w polu trzecim - numer lokalu,
 - d) w polu czwartym - kod pocztowy,
 - e) w polu piątym - miejscowość,
 - f) w polu szóstym - numer skrytki pocztowej,
 - g) w polu siódmym - oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa;
 - 5) w rubryce piątej - numer telefonu podmiotu leczniczego;
 - 6) w rubryce szóstej - adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego;
 - 7) w rubryce siódmej - adres strony internetowej podmiotu leczniczego;
 - 8) w rubryce ósmej - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się siedziba albo miejsce zamieszkania podmiotu leczniczego;
 - 9) (5) (uchylony);
 - 10) w rubryce dziesiątej - numer REGON podmiotu leczniczego (9-znakowy);
 - 11) w rubryce jedenastej - Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) podmiotu leczniczego;
 - 12) (6) w rubryce dwunastej - formę organizacyjno-prawną podmiotu leczniczego, oznaczoną kodem resortowym stanowiącym część IV

- systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
- 13) (7) w rubryce trzynastej - nazwę podmiotu tworzącego oraz kod resortowy stanowiący część III systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 14) w rubryce czternastej - informacje dotyczące prowadzenia działalności leczniczej:
- a) w polu pierwszym - datę rozpoczęcia działalności leczniczej,
 - b) w polu drugim - datę rozpoczęcia działalności leczniczej na podstawie zawiadomienia, o którym mowa w art. 104 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zwanej dalej "ustawą",
 - c) w polu trzecim - okres czasowego zaprzestania działalności, o którym mowa w art. 34 ust. 1 pkt 1 ustawy;
- 15) (8) w rubryce piętnastej - datę wpisu do rejestru;
- 16) w rubryce szesnastej - datę zmiany wpisu do rejestru;
- 17) w rubryce siedemnastej - informacje dotyczące wykreślenia podmiotu leczniczego z rejestru:
- a) w polu pierwszym - datę zakończenia działalności leczniczej,
 - b) w polu drugim - datę decyzji o wykreśleniu z rejestru,
 - c) w polu trzecim - numer decyzji o wykreśleniu z rejestru;
- 18) (9) w rubryce osiemnastej - informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:
- a) w polu pierwszym - datę wydania certyfikatu,
 - b) w polu drugim - zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 19) w rubryce dziewiętnastej - informacje dotyczące akredytacji w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego:
- a) w polu pierwszym - datę udzielenia akredytacji,
 - b) w polu drugim - zakres akredytacji: prowadzenie stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- 20) w rubryce dwudziestej - informacje dotyczące przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111 ustawy:
- a) w polu pierwszym - daty przeprowadzonych kontroli,
 - b) w polu drugim - wyniki przeprowadzonych kontroli;
- 21) (10) w rubryce dwudziestej pierwszej - informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy, a w przypadku gdy podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych - także informacje o tym ubezpieczeniu:
- a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),

- b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń) oraz sumę ubezpieczenia (dla wszystkich zdarzeń);
 - 22) w rubryce dwudziestej drugiej - nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 23) w rubryce dwudziestej trzeciej - adres i numer telefonu przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:
 - a) w polu pierwszym - ulicę,
 - b) w polu drugim - numer domu,
 - c) w polu trzecim - numer lokalu,
 - d) w polu czwartym - kod pocztowy,
 - e) w polu piątym - miejscowość,
 - f) w polu szóstym - numer telefonu;
 - 24) w rubryce dwudziestej czwartej - adres poczty elektronicznej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 25) w rubryce dwudziestej piątej - adres strony internetowej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 26) w rubryce dwudziestej szóstej - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego;
 - 27) w rubryce dwudziestej siódmej - numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy);
 - 28) w rubryce dwudziestej ósmej - rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 29) w rubryce dwudziestej dziewiątej - datę rozpoczęcia działalności leczniczej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 30) w rubryce trzydziestej - datę zakończenia działalności leczniczej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 31) (11) w rubryce trzydziestej pierwszej - miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego.
2. (12) W przypadku spółki cywilnej w rubryce trzeciej wpisuje się imiona i nazwiska każdego ze współników.

§ 6.

1. W dziale II księgi rejestrowej podmiotu leczniczego wpisuje się dane dotyczące jednostki organizacyjnej:
- 1) w rubryce pierwszej - nazwę jednostki organizacyjnej;
 - 2) w rubryce drugiej - adres i numer telefonu jednostki organizacyjnej:
 - a) w polu pierwszym - ulicę,
 - b) w polu drugim - numer domu,
 - c) w polu trzecim - numer lokalu,
 - d) w polu czwartym - kod pocztowy,

- e) w polu piątym - miejscowość,
 - f) w polu szóstym - numer telefonu;
 - 3) w rubryce trzeciej - adres poczty elektronicznej;
 - 4) w rubryce czwartej - adres strony internetowej jednostki organizacyjnej;
 - 5) w rubryce piątej - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się jednostka organizacyjna;
 - 6) w rubryce szóstej - numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy);
 - 7) w rubryce siódmej - kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 8) w rubryce ósmej - zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w jednostce organizacyjnej:
 - a) w polu pierwszym - kod resortowy funkcji ochrony zdrowia, stanowiący część IX systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - b) w polu drugim - kod resortowy dziedziny medycyny, stanowiący część X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 9) w rubryce dziewiątej - datę rozpoczęcia działalności przez jednostkę organizacyjną;
 - 10) w rubryce dziesiątej - okres czasowego zaprzestania działalności przez jednostkę organizacyjną, o którym mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2 ustawy;
 - 11) w rubryce jedenastej - datę zakończenia działalności przez jednostkę organizacyjną.
- 2. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego nie zostały wyodrębnione komórki organizacyjne, adres jednostki organizacyjnej jest adresem miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
 - 3. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego zostały wyodrębnione komórki organizacyjne, rubryki ósmej działu II nie wypełnia się.
 - 4. W przypadku gdy w jednostce organizacyjnej jest wykonywany więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych, wymienia się je w kolejnych punktach w rubryce ósmej działu II.

§ 7.

- 1. W dziale III księgi rejestrowej podmiotu leczniczego wpisuje się dane dotyczące komórki organizacyjnej:
 - 1) w rubryce pierwszej - nazwę komórki organizacyjnej;
 - 2) w rubryce drugiej - adres i numer telefonu komórki organizacyjnej:
 - a) w polu pierwszym - ulicę,
 - b) w polu drugim - numer domu,
 - c) w polu trzecim - numer lokalu,

- d) w polu czwartym - kod pocztowy,
 - e) w polu piątym - miejscowość,
 - f) w polu szóstym - numer telefonu;
 - 3) w rubryce trzeciej - adres poczty elektronicznej;
 - 4) w rubryce czwartej - adres strony internetowej;
 - 5) w rubryce piątej - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się komórka organizacyjna;
 - 6) w rubryce szóstej - numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy);
 - 7) w rubryce siódmej - kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną, stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 8) w rubryce ósmej - zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej:
 - a) w polu pierwszym - kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - b) w polu drugim - kod resortowy funkcji ochrony zdrowia, stanowiący część IX systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) w polu trzecim - kod resortowy dziedziny medycyny, stanowiący część X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 9) w rubryce dziewiątej - kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną, w której działa komórka organizacyjna, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 10) w rubryce dziesiątej - datę rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną;
 - 11) w rubryce jedenastej - okres czasowego zaprzestania działalności przez komórkę organizacyjną, o którym mowa w art. 34 ust. 1 pkt 2 ustawy;
 - 12) w rubryce dwunastej - datę zakończenia działalności komórki organizacyjnej;
 - 13) w rubryce trzynastej - liczbę łóżek w komórce organizacyjnej:
 - a) w polu pierwszym - liczbę łóżek ogółem,
 - b) w polu drugim - liczbę łóżek intensywnej opieki medycznej,
 - c) w polu trzecim - liczbę łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego,
 - d) w polu czwartym - liczbę łóżek dla noworodków,
 - e) w polu piątym - liczbę inkubatorów;
 - 14) w rubryce czternastej - liczbę stanowisk dializacyjnych;
 - 15) w rubryce piętnastej - liczbę miejsc pobytu dziennego.
2. Adres komórki organizacyjnej jest adresem miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. W przypadku gdy w komórce organizacyjnej jest wykonywany więcej niż jeden zakres świadczeń zdrowotnych, wymienia się je w kolejnych punktach w rubryce ósmej działu III.
-

4. W przypadku komórek organizacyjnych działających w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego poza jednostką organizacyjną rubryki dziewiątej działu III nie wypełnia się.

§ 8.

1. W księdze rejestrowej praktyki zawodowej lekarza wpisuje się:
- 1) w rubryce pierwszej - numer księgi rejestrowej;
 - 2) w rubryce drugiej - oznaczenie organu prowadzącego rejestr:
 - a) w polu pierwszym - literę "L" oznaczającą okręgową radę lekarską, jako organ prowadzący rejestr,
 - b) w polu drugim - kod okręgowej izby lekarskiej, określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
 - 3) w rubryce trzeciej - firmę oraz formę organizacyjno-prawną, w przypadku grupowej praktyki lekarskiej;
 - 4) w rubryce czwartej - imię i nazwisko lekarza oraz jego tytuł zawodowy, a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej - listę lekarzy wspólników albo partnerów spółki zawierającą:
 - a) w polu pierwszym - numer kolejny na liście,
 - b) w polu drugim - imiona i nazwiska oraz tytuły zawodowe,
 - c) w polu trzecim - imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem pełnionej funkcji;
 - 5) w rubryce piątej - numer wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyków, a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej - numer wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyków każdego ze wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
 - 6) w rubryce szóstej - numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej - numer prawa wykonywania zawodu każdego ze wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
 - 7) (13) (uchylony);
 - 8) w rubryce ósmej - Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP), a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej - Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) każdego ze wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
 - 9) (14) w rubryce dziewiątej - adres do korespondencji:
 - a) w polu pierwszym - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji,
 - b) w polu drugim ulicę,
 - c) w polu trzecim - numer domu,
 - d) w polu czwartym - numer lokalu,
 - e) w polu piątym - kod pocztowy,
 - f) w polu szóstym - miejscowość,
 - g) w polu siódmym - numer skrytki pocztowej,
 - h) w polu ósmym - oznaczenie placówki operatora pocztowego, w

której jest udostępniona skrytka pocztowa;

- 10) w rubryce dziesiątej - numer telefonu;
- 11) w rubryce jedenastej - adres poczty elektronicznej;
- 12) w rubryce dwunastej - adres strony internetowej;
- 13) w rubryce trzynastej - posiadane specjalizacje, w przypadku specjalistycznej praktyki lekarskiej, a w przypadku grupowej praktyki lekarskiej - specjalizacje poszczególnych wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
- 14) w rubryce czternastej - informacje dotyczące prowadzenia działalności leczniczej:
 - a) w polu pierwszym - datę rozpoczęcia działalności leczniczej,
 - b) w polu drugim - datę rozpoczęcia działalności leczniczej na podstawie zawiadomienia, o którym mowa w art. 104 ust. 2 ustawy,
 - c) w polu trzecim - okres zawieszenia działalności, o którym mowa w art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1447, z późn. zm.4)),
 - d) w polu czwartym - datę podjęcia działalności leczniczej po upływie okresu, o którym mowa w lit. c;
- 15) w rubryce piętnastej - rodzaj działalności leczniczej;
- 16) w rubryce szesnastej - kod rodzaju praktyki zawodowej, określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, ze wskazaniem dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- 17) w rubryce siedemnastej - zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:
 - a) w polu pierwszym - diagnostycznych,
 - b) w polu drugim - leczniczych,
 - c) w polu trzecim - rehabilitacyjnych,
 - d) w polu czwartym - uprawnienia do wydawania orzeczeń lekarskich;
- 18) (15) w rubryce osiemnastej - adres i numer telefonu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania - adres i numer telefonu miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej:
 - a) w pierwszym - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych albo miejsce przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej,
 - b) w polu drugim - ulicę,
 - c) w polu trzecim - numer domu,
 - d) w polu czwartym - numer lokalu,
 - e) w polu piątym - kod pocztowy,
 - f) w polu szóstym - miejscowość,

- g) w polu siódmym - numer telefonu,
 - h) w polu ósmym - nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
 - 19) (16) w rubryce dziewiętnastej - datę wpisu do rejestru;
 - 20) w rubryce dwudziestej - datę zmiany wpisu do rejestru;
 - 21) (17) w rubryce dwudziestej pierwszej - informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń);
 - 22) (18) w rubryce dwudziestej drugiej - informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:
 - a) w polu pierwszym - datę wydania certyfikatu,
 - b) w polu drugim - zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 23) w rubryce dwudziestej trzeciej - informacje dotyczące akredytacji w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego:
 - a) w polu pierwszym - datę udzielenia akredytacji,
 - b) w polu drugim - zakres akredytacji: prowadzenie stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
 - 24) w rubryce dwudziestej czwartej - informacje dotyczące przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - daty przeprowadzonych kontroli,
 - b) w polu drugim - wyniki przeprowadzonych kontroli;
 - 25) w rubryce dwudziestej piątej - informacje dotyczące wykreślenia praktyki zawodowej z rejestru:
 - a) w polu pierwszym - datę zakończenia działalności leczniczej,
 - b) w polu drugim - datę uchwały okręgowej rady lekarskiej o wykreśleniu z rejestru,
 - c) w polu trzecim - numer uchwały okręgowej rady lekarskiej o wykreśleniu z rejestru.
 - 26) (19) w rubryce dwudziestej szóstej - miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej.
2. W przypadku gdy świadczenia zdrowotne w ramach wykonywanej
-

praktyki zawodowej są udzielane w więcej niż jednym miejscu albo adres miejsca przyjmowania wezwań jest inny niż adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, w rubryce osiemnastej wpisuje się adres i numer telefonu każdego z tych miejsc.

3. W przypadku gdy lekarz prowadzi więcej niż jeden rodzaj praktyki zawodowej, w rubrykach: szesnastej, siedemnastej i osiemnastej wpisuje się informacje o każdym z nich.

§ 9.

1. W księdze rejestrowej praktyki zawodowej pielęgniarki wpisuje się:
 - 1) w rubryce pierwszej - numer księgi rejestrowej;
 - 2) w rubryce drugiej - oznaczenie organu prowadzącego rejestr:
 - a) w polu pierwszym - literę "P" oznaczającą okręgową radę pielęgniarek i położnych, jako organ prowadzący rejestr,
 - b) w polu drugim - kod okręgowej izby pielęgniarek i położnych, określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
 - 3) w rubryce trzeciej - firmę oraz formę organizacyjno-prawną, w przypadku grupowej praktyki pielęgniarek;
 - 4) w rubryce czwartej - imię i nazwisko pielęgniarki oraz jej tytuł zawodowy, a w przypadku grupowej praktyki pielęgniarek - listę pielęgniarek wspólników albo partnerów spółki zawierającą:
 - a) w polu pierwszym - numer kolejny na liście,
 - b) w polu drugim - imiona i nazwiska oraz tytuły zawodowe,
 - c) w polu trzecim - imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem pełnionej funkcji;
 - 5) w rubryce piątej - numer wpisu do rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych, a w przypadku grupowej praktyki pielęgniarek lub położnych - numer wpisu do rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych każdego ze wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
 - 6) w rubryce szóstej - numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku grupowej praktyki pielęgniarek - numer prawa wykonywania zawodu każdego ze wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
 - 7) (20) (uchylony);
 - 8) w rubryce ósmej - Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP), a w przypadku grupowej praktyki pielęgniarek - Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) każdego ze wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
 - 9) (21) w rubryce dziewiątej - adres do korespondencji:
 - a) w polu pierwszym - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji,
 - b) w polu drugim - ulicę,
 - c) w polu trzecim - numer domu,
 - d) w polu czwartym - numer lokalu,

- e) w polu piątym - kod pocztowy,
- f) w polu szóstym - miejscowość,
- g) w polu siódmym - numer skrytki pocztowej,
- h) w polu ósmym - oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa;
- 10) w rubryce dziesiątej - numer telefonu;
- 11) w rubryce jedenastej - adres poczty elektronicznej;
- 12) w rubryce dwunastej - adres strony internetowej;
- 13) w rubryce trzynastej - posiadane specjalizacje, w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarek, a w przypadku grupowej praktyki pielęgniarek - specjalizacje poszczególnych wspólników albo partnerów spółki, w kolejności wynikającej z listy, o której mowa w pkt 4;
- 14) w rubryce czternastej - informacje dotyczące prowadzenia działalności leczniczej:
 - a) w polu pierwszym - datę rozpoczęcia działalności leczniczej,
 - b) w polu drugim - datę rozpoczęcia działalności leczniczej na podstawie zawiadomienia, o którym mowa w art. 104 ust. 2 ustawy,
 - c) w polu trzecim - okres zawieszenia działalności, o którym mowa w art.14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej,
 - d) w polu czwartym - datę podjęcia działalności leczniczej, po upływie okresu, o którym mowa w lit. c;
- 15) w rubryce piętnastej - rodzaj działalności leczniczej;
- 16) w rubryce szesnastej - kod rodzaju praktyki zawodowej, określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, ze wskazaniem dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarek;
- 17) w rubryce siedemnastej - zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 18) (22) w rubryce osiemnastej - adres i numer telefonu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania - adres i numer telefonu miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej:
 - a) w polu pierwszym - identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych albo miejsce przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej,
 - b) w polu drugim - ulicę,
 - c) w polu trzecim - numer domu,
 - d) w polu czwartym - numer lokalu,
 - e) w polu piątym - kod pocztowy,
 - f) w polu szóstym - miejscowość,

- g) w polu siódmym - numer telefonu,
 - h) w polu ósmym - nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w przypadku indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
 - 19) (23) w rubryce dziewiętnastej - datę wpisu do rejestru;
 - 20) w rubryce dwudziestej - datę zmiany wpisu do rejestru;
 - 21) (24) w rubryce dwudziestej pierwszej - informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń);
 - 22) (25) w rubryce dwudziestej drugiej - informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:
 - a) w polu pierwszym - datę wydania certyfikatu,
 - b) w polu drugim - zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 23) w rubryce dwudziestej trzeciej - informacje dotyczące przeprowadzonych kontroli, o których mowa w art. 111 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - daty przeprowadzonych kontroli,
 - b) w polu drugim - wyniki przeprowadzonych kontroli;
 - 24) w rubryce dwudziestej czwartej - informacje dotyczące wykreślenia z rejestru:
 - a) w polu pierwszym - datę zakończenia działalności leczniczej,
 - b) w polu drugim - datę uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wykreśleniu z rejestru,
 - c) w polu trzecim - numer uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wykreśleniu z rejestru.
 - 25) (26) w rubryce dwudziestej piątej - miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej.
2. W przypadku gdy świadczenia zdrowotne w ramach wykonywanej praktyki zawodowej są udzielane w więcej niż jednym miejscu albo adres miejsca przyjmowania wezwań jest inny niż adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, w rubryce osiemnastej wpisuje się adres i numer telefonu każdego z tych miejsc.
3. W przypadku gdy pielęgniarka prowadzi więcej niż jeden rodzaj praktyki zawodowej, w rubrykach: szesnastej, siedemnastej i osiemnastej wpisuje się informacje o każdym z nich.

§ 10.

1. Podstawę dokonania wpisu w rejestrze stanowi wniosek o:
-

- 1) wpis do rejestru;
- 2) zmianę wpisu do rejestru;
- 3) wykreślenie z rejestru.
2. Wpisów w zakresie informacji o przeprowadzeniu kontroli, o których mowa w art. 111 ustawy, oraz o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ustawy, organ prowadzący rejestr dokonuje z urzędu.
3. W przypadku gdy wniosek o czasowe zaprzestanie działalności leczniczej dotyczy jednej lub więcej jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego działających poza obszarem właściwości organu prowadzącego rejestr, właściwy wojewoda przekazuje organowi prowadzącemu rejestr informację o wyrażeniu zgody na czasowe zaprzestanie działalności.

§ 11.

1. Wniosek o wpis podmiotu leczniczego do rejestru zawiera:
 - 1) określenie rodzaju wniosku: o wpis do rejestru, o zmianę wpisu do rejestru, o wykreślenie z rejestru;
 - 2) numer księgi rejestrowej;
 - 3) oznaczenie organu prowadzącego rejestr, zawierające literę "W" oraz kod województwa, określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
 - 4) (27) firmę, nazwę albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego;
 - 5) (28) adres zamieszkania - w przypadku osoby fizycznej lub spółki cywilnej:
 - a) ulicę,
 - b) numer domu,
 - c) numer lokalu,
 - d) kod pocztowy,
 - e) miejscowość;
 - 5a) (29) adres siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej - adres do korespondencji:
 - a) ulicę,
 - b) numer domu,
 - c) numer lokalu,
 - d) kod pocztowy,
 - e) miejscowość,
 - f) numer skrytki pocztowej - w przypadku adresu do korespondencji osoby fizycznej,
 - g) oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa, o której mowa w lit. f;
- 6) numer telefonu podmiotu leczniczego;
- 7) adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego;
- 8) adres strony internetowej podmiotu leczniczego, jeżeli posiada;
- 9) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się siedziba albo miejsce zamieszkania podmiotu

- lecniczego;
- 10) (30) (uchylony);
 - 11) (31) numer REGON podmiotu leczniczego (9-znakowy);
 - 12) (32) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP) podmiotu leczniczego;
 - 13) (33) formę organizacyjno-prawną podmiotu leczniczego, oznaczoną kodem resortowym stanowiącym część IV systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 14) (34) nazwę podmiotu tworzącego oraz kod resortowy stanowiący część III systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
 - 15) (35) informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli posiada:
 - a) datę wydania certyfikatu,
 - b) zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 16) informacje dotyczące akredytacji w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego, jeżeli posiada:
 - a) datę udzielenia akredytacji,
 - b) zakres akredytacji: prowadzenie stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - 17) (36) informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy, a w przypadku gdy podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych - także informacje o tym ubezpieczeniu:
 - a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń) oraz sumę ubezpieczenia (dla wszystkich zdarzeń);
 - 18) nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 19) numer telefonu i adres przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:
 - a) ulicę,
 - b) numer domu,
 - c) numer lokalu,
 - d) kod pocztowy,
 - e) miejscowość;
 - 20) adres poczty elektronicznej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 21) adres strony internetowej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeżeli posiada;
 - 22) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego;
-

- 23) numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy);
 - 24) określenie rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, oznaczonego kodem resortowym stanowiącym część VI systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 25) datę rozpoczęcia działalności leczniczej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
 - 26) wykaz jednostek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeżeli są wyodrębnione w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 27) wykaz komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, jeżeli są wyodrębnione w strukturze organizacyjnej jednostki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego albo działają poza jednostką organizacyjną tego przedsiębiorstwa;
 - 28) datę zakończenia działalności leczniczej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego;
 - 28a) (37) miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku likwidacji podmiotu leczniczego;
 - 29) datę złożenia wniosku oraz podpis osoby uprawnionej do złożenia wniosku, ze wskazaniem jej imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.
2. Wykaz jednostek organizacyjnych, o którym mowa w ust. 1 pkt 26, zawiera:
- 1) nazwę jednostki organizacyjnej;
 - 2) numer telefonu i adres jednostki organizacyjnej:
 - a) ulicę,
 - b) numer domu,
 - c) numer lokalu,
 - d) kod pocztowy,
 - e) miejscowość;
 - 3) adres poczty elektronicznej jednostki organizacyjnej;
 - 4) adres strony internetowej jednostki organizacyjnej, jeżeli posiada;
 - 5) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się jednostka organizacyjna;
 - 6) numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy);
 - 7) kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 8) zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w jednostce organizacyjnej, jeżeli w jednostce organizacyjnej nie zostały wydzielone komórki organizacyjne, oznaczony kodem resortowym:
 - a) funkcji ochrony zdrowia stanowiącym część IX systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
-

- b) dziedziny medycyny stanowiącym część X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 9) datę rozpoczęcia działalności leczniczej przez jednostkę organizacyjną;
 - 10) datę zakończenia działalności leczniczej przez jednostkę organizacyjną.
3. Wykaz komórek organizacyjnych, o którym mowa w ust. 1 pkt 27, zawiera:
- 1) nazwę komórki organizacyjnej;
 - 2) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się komórka organizacyjna;
 - 3) numer telefonu i adres komórki organizacyjnej:
 - a) ulicę,
 - b) numer domu,
 - c) numer lokalu,
 - d) kod pocztowy,
 - e) miejscowość;
 - 4) adres poczty elektronicznej komórki organizacyjnej;
 - 5) numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego (14-znakowy);
 - 6) kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną, w której jest wyodrębniona komórka organizacyjna, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, jeżeli komórka organizacyjna działa w strukturze jednostki organizacyjnej;
 - 7) kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną, stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 8) zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych w komórce organizacyjnej, oznaczony kodem resortowym:
 - a) charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej stanowiącym część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - b) funkcji ochrony zdrowia stanowiącym część IX systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,
 - c) dziedziny medycyny stanowiącym część X systemu resortowych kodów identyfikacyjnych;
 - 9) liczbę łóżek w komórce organizacyjnej, w tym łóżek intensywnej opieki medycznej, łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego, liczbę łóżek dla noworodków oraz liczbę inkubatorów;
 - 10) liczbę stanowisk dializacyjnych w komórce organizacyjnej;
 - 11) liczbę miejsc pobytu dziennego w komórce organizacyjnej;
 - 12) datę rozpoczęcia działalności leczniczej przez komórkę organizacyjną;
 - 13) datę zakończenia działalności leczniczej przez komórkę organizacyjną.
4. W przypadku wniosku o wpis do rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3-14, 18-27 i 29, ust. 2 pkt 1-9 oraz ust. 3
-

pkt 1-12.

5. W przypadku wniosku o zmianę wpisu do rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 i 29, oraz informacje i dane, których dotyczy zmiana.
6. (38) W przypadku wniosku o wykreślenie z rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 oraz w pkt 28, 28a i 29.
7. (39) W przypadku spółki cywilnej we wniosku o wpis do rejestru podaje się imiona i nazwiska oraz adresy zamieszkania każdego ze wspólników.
8. Adresem miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych jest adres komórki organizacyjnej, a w przypadku gdy w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego nie są wyodrębnione komórki organizacyjne - adres jednostki organizacyjnej.
9. W przypadku gdy w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego są wyodrębnione jednostki organizacyjne i komórki organizacyjne, dane dotyczące zakresu świadczeń zdrowotnych oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych podaje się tylko dla komórki organizacyjnej.
10. W przypadku gdy podmiot leczniczy prowadzi więcej niż jedno przedsiębiorstwo, wymienia się je w kolejnych punktach.
11. W przypadku wyodrębnienia więcej niż jednej jednostki organizacyjnej lub komórki organizacyjnej, wymienia się je w kolejnych punktach.

§ 12. 1. Wniosek o wpis praktyki zawodowej lekarza do rejestru zawiera:

- 1) określenie rodzaju wniosku: o wpis do rejestru, o zmianę wpisu do rejestru, o wykreślenie z rejestru;
 - 2) numer księgi rejestrowej;
 - 3) oznaczenie organu prowadzącego rejestr, zawierające literę "L" oraz kod okręgowej izby lekarskiej, określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
 - 4) imię i nazwisko lekarza oraz jego tytuł zawodowy;
 - 5) numer wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyków;
 - 6) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 7) (40) (uchylony);
 - 8) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
 - 9) (41) adres do korespondencji:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość,
-

- g) numer skrytki pocztowej,
- h) oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa;
- 10) numer telefonu;
- 11) adres poczty elektronicznej;
- 12) adres strony internetowej, jeżeli posiada;
- 13) posiadane specjalizacje, w przypadku specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- 14) datę rozpoczęcia działalności leczniczej;
- 15) okres zawieszenia działalności, o którym mowa w art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej;
- 16) datę podjęcia działalności leczniczej po upływie okresu, o którym mowa w pkt 15;
- 17) kod rodzaju praktyki zawodowej, określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, ze wskazaniem dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- 18) zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych: diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz informację o uprawnieniu do wydawania orzeczeń lekarskich;
- 19) (42) numer telefonu i adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość,
- g) nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
- 20) (43) informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń);
- 21) (44) informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli posiada:
 - a) datę wydania certyfikatu,
 - b) zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 22) informacje dotyczące akredytacji w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego;

- a) datę udzielenia akredytacji,
- b) zakres akredytacji: prowadzenie stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeżeli posiada;
- 23) datę zakończenia działalności leczniczej;
- 23a) (45) miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej;
- 24) datę złożenia wniosku oraz podpis lekarza.
- 2. (46) W przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, wniosek o wpis tej praktyki do rejestru, zamiast numeru telefonu i adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 19, zawiera numer telefonu i adres miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, zawierający informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 19 lit. a-f.
- 3. W przypadku grupowej praktyki lekarskiej wniosek, o którym mowa w ust. 1, składa się z dwóch części:
 - 1) część I zawiera informacje o spółce wykonującej działalność leczniczą jako grupowa praktyka lekarska;
 - 2) część II zawiera informacje o wspólniku albo partnerze spółki, o której mowa w pkt 1.
- 4. Część I wniosku zawiera:
 - 1) określenie rodzaju wniosku: o wpis do rejestru, o zmianę wpisu do rejestru, o wykreślenie z rejestru;
 - 2) numer księgi rejestrowej;
 - 3) oznaczenie organu prowadzącego rejestr, zawierające literę "L" oraz kod okręgowej izby lekarskiej, określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
 - 4) firmę i formę organizacyjno-prawną spółki;
 - 5) (47) (uchylony);
 - 6) imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki;
 - 7) (48) adres do korespondencji:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość,

- g) numer skrytki pocztowej,
 - h) oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa;
 - 8) numer telefonu;
 - 9) adres poczty elektronicznej;
 - 10) adres strony internetowej, jeżeli posiada;
 - 11) listę lekarzy stron umowy spółki cywilnej, wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem ich imion i nazwisk, tytułów zawodowych, miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania spółki;
 - 12) datę rozpoczęcia działalności leczniczej;
 - 13) okres zawieszenia działalności, o którym mowa w art.14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej;
 - 14) datę podjęcia działalności leczniczej po upływie okresu, o którym mowa w pkt 13;
 - 15) (49) informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli posiada:
 - a) datę wydania certyfikatu,
 - b) zakres akredytacji lub certyfikacji;
 - 16) informacje dotyczące akredytacji w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego:
 - a) datę udzielenia akredytacji,
 - b) zakres akredytacji: prowadzenie stażu kierunkowego, stażu podyplomowego, szkolenia specjalizacyjnego, wpis na listę podmiotów uprawnionych do szkolenia w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, jeżeli posiada;
 - 17) (50) informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń);
 - 18) datę zakończenia działalności leczniczej;
 - 18a) (51) miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej;
 - 19) datę złożenia wniosku oraz podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem jej imienia i nazwiska oraz pełnionej funkcji.
5. Część II wniosku zawiera:
- 1) numer lekarza na liście, o której mowa w ust. 4 pkt 11;
 - 2) imię i nazwisko;
 - 3) kod okręgowej izby lekarskiej, której członkiem jest lekarz, określony
-

- w załączniku nr 2 do rozporządzenia;
- 4) numer wpisu do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów;
 - 5) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 6) (52) (uchylony);
 - 7) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
 - 8) posiadane specjalizacje, w przypadku specjalistycznej praktyki lekarskiej;
 - 9) kod rodzaju praktyki zawodowej, jaką lekarz wykonuje w ramach grupowej praktyki lekarskiej, określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, ze wskazaniem dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki lekarskiej;
 - 10) zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych: diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz informację o uprawnieniu do wydawania orzeczeń lekarskich;
 - 11) (53) numer telefonu i adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania - numer telefonu i adres miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych albo miejsce przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość;
 - 12) adres poczty elektronicznej;
 - 13) datę rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki lekarskiej;
 - 14) datę zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki lekarskiej;
 - 15) podpis lekarza.
6. W przypadku gdy świadczenia zdrowotne są udzielane w więcej niż jednym miejscu albo adres miejsca przyjmowania wezwań jest inny niż adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, we wniosku wpisuje się adres i numer telefonu każdego z tych miejsc.
7. W przypadku wniosku o wpis do rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3-14, 17-19 i 24 albo w ust. 4 pkt 1, 3-12 i 19 oraz w ust. 5 pkt 1-13 i 15, odrębnie dla każdego ze współników albo partnerów spółki.
8. W przypadku wniosku o zmianę wpisu do rejestru podaje się informacje
-

i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 i 24 albo w ust. 4 pkt 1-4 i 19, oraz informacje i dane, których dotyczy zmiana.

9. (54) W przypadku wniosku o wykreślenie z rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 i 23-24 albo w ust. 4 pkt 1-4 i 18-19.

§ 13.

1. Wniosek o wpis praktyki zawodowej pielęgniarki do rejestru zawiera:

- 1) określenie rodzaju wniosku: o wpis do rejestru, o zmianę wpisu do rejestru, o wykreślenie z rejestru;
- 2) numer księgi rejestrowej;
- 3) oznaczenie organu prowadzącego rejestr, zawierające literę "P" oraz kod okręgowej izby pielęgniarek i położnych, określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 4) imię i nazwisko pielęgniarki oraz jej tytuł zawodowy;
- 5) numer wpisu do rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych;
- 6) numer prawa wykonywania zawodu;
- 7) (55) (uchylony);
- 8) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
- 9) (56) adres do korespondencji:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość,
 - g) numer skrytki pocztowej,
 - h) oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa;
- 10) numer telefonu;
- 11) adres poczty elektronicznej;
- 12) adres strony internetowej, jeżeli posiada;
- 13) posiadane specjalizacje, w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarki;
- 14) datę rozpoczęcia działalności leczniczej;
- 15) okres zawieszenia działalności leczniczej, o którym mowa w art. 14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej;
- 16) datę podjęcia działalności leczniczej po upływie okresu, o którym mowa w pkt 15;
- 17) kod rodzaju praktyki zawodowej, określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, ze wskazaniem dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarki;
- 18) zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 19) (57) numer telefonu i adres miejsca udzielania świadczeń

- zdrowotnych:
- a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość,
 - g) nazwę przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w przypadku indywidualnej praktyki pielęgnarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgnarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;
- 20) (58) informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli posiada:
- a) datę wydania certyfikatu,
 - b) zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 21) (59) informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy:
- a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia do dnia),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń);
- 22) datę zakończenia działalności leczniczej;
- 22a) (60) miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej;
- 23) datę złożenia wniosku oraz podpis pielęgnarskiej.
2. (61) W przypadku indywidualnej praktyki pielęgnarskiej wyłącznie w miejscu wezwania albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgnarskiej wyłącznie w miejscu wezwania, wnioski o wpis tej praktyki do rejestru, zamiast numeru telefonu i adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 19, zawiera numer telefonu i adres miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, zawierający informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 19 lit. a-f.
3. W przypadku grupowej praktyki pielęgnarskiej wnioski, o którym mowa w ust. 1, składa się z dwóch części:
- 1) część I zawiera informacje o spółce wykonującej działalność leczniczą jako grupowa praktyka pielęgnarska;
 - 2) część II zawiera informacje o wspólniku albo partnerze spółki, o której mowa w pkt 1.
4. Część I wniosku zawiera:
- 1) określenie rodzaju wniosku: o wpis do rejestru, o zmianę wpisu do rejestru, o wykreślenie z rejestru;
 - 2) numer księgi rejestrowej;
-

- 3) oznaczenie organu prowadzącego rejestr, zawierające literę "P" oraz kod okręgowej izby pielęgniarek i położnych, określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
- 4) firmę i formę organizacyjno-prawną spółki;
- 5) (62) (uchylony);
- 6) imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki;
- 7) (63) adres do korespondencji:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość,
 - g) numer skrytki pocztowej,
 - h) oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa;
- 8) numer telefonu;
- 9) adres poczty elektronicznej;
- 10) adres strony internetowej, jeżeli posiada;
- 11) listę pielęgniarek wspólników albo partnerów spółki, ze wskazaniem ich imion i nazwisk, miejsc zamieszkania oraz imienia i nazwiska osoby uprawnionej do reprezentowania spółki;
- 12) datę rozpoczęcia działalności leczniczej;
- 13) okres zawieszenia działalności leczniczej, o którym mowa w art.14a ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej;
- 14) datę podjęcia działalności leczniczej po upływie okresu, o którym mowa w pkt 13;
- 15) (64) informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, jeżeli posiada:
 - a) datę wydania certyfikatu,
 - b) zakres akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 16) (65) informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy:
 - a) w polu pierwszym - okres ubezpieczenia (od dnia ... do dnia ...),
 - b) w polu drugim - zakres ubezpieczenia,
 - c) w polu trzecim - sumę gwarancyjną (dla wszystkich zdarzeń);
- 17) datę zakończenia działalności leczniczej;
- 17a) (66) miejsce przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej;
- 18) datę złożenia wniosku oraz podpis osoby uprawnionej do reprezentowania spółki, ze wskazaniem jej imienia i nazwiska oraz

pełnionej funkcji.

5. Część II wniosku zawiera:

- 1) numer pielęgniarki na liście, o której mowa w ust. 4 pkt 11;
 - 2) imię i nazwisko pielęgniarki;
 - 3) kod okręgowej izby pielęgniarek lub położnych, której pielęgniarka jest członkiem, określony w załączniku nr 3 do rozporządzenia;
 - 4) numer wpisu do rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych;
 - 5) numer prawa wykonywania zawodu;
 - 6) (67) (uchylony);
 - 7) Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP);
 - 8) posiadane specjalizacje, w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa;
 - 9) rodzaj praktyki zawodowej, jaką pielęgniarka wykonuje w ramach grupowej praktyki pielęgniarek, określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia, ze wskazaniem dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa;
 - 10) zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
 - 11) (68) numer telefonu i adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania - numer telefonu i adres miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej:
 - a) identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych albo miejsce przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej,
 - b) ulicę,
 - c) numer domu,
 - d) numer lokalu,
 - e) kod pocztowy,
 - f) miejscowość;
 - 12) adres poczty elektronicznej;
 - 13) datę rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki pielęgniarek;
 - 14) datę zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki pielęgniarek;
 - 15) podpis pielęgniarki.
6. W przypadku gdy świadczenia zdrowotne są udzielane w więcej niż jednym miejscu albo adres miejsca przyjmowania wezwań jest inny niż adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, we wniosku wpisuje się adres i numer telefonu każdego z tych miejsc.
7. W przypadku wniosku o wpis do rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3-14, 17-19 i 23 albo w ust. 4 pkt 1, 3-12 i

18 oraz ust. 5 pkt 1-13 i 15, odrębnie dla każdego ze współników albo partnerów spółki.

8. W przypadku wniosku o zmianę wpisu do rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 i 23 albo w ust. 4 pkt 1-4 i 18, oraz informacje i dane, których dotyczy zmiana.

9. (69) W przypadku wniosku o wykreślenie z rejestru podaje się informacje i dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1-4 i 22-23 albo w ust. 4 pkt 1-4 i 17-18.

§ 14. Wniosek, o którym mowa w § 10, składa się w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn. zm.5)) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.6)).

§ 15.

1. Organ prowadzący rejestr sprawdza kompletność wniosku.

2. Po złożeniu wniosku, a przed dokonaniem wpisu wnioskodawca może złożyć korektę wniosku.

§ 16.

1. Zaświadczenie o wpisie podmiotu wykonującego działalność leczniczą do rejestru zawiera:

- 1) numer zaświadczenia;
- 2) oznaczenie organu prowadzącego rejestr;
- 3) numer księgi rejestrowej;
- 4) (70) firmę, nazwę albo imię i nazwisko podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 5) oznaczenie rodzaju praktyki zawodowej - w przypadku praktyki zawodowej;
- 6) adres w sieci publicznej (Internet) wskazujący dokładną lokalizację księgi rejestrowej;
- 7) datę wystawienia.

2. Zaświadczenie jest wystawiane w postaci elektronicznej i generowane z systemu teleinformatycznego w sposób umożliwiający jego wydruk. Nie wymaga podpisu ani pieczęci.

§ 17. Organ prowadzący rejestr przekazuje wnioskodawcy, na adres poczty elektronicznej wskazany we wniosku, informację o wydaniu zaświadczenia, o którym mowa w § 16, oraz dane umożliwiające pobranie zaświadczenia z systemu teleinformatycznego.

§ 18.

1. (71) W okresie do dnia 31 marca 2013 r. dopuszcza się składanie wniosku, o którym mowa w § 10, w postaci papierowej.

2. W przypadku złożenia wniosku w postaci papierowej wnioskodawca

może żądać wydania zaświadczenia w tej postaci.

§ 19. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.7)

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie §1ust.2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakres udzielania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 76, poz. 489 oraz z 2011 r. Nr 131, poz. 764, Nr 139, poz. 814, Nr 171, poz. 1016 i Nr 204, poz. 1195.

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708, z 2010 r. Nr 81, poz. 531, Nr 107, poz. 679 i Nr 238, poz. 1578 oraz z 2011 r. Nr 84, poz. 455, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i 658 i Nr 122, poz. 696.

4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 239, poz. 1593 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 120, poz. 690, Nr 131, poz. 764, Nr 132, poz. 766, Nr 153, poz. 902, Nr 163, poz. 981, Nr 171, poz. 1016, Nr 199, poz. 1175 i Nr 204, poz. 1195.

5) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152 i Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565, z 2006 r. Nr 145, poz. 1050, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, z 2010 r. Nr 40, poz. 230 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622.

6) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 185, poz. 1092 i Nr 204, poz. 1195.

7) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169, poz. 1781 oraz z 2007 r. Nr 196, poz. 1424), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich (Dz. U. Nr 60, poz. 409) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk pielęgnarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgnarek, położnych i grupowych praktyk pielęgnarek, położnych (Dz. U. Nr 203, poz. 1465 oraz z 2009 r. Nr 37, poz. 295), które tracą moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 219 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092).

ZAŁĄCZNIKI

ZAŁĄCZNIK Nr 1 KODY WOJEWÓDZTW

Województwo dolnośląskie - 02
Województwo kujawsko-pomorskie - 04
Województwo lubelskie - 06
Województwo lubuskie - 08
Województwo łódzkie - 10
Województwo małopolskie - 12
Województwo mazowieckie - 14
Województwo opolskie - 16
Województwo podkarpackie - 18
Województwo podlaskie - 20
Województwo pomorskie - 22
Województwo śląskie - 24
Województwo świętokrzyskie - 26
Województwo warmińsko-mazurskie - 28
Województwo wielkopolskie - 30

Województwo zachodniopomorskie - 32

ZAŁĄCZNIK Nr 2
KODY OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

- 50 Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
- 51 Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej
- 52 Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy
- 53 Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
- 54 Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim
- 55 Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach
- 56 Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
- 57 Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
- 58 Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie
- 59 Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
- 60 Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie
- 61 Okręgowa Izba Lekarska w Opolu
- 62 Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
- 63 Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
- 64 Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
- 65 Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
- 66 Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
- 67 Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu
- 68 Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
- 69 Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
- 70 Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
- 72 Wojskowa Izba Lekarska
- 74 Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
- 75 Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie

ZAŁĄCZNIK Nr 3
KODY OKRĘGOWYCH IZB PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

- 01 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
- 02 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku
- 03 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej
- 04 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy
- 05 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Chełmie
- 06 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ciechanowie
- 07 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- 08 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Elblągu
- 09 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku
- 10 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim
- 11 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze
- 12 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
- 13 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
- 14 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
- 15 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koninie

- 16 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
- 17 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
- 18 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 19 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lesznie
- 20 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie
- 21 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łomży
- 22 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 23 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie
- 24 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
- 25 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce
- 26 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Pile
- 27 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Płocku
- 28 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu
- 29 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku
- 30 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu
- 31 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
- 32 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach
- 33 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Sieradzu
- 34 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Słupsku
- 35 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Suwałkach
- 36 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie
- 37 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu
- 38 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie
- 39 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu
- 40 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- 41 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
- 42 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Włocławku
- 43 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
- 44 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- 45 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze

ZAŁĄCZNIK Nr 4

KODY RODZAJÓW PRAKTYK ZAWODOWYCH

- 93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 95 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- 97 - grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarek
- 98 - indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka pielęgniarki
- 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki



SZKOLENIA I KONFERENCJE

W dniach od 13.04.2011 do 16.04.2013 w Wiśle odbył się XVI Zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Pielęgniarstwo epidemiologiczne jest służbą na rzecz drugiego człowieka, czego wyrazem było motto Zjazdu - słowa papieża Jana Pawła II.

„...W swoją niezastąpioną pracę zawodową wkładajcie serce, które jedynie jest zdolne nadać jej ludzkie oblicze...”

Tematyka Zjazdu poświęcona była różnym aspektom prewencji zakażeń szpitalnych. W spotkaniu udział wzięło ok.300 pielęgniarek epidemiologicznych z całej polski oraz wielu zaproszonych gości, m.in.: mgr Beata Ochocka - Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego, dr n.med. Marzanna Bartoszewicz - Konsultant Wojewódzki ds. Mikrobiologii woj. Dolnośląskiego, prof. Małgorzata Bulanda Prezes Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych, wielu innych profesjonalistów stworzyło nam możliwość nie tylko poszerzenia swojej wiedzy na temat zakażeń szpitalnych ale także wymiany doświadczeń z wieloma wspaniałymi, bardzo zaangażowanymi w swoją pracę pielęgniarkami epidemiologicznymi.

W pierwszym dniu Zjazdu odbyło się walne zebranie członków PSPE. Podsumowano ostatni rok pracy Zarządu.

Poruszono bardzo wiele tematów m.. in.:

mgr farm. Marzena Korbecka-Paczkowska

System dobrany do rany

Wystąpienie infekcji miejscowej w ranie jest jednym z głównych czynników wpływających na zahamowanie procesu gojenia rany, a w konsekwencji może stanowić zagrożenie dla pacjenta. Z tego powodu rozpoznanie stanu infekcji powinno być jednoznaczne z rozpoczęciem miejscowego leczenia przeciwdrobnoustrojowego, ponieważ wilgotne, bogate w substancje odżywcze środowisko rany stanowi idealne warunki dla rozwoju chorobotwórczych mikroorganizmów. Za najczęstszy czynnik etiologiczny wywołujący zakażenie rany uznawane są bakterie (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Pseudomonas aeruginosa*) oraz grzyby (*Candida* spp), posiadające zdolność

formowania struktury biofilmu. Sytuacja ta jest niekorzystna i może powodować wiele trudności leczniczych ze względu na nadzwyczajną oporność drobnoustrojów w biofilmie na podawane miejscowo leki (zwłaszcza antybiotyki). Z tego powodu najprostszym sposobem eradykacji szkodliwych mikroorganizmów jest oczyszczanie rany oraz stosowanie miejscowych leków antyseptycznych o potwierdzonej skuteczności penetracji biofilmu.

Aby leczenie infekcji rany przebiegało pomyślnie należy stosować cztery podstawowe reguły: oczyszczanie rany, stosowanie miejscowych leków antyseptycznych o szerokim spektrum oraz niskiej cytotoksyczności (BI>1), stosowanie opatrunków specjalistycznych oraz wdrożenie ewentualnej antybiotykoterapii ogólnoustrojowej. Zgodnie z wytycznymi grupy ekspertów PTLR dotyczącymi postępowania miejscowego oraz ogólnego w ranach objętych procesem infekcji, należy pamiętać, że: w ranach zagrożonych infekcją stosujemy zawsze miejscowo lek antyseptyczny oraz opatrunek z lub bez zawartości substancji antybakteryjnej. Na uwagę zasługuje fakt, iż zgodnie z ww. wytycznymi wskazania do użycia miejscowych leków antyseptycznych obejmują zarówno działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie zakażeniom oraz ich nawrotom u pacjentów z grup ryzyka jak również lecznicze w przypadku infekcji miejscowej lub też uogólniającej się.

Z tego też powodu najczęściej wybieranym sposobem stosowania miejscowego zarówno w profilaktyce jak i leczeniu zakażenia miejscowego jest duet dobrany do walki z infekcją – Octenisept lek na rany oraz Octenilin żel – antybakteryjny opatrunek w żelu. Dichlorowodorek octenidyny (octenisept, octenilin żel), to substancja rekomendowana przez Polskie Towarzystwo Leczenia Ran, wynika to z faktu, iż posiada bardzo szerokie spektrum działania obejmującego bakterie G(+), G(-), (w tym szczepy wielolekooporne jak MRSA, Enterokoki, Pseudomonas), grzyby, oraz bardzo niskiej cytotoksyczności (BI 1,7 oraz 2,1).

Opatrunek antybakteryjny Octenilin żel spełnia w ranie trzy funkcje – oczyszczającą, nawilżającą oraz antybakteryjną, ponadto posiada właściwości sekwestracji w ranach z umiarkowanym wysiękiem.

Kolejnym istotnym elementem, odgrywającym ważną rolę w terapii zainfekowanej rany przewlekłej jest odpowiedni opatrunek, dobierany zawsze zgodnie z charakterystyką miejscową rany, fazą gojenia oraz ilością wysięku. Opatrunek powinien utrzymać z jednej strony odpowiednio wilgotne środowisko, z drugiej natomiast chronić brzegi rany przed macerującym działaniem wysięku. W ranach z toczącym się

procesem infekcyjnym rekomendowane są opatrunki antybakteryjne, posiadające zdolność sekwestracji wysięku, oraz absorpcji zapachu – takim rekomendowanym z naszej strony jest octenilin żel – opatrunek antybakteryjny w żelu doskonale dopasowujący się do łożyska rany. Najskuteczniejszym duetem w walce z wysiękiem są opatrunki – schulke Aquafiber (opatrunek hydrowłóknisty) oraz schulke opatrunek piankowy. Pamiętajć jednak należy aby stosowanie opatrunku antybakteryjnego było zawsze poprzedzone użyciem miejscowego leku antyseptycznego rekomendowanego przez PTLR (octenidyna lub preparaty na bazie jodu) nie powodującego negatywnych interakcji z opatrunkiem. UWAGA! Aby uniknąć niebezpiecznych interakcji nie wolno łączyć: opatrunków zawierających srebro z preparatami jodowymi oraz nie należy łączyć dichlorowodoru octenidyny z preparatami jodowymi.

Jedynym bezpiecznym i rekomendowanym połączeniem opatrunków zawierających srebro jest łączenie z produktami zawierającymi octenidynę (zalecenia PTLR). Preparatem doskonale uzupełniającym paletę produktów niezbędnych w leczeniu ran jest Octenilin płyn – lawaseptyk posiadający dużą siłę czyszczenia ran – szczególnie zalecany przy zmianach opatrunków. Opatrunek należy nasączyć Octenilin płynem, odczekać 5–10 min. i rozpocząć zdejmowanie, w razie potrzeby należy dodatkowo nawilżać ranę polewając ją płynem bezpośrednio z butelki. W przypadku mocno przyschniętych opatrunków można dodatkowo przyłożyć na ranę nasączoną Octenilin płynem gazę i odczekać 10 min. – uzyskamy w ten sposób dodatkowy efekt oczyszczający oraz nawilżający ranę w sposób bezbolesny dla pacjenta.

UWAGA! Zgodnie z zaleceniami PTLR – po użyciu wyrobu medycznego jakim jest lawaseptyk należy bezwzględnie użyć leku o działaniu miejscowym – Octenisept.

mgr Marion Commane
tłumaczenie: mgr Aleksandra Mączyńska
University Hospital Galway
New Castle Road, Galway, Ireland

Postępowanie w przypadku wystąpienia ogniska epidemicznego wywołanego przez *Staphylococcus aureus* opornego na metycylinę (MRSA) na oddziale intensywnej opieki noworodkowej

Pacjenci w Oddziałach Intensywnej Opieki Noworodków (OION) są bardzo wrażliwi, dlatego istnieje realne ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, których czynnikiem są często patogenny wywołujące ogniska epidemiologiczne. Coraz więcej jest doniesień w literaturze

o występowaniu ognisk epidemiologicznych na Oddziałach Intensywnej Opieki Noworodków. Do najczęściej wymienianych organizmów wywołujących epidemię należą: Klebsiella spp. i Staphylococcus aureus spp. [1].

U wcześniaków na Oddziale Intensywnej Opieki Pediatricznej oraz na innych oddziałach wysokiego ryzyka powinny być pobierane wymazy w kierunku nosicielstwa MRSA, przy przyjęciu na oddział i następnie, co tydzień. U noworodków jak i u starszych dzieci nozdrza są głównym miejscem kolonizacji. U noworodków poniżej 28 dnia życia należy uwzględnić wymaz z pępka.

W przypadku noworodków połączenie wymazu z nosa i pępka daje prawdopodobieństwo wykrycia nosicielstwa MRSA >90%. W Stanach Zjednoczonych różne ośrodki wykonują badania w kierunku nosicielstwa pobierając wymazy będące kombinacją różnych miejsc tj.; nozdrza, gardło, pępek, odbytnica (2). Pomiędzy marcem a czerwcem 2009 roku The Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) przeprowadziło badanie ankietowe wśród swoich członków na temat obecnej praktyki w zakresie badań przesiewowych i dekolonizacji MRSA w OION. Ostatecznej analizie poddano ankiety wypełnione przez 91 członków SHEA. Wśród badanych w 86% ośrodków wykonywane są przesiewowe badania w kierunku nosicielstwa MRSA. W 85% są to badania przy przyjęciu na oddział, 75% stanowią okresowe badania przesiewowe, a przy wypisie badania wykonywane są w 1% ośrodków. Jeśli chodzi o miejsce pobierania wymazów to są to: 92% wymazy z nosa, 35% wymazy z pępka, 18% wymazy z odbytnicy, 18% wymazy z okolicy pach, 12% z pachwin i w 3% ośrodków pobierane są wymazy z gardła (3). Dekolonizacja niemowląt poza oddziałami intensywnego nadzoru nie jest zazwyczaj rekomendowana, chyba, że jest zalecona przez Zespół do Spraw Prewencji i Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Dla niemowląt przebywających na Oddziałach Intensywnej Opieki Noworodkowej lub w innych oddziałach wysokiego ryzyka (np. oddział onkologiczny, kardiochirurgiczny, transplantologii) oraz przed planowanymi zabiegami operacyjnymi zalecana jest dekolonizacja przy użyciu donosowej mupiryminy oraz delikatnych kąpeli przy użyciu dichlorowodorku octenidyny (szczególnie u wcześniaków urodzonych powyżej 26 tygodnia ciąży). Puder z chlorheksydyną może być używany do pielęgnacji pępka oraz na okolice krocza i odbytu. 4% Chlorheksydyna nie powinna być używana do kąpieli u wcześniaków, gdyż istnieje ryzyko poparzenia lub wystąpienia zapalenia skóry (2).

W badaniach przeprowadzonych przez SHEA w 37% ośrodków Intensywnej Opieki Noworodkowej dokonywane są próby dekolonizacji MRSA. W 56% ośrodków dekolonizacja polega na zastosowaniu

mupirocyny, w 32% na zastosowaniu mupirocyny i antyseptycznej kąpeli, w 6% ośrodków stosuje się mupirocynę i antybiotyk ogólnoustrojowy, a w 3% ośrodków stosuje się do dekolonizacji mupirocynę, antyseptyczne kąpiele i antybiotyk (3).

Celem tej prezentacji jest dyskusja i wymiana doświadczeń na temat postępowania w przypadku epidemii MRSA w OION. Omawiany Oddział Intensywnej Opieki Noworodków jest częścią Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, dostarczającego specjalistycznych usług w tym pediatrycznych i położniczo-ginekologicznych dla dużego regionu. OION oferuje specjalistyczną opiekę w regionie, a także akceptuje skierowania ze szpitali spoza regionu. OION został zbudowany w 1980 roku i podczas kolejnych lat obserwowano znaczny wzrost ilości leczonych noworodków. Został on zaprojektowany i przeznaczony do obsługi 14 pacjentów, często jednak na oddziale było ponad 20 noworodków, a sporadycznie liczba ta wzrastała do 26 pacjentów. U wszystkich noworodków w momencie przyjęcia do OION są wykonywane wymazy w kierunku nosicielstwa MRSA, a następnie badanie jest powtarzane co tydzień. Średnio raz w miesiącu rejestrowano jeden przypadek nosicielstwa MRSA u noworodka, związany z pobytem w OION. We wrześniu 2008 roku odnotowano znaczny wzrost liczby noworodków, nosicieli MRSA. Po analizie przypadków stwierdzono przypadki zakażeń krzyżowych: wystąpiła kolonizacja u czterech noworodków oraz zakażenie krwi wywołane przez MRSA u jednego noworodka.

Został powołany Zespół do spraw Zwalczania Ogniska Epidemicznego i naświetlono wiele kwestii, mogących mieć wpływ na wystąpienie epidemii, takich jak: przeludnienie oddziału, niewłaściwą infrastrukturę i błędy w procedurach.

Postępowanie epidemiczne / działania

- Powołanie Zespołu do spraw Zwalczania Ogniska Epidemicznego, w którego składzie byli przedstawiciele dyrekcji szpitala, ordynator i pielęgniarka oddziałowa oraz pielęgniarka epidemiologiczna i mikrobiolog
- Środki kontroli – izolacja/kohortowanie noworodków / dezynfekcja oddziału / szkolenia personelu / przygotowanie informacji dla rodziców
- Analiza przypadków – analiza czynników ryzyka i wspólnych elementów opieki / genotypowanie szczepów do badań epidemiologicznych
- Przeprowadzenie auditów: przestrzegania higieny rąk / dezynfekcji

wyposażenia oddziału /pielęgnacji obwodowych linii naczyniowych

- Przeprowadzenie auditu obiektu/oddziału: stwierdzenie problemów z obiektem / sprzętaniem / dezynfekcją wyposażenia
- Dokonanie przeglądu i zmiana procedury dotyczącej postępowania w przypadku pacjentów z MRSA z uwzględnieniem zagadnień dotyczących noworodków na OION: badania / dekolonizacji
- Wykonanie badania personelu OION i sali porodowej w kierunku nosicielstwa MRSA / wymazy z powierzchni, sprzętów
- Zwiększenie ilość szkoleń dla wszystkich grup personelu oraz ilość przeprowadzanych auditów
- Zwiększenie nadzoru epidemiologicznego
- Przeprowadzenie remontu generalnego i powiększenie oddziału – co rozwiązało problem przeludnienia i braki w infrastrukturze.

Kontrola epidemii na początku okazała się bardzo trudna, dochodziło do wystąpienia nowych przypadków zakażeń krzyżowych, aż do momentu, kiedy oddział został przeniesiony czasowo do tymczasowej jednostki, a istniejący obiekt został powiększony i poddany generalnemu remontowi.

Odnowiony oddział jest otwarty od 14 miesięcy i od tego czasu nie stwierdzono żadnego przypadku zakażenia szpitalnego wywołanego przez MRSA. Jesteśmy wciąż świadomi, że ryzyko wybuchu kolejnej epidemii wywołanej przez MRSA lub inny alert patogen pozostaje bardzo realne i z tego powodu nadal wiele działań rozpoczętych w trakcie epidemii jest dalej kontynuowanych tj.: nadzór epidemiologiczny i częstsze przeprowadzanie auditów. Zespół do spraw Kontroli i Prewencji Zakażeń Szpitalnych utrzymuje ścisłą współpracę z personelem OION, który jest przygotowany do wczesnego wykrywania i szybkiego reagowania w przypadku przeniesienia zakażenia.

Ivana Novakova Arnaudeau

Antenne Régionale du CCLIN Paris-Nord
De la naissance des équipes opérationnelles d'hygiène
à la surveillance des infections associées aux soins
en France **System monitoringu zakażeń szpitalnych we Francji**

Pierwsze zakażenia szpitalne zostały zaobserwowane w XVIII wieku, ale

po raz pierwszy połączono jednostkę chorobową ze szpitalnym źródłem zakażenia w 1990 r. We Francji pierwsze pielęgniarki odpowiedzialne za epidemiologię w szpitalach, dzięki swojej pracy przyczyniły się do rozwoju tej grupy zawodowej.

Wszystkie działania wykonywane przez zespół do spraw kontroli zakażeń są częścią narodowego programu do spraw walki z zakażeniami szpitalnymi. Celem tego programu jest zredukowanie częstotliwości zakażeń i wielooporności bakteryjnej. Obecnie obowiązek posiadania w każdym szpitalu zespołu do spraw kontroli zakażeń poprawia system zarządzania walką z zakażeniami szpitalnymi. Podjęte działania służą również poprawie komunikacji z pracownikami służby zdrowia oraz zbieraniu informacji w ramach nadzoru nad zakażeniami. Krajowe sieci monitorowania, dla których dane są zbierane przez instytucje EOH i przekazywane do międzyregionalnych centrów koordynacyjnych, są odpowiedzialne za analizę i podsumowanie roczne.

Wnioski

Pomimo obecności zespołu do spraw kontroli zakażeń i narodowego programu prewencji i nadzoru, zespół musi stawać w obliczu oporu niektórych grup zawodowych, podczas wdrażania wytycznych i dobrej praktyki.

Niektóre wskaźniki ryzyka infekcji zostały zrewidowane, co przyczyniło się do poprawy jakości pracy w ośrodkach ochrony zdrowia.

Pielęgniarki epidemiologiczne odgrywają bardzo ważną rolę, która wynika z ich szerokiej wiedzy, ale zobowiązaniem każdego profesjonalisty jest pomoc w zapobieganiu i zarządzaniu ryzykiem zakażeń.

Barbara Stawarz¹, Magdalena Sulima², Magdalena Lewicka

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna im. Ks. B. Markiewicza w Jarosławiu

Zakład Położnictwa, Ginekologii i Pielęgniarstwa Położniczo-Ginekologicznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Zakażenia miejsca operowanego w ginekologii

Współczesna medycyna pomimo osiągnięć w dziedzinie profilaktyki i leczenia, zmaga się ze zwiększonym ryzykiem występowania zakażeń. Zakażenie szpitalne to zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy choroba nie

pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania. Najczęściej zakażenie uznaje się za szpitalne, jeżeli wystąpiło 48–72 godziny od przyjęcia lub wypisania ze szpitala.

Zakażenia wewnątrzszpitalne występują najczęściej pod postacią zakażenia dróg moczowych (35%), miejsca operowanego (25%), zakażeń krwi (10%), zapaleń płuc (10%) i innych (20%). W oddziałach ginekologii do jednych z najczęściej występujących zakażeń zalicza się zakażenie miejsca operowanego, oznaczającego infekcję miejsca, które zostało nacięte podczas operacji ginekologicznej. Odsetek zakażeń w oddziałach ginekologicznych wynosi od 0,89% do 1,6%, a czas leczenia pacjentek z zakażeniami jest dwukrotnie dłuższy aniżeli czas leczenia chorych bez współistniejących zakażeń. Na ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego mają wpływ czynniki związane z chora, procedury pielęgnacyjne i lecznicze oraz środowisko szpitala. Do czynników ryzyka wystąpienia zakażenia miejsca operowanego zaliczają się stopień czystości pola operacyjnego, czas trwania zabiegu oraz stan zdrowia pacjentki. Ryzyko rozwoju zakażenia miejsca operowanego występuje również w związku z trybem zabiegu operacyjnego. Największym ryzykiem obarczone są operacje ze wskazań nagłych, przy których jest zbyt mało czasu na wyeliminowanie źródła zakażenia.

Najczęściej izolowanymi czynnikami etiologicznymi zakażeń w ginekologii są: *E. coli*, *Enterobacter*, *Klebsiella*, *Gardnerella*, *Bacteroides fragilis*, *Ureaplasma*, *Enterococcus*. Do klinicznych form zakażeń miejsca operowanego zaliczają się powierzchowne zakażenia miejsca operowanego (miejsca nacięcia), oraz głębokie/narządowe zakażenia miejsca operowanego, w tym zakażenia miednicy mniejszej. Objawy zakażenia miejsca operowanego dzielą się na miejscowe i ogólne.

Miejscowe zakażenie obejmuje skórę i tkankę podskórną, objawia się: bólem, zaczerwienieniem brzegów rany, zwiększeniem napięcia, obrzękiem, rozejściem brzegów rany, wysiękiem wydzieliny (przeważnie ropnej), zwiększonym ociepleniem, gorączką pojawiającą się pomiędzy 4 a 8 dniem po operacji. Zakażenie ogólne penetruje do głębszych tkanek i narządów, może prowadzić do ogólnoustrojowej odpowiedzi zapalnej, powstawania odległych ognisk przerzutowych, ropni, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Zakażenie miejsca operowanego może być przyczyną wystąpienia tężca, zgorzeli gazowej oraz martwiczego zapalenia powięzi. Zapobieganie zakażeniom miejsca operowanego w oddziałach ginekologii powinno polegać na nowoczesnej organizacji oddziału, właściwym przygotowaniu pacjentki do zabiegu, zastosowaniu

antybiotykowej profilaktyki okołooperacyjnej, odpowiednio prowadzonej opiece pooperacyjnej, monitorowaniu rozwoju zakażeń przez personel medyczny oraz odpowiednim postępowaniu w sytuacji wykrycia zakażenia. Zapobieganie zakażeniom szpitalnym, w tym zakażeniom miejsca operowanego, przyczynia się do uzyskania optymalnego efektu leczenia, skrócenia czasu hospitalizacji, redukcji kosztów leczenia oraz zmniejszenia powikłań wśród chorych.

Bardzo Dziękujemy OIPIP w Wałbrzychu za umożliwienie uczestnictwa w Zjeździe PSPE w Wiśle. Bardzo chętnie podzielimy się materiałami

zjazdowymi, proszę pisać na adres mail: katarzyna.holowka@emc-sa.pl

z wyrazami szacunku
Katarzyna Hołówka
Dorota Ferenc - Rudnicka

ZESPÓŁ D/S LECZNICTWA STACJONARNEGO

W dniu 25. września 2013 r. w Świdnicy odbyła się konferencja pod tytułem „Status zawodowy pielęgniarki i położnej”, którą prowadziła Pani dr n. prawnych Dorota Karkowska.

Na spotkaniu poruszanych było wiele zagadnień prawnych związanych z pracą pielęgniarek i położnych. Przytaczamy tylko jedno z zagadnień a mianowicie:

Charakter prawny zlecenia lekarskiego

W procesie terapeutycznym ważną rolę odgrywa pielęgniarka, która na podstawie postawionej diagnozy wykonuje zlecenie lekarskie. W zakresie wykonania zlecenia lekarskiego pielęgniarka pozostaje do dyspozycji lekarza. Obowiązek wykonania zlecenia lekarskiego jest nakazem ustawowym, nie ma on jednak charakteru bezwzględnego (art. 15 ust 1 u.z.p.p.).

Zlecenie lekarskie ma charakter uniwersalny, niezależny od prawnej formy wykonywania zawodu pielęgniarki i już z tego względu nie stanowi ono polecenia pracowniczego. Zlecenie lekarskie jest istotnym elementem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w relacjach lekarz- pacjent- pielęgniarka. Lekarz przed zleceniem pielęgniarce określonych działań medycznych w formie zlecenia lekarskiego, powinien uzyskać na nie poinformowaną zgodę pacjenta (art. 16 w zw. Z art. 9 u.p.p.). Zlecenie lekarskie jest konstrukcją prawa administracyjnego, co do zasady musi mieć formę pisemną i musi być odnotowane w dokumentacji medycznej (art. 15 ust. 1 i ust. 2 u.z.p.p.). Zlecenie lekarskie zawiera imię i nazwisko pacjenta, któremu określone działanie medyczne ma być wykonane, a nie imię i nazwisko pielęgniarki, która ma je wykonać.

Istotną kwestią jest wskazanie działań medycznych, które pielęgniarka może wykonywać na zlecenie lekarskie. Brak jest jednak katalogu czynności, które może wykonywać pielęgniarka na zlecenie lekarza. Nie ma przepisów, które określałyby go w sposób wyczerpujący. Ustawodawca określa jedynie zakres i rodzaj świadczeń medycznych wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego. W niektórych sytuacjach ustawodawca określa rodzaj kwalifikacji i umiejętności, które pielęgniarka musi posiadać, aby

wykonać określone konkretnie działanie medyczne; np. na zlecenie lekarza pielęgniarka może wykonać przetoczenie krwi, jeśli odbyła odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne, potwierdzone zaświadczeniem.

Przed wykonaniem zlecenia lekarskiego pielęgniarka ma zawsze prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta oraz uzyskania od lekarza pełnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych (art. 13 u.z.p.p.). Zakres przekazywanych przez lekarza informacji pielęgniarcie nie wymaga zgody pacjenta. Jest to wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej (art. 14 ust. 2 pkt 4 u.z.p.p.). W przypadku jakichkolwiek działań poddających w wątpliwość zasadność wykonania zlecenia lekarskiego, należy zadbać o wyczerpanie możliwości zbadania zasadności tego zlecenia w zakresie własnej samodzielnej grupy zawodowej. Należy dokonać konsultacji ze specjalistą z dziedziny pielęgniarstwa. Pielęgniarka nie ma obowiązku pisemnego odnotowywania, że domagała się konsultacji. Natomiast pisemne odnotowanie takiego faktu może mieć istotne znaczenie dla udowodnienia dochowywania należytej staranności, przed podjęciem ostatecznej decyzji pielęgniarki- tzn. odmowy wykonania zlecenia lekarskiego.

Pielęgniarka może odmówić wykonania świadczenia udzielanego bez zlecenia lekarskiego, jak i wykonania świadczenia zdrowotnego na zlecenie lekarskie (art. 12 ust 2 u.z.p.p.). Ustawa pielęgniarstwa nie przewiduje natomiast możliwości odstąpienia od wykonywania pielęgniarstkich czynności medycznych. W związku z powyższym, pielęgniarka może odmawiać wykonania świadczenia zdrowotnego w następujących okolicznościach:

- gdy wykonanie świadczenia stoi w sprzeczności ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej co do stanu zdrowia pacjenta, także na wyraźne żądanie pacjenta.
- gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z sumieniem pielęgniarki. Klauzula sumienia upoważnia wyłącznie do powstrzymania się od dokonania interwencji medycznej, ale nie upoważnia do jej podjęcia.
- gdy wykonanie świadczenia zdrowotnego jest niezgodne z zakresem posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji (art. 12 ust 2 u.z.p.p.).

Kwestią otwartą jest czy odmowa wykonania przez pielęgniarkę może mieć miejsce z przyczyn natury innej niż medyczne.

Pojawia się też bardzo kluczowy problem w polskich szpitalach- normy zatrudnienia pielęgniarek. Zbyt duża ilość pacjentów i przeciążenie pielęgniarki ilością wykonywanych świadczeń stanowią poważne zagrożenie dla wykonywania wszystkich świadczeń zdrowotnych.

Fakt odmowy udzielenia świadczenia zdrowotnego zawsze powinien być odnotowany i uzasadniony w dokumentacji medycznej pacjenta (art. 12 ust. 4 u.z.p.p.). Natomiast pielęgniarka, która odmawia wykonania świadczenia zdrowotnego z powodu jednej z powyżej podanych okoliczności, musi wskazać niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie swojemu przełożonemu (art. 12 ust. 2 u.z.p.p.).

Monika Szyc i Zespół ds. Lecznictwa Stacjonarnego.

Do napisania artykułu wykorzystano materiały przedstawione na konferencji oraz w oparciu o „Prawo medyczne dla pielęgniarek” – autor Dorota Karkowska



Uczestnicy konferencji - Hotel Piast Roman w Świdnicy



Dr n. praw. Dorota Karkowska



POD PARAGRAFEM

Szanowni Państwo.

Dzisiejszy artykuł poświęcony jest wybranym zagadnieniom czasu pracy pracowników medycznych, a konkretnie dyżuru medycznego i pozostawania w gotowości do pracy, z uwagi na znaczne zróżnicowanie sytuacji prawnej pielęgniarek i położnych, w zależności od poziomu ich wykształcenia oraz biorąc pod uwagę fakt coraz częściej stosowanej praktyki zatrudniania przez pracodawców średniego personelu medycznego na stanowiskach, na których powierza się takim pracownikom tzw. „dyżury pod telefonem”.

Pracodawca może zobowiązać pielęgniarkę lub położną legitymującą się wyższym wykształceniem do pełnienia w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dyżuru medycznego. Dyżurem medycznym, zgodnie z definicją ustawową, jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez pielęgniarki i położne w podmiocie leczniczym wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy pielęgniarki i położnej. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim będzie przekraczać 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Do pracy w ramach pełnienia dyżuru nie stosuje się przepisów art. 151 § 3, art. 1513 i art. 1514 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy. Do wynagrodzenia za pracę w ramach pełnienia dyżuru medycznego stosuje się odpowiednio przepisy art. 1511 § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy. Zasad wynagradzania, o których mowa w przepisach art. 1511 § 1-3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, nie stosuje się do lekarzy stażystów, których zasady wynagradzania określają odrębne przepisy.

Pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

Pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku, obejmującego co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku dobowego. W przypadku uzasadnionym organizacją pracy pielęgniarskiej i położnej posiadającej

wyższe wykształcenie, przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 24 godzin nieprzerwanego odpoczynku, udzielanego w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 14 dni.

Pielęgniarki i położne posiadające wyższe wykształcenie mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszeregowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu. W przypadku wezwania do podmiotu leczniczego zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

Powyższych przepisów nie stosuje się do pielęgniarek i położnych nie posiadających wyższego wykształcenia. W praktyce obserwuje się więc częste sytuacje, w których pracodawcy będący podmiotami leczniczymi, ze względu na optymalizację kosztów, zatrudniają pielęgniarki i położne nie posiadające wyższego wykształcenia, zobowiązując je do tzw. „dyżurów pod telefonem”. Do takich pracowników będzie miał zastosowanie przepis art. 1515, zgodnie z którym pracodawca może zobowiązać pracownika do pozostawania poza normalnymi godzinami pracy w gotowości do wykonywania pracy wynikającej z umowy o pracę w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym przez pracodawcę (dyżur). Czasu dyżuru nie wlicza się do czasu pracy, jeżeli podczas dyżuru pracownik nie wykonywał pracy. Czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku, o którym mowa w art. 132 i 133 kp. Za czas dyżuru, z wyjątkiem dyżuru pełnionego w domu, pracownikowi przysługuje czas wolny od pracy w wymiarze odpowiadającym długości dyżuru, a w razie braku możliwości udzielenia czasu wolnego - wynagrodzenie wynikające z jego osobistego zaszeregowania, określonego stawką godzinową lub miesięczną, a jeżeli taki składnik wynagrodzenia nie został wyodrębniony przy określaniu warunków wynagradzania - 60% wynagrodzenia.

Tak więc należy stwierdzić, iż zróżnicowanie sytuacji prawnej pracowników pozostających w gotowości do pracy pełniący np. tzw. „dyżur w domu pod telefonem”, z uwagi na poziom wykształcenia, bez dalszych obiektywnych przesłanek, polegające na tym, iż pielęgniarka lub położna z wyższym wykształceniem za taki „dyżur” otrzyma określone przepisami prawa i zagwarantowane wynagrodzenie, a nieposiadająca takiego wykształcenia nie otrzyma żadnego wynagrodzenia, jest

ewidentną dyskryminacją, bowiem niezgodne to jest z treścią art. 32 Konstytucji gwarantującego równość wszystkich obywateli wobec prawa. Pozostaje to też w sprzeczności z podstawową zasadą polskiego systemu prawnego prawa obywatela do godziwego wynagrodzenia za pracę.

radca prawny
mgr Ewa Suproń-Walenta
mgr Dorota Pakuła



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

Emily Dickinson.

**Koleżance Dorocie Golec wyrazy współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci syna**

**składają Pielęgniarki i Położne
z Bystrzycy Kłodzkiej**

**Koleżance Barbarze Wincalowicz
wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci męża.**

**Kierownik Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
w Nowej Rudzie wraz z pielęgniarkami.**



NOTATKI

A series of horizontal dashed lines for writing notes.

NOTATKI

Dotted lines for writing notes.