

BIULETYN INFORMACYJNY

Przewodnicząca:

Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

BIURO**Sekretariat:**

Łukasz Płaczkowski
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk
oipiprejestr@webmedia.com.pl

Księgowość:

Jolanta Kopacka
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:**Kancelaria Prawna §**

mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Ewa Suproń - Walenta

Dyżur:

w siedzibie izby: pon. 13⁰⁰-15⁰⁰
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Rzecznik Odpowiedzialności**Zawodowej:**

Irena Wydrzyńska

Dyżur:

Ostatni wtorek miesiąca od 10⁰⁰-14⁰⁰
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym z biurem
OIPiP w Wałbrzychu

**OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK
I POŁOŻNYCH**

**58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)**

**tel./fax: 74 842-33-25
tel.: 74 842 56 05**

**godziny pracy biura:
7³⁰-15³⁰**

e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl

www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

SPIS TREŚCI

SPRAWOZDANIE ZE ZJAZDU.....	7-20
STANOWISKA I APELE	21-27
Z MINISTERSTWA ZDROWIA	29-43
Z NACZELNEJ RADY	44-47
SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI	48-50
KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ.....	51-55

Szanowne Koleżanki i Koledzy

28 marca br. w Hotelu - Restauracji „Piast – Roman” odbył się XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Przypomnę, że zgodnie z art. 27 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. –najwyższym organem okręgowej izby jest okręgowy zjazd. W kolejnych artykułach cytowanej ustawy –Rozdział 5, Organy okręgowej izby czytamy między innymi, że w okręgowym zjeździe uczestniczą delegaci wybrani w rejonach obejmujących zasięgiem część obszaru działania izby, że okręgowy zjazd odbywa się raz w roku i jest zwoływany przez okręgową radę, że w drodze uchwały ustala zasady gospodarki finansowej izby oraz ustala budżet, że rozpatruje i zatwierdza roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu i okręgowego rzecznika. Odnosząc się do w/w zapisów, XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych zatwierdził sprawozdania roczne za okres od 01 marca 2013 roku - do 28.02.2014 r., sprawozdanie z wykonania budżetu zatwierdzone zostało za rok 2013, roczny budżet według zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu uchwalony został na rok 2014.

Zgodnie z protokołem Komisji Mandatowej wybranej na XXIX Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych obecnych wg listy obecności było 87 delegatów co stanowi 77% ogółu delegatów.

W dalszej części biuletynu zamieszczone zostaną w pełnym brzmieniu sprawozdania z działalności organów. Podjętych zostało 6 uchwał, wszystkie w głosowaniu jawnym zatwierdzone jednogłośnie.

Podjęto uchwały w sprawie:

- zatwierdzenia rocznego sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- zatwierdzenia rocznego sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- zatwierdzenia rocznego sprawozdania Okręgowego Sądu działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- zatwierdzenia rocznego sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- zatwierdzenia sprawozdania z wykonania budżetu za rok 2013
- uchwalenia rocznego budżetu na 2014 rok według zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Podjęte zostały 4 apele i 1 stanowisko. Jest wiele spraw, które bulwersują powodują niepokój, rozgoryczenie. Samorząd zawodowy nie poprzestaje w swoich działaniach, stoi na stanowisku, że wadliwe zapisy, niespójność z obowiązującymi ustawami wymagają pilnych rozwiązań.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami:

- zgodnie z art. § 8. minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r. Wszystkich zainteresowanych tym problemem odsyłam na naszą stronę internetową, na której zamieszczone jest posiedzenie sejmowej Komisji Zdrowia, które odbyło się 27 marca br. w całości poświęcone problemowi norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

1 stycznia 2014 r. weszło w życie kolejne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie

osoby uprawnionej oraz pielęgniarki i położnej ubezpieczenia zdrowotnego. Pielęgniarka lub położna ubezpieczenia zdrowotnego zgodnie z art. 5 pkt 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych to będąca świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo pielęgniarka lub położna zatrudniona lub wykonująca zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dodatkowe zadania, obowiązki i duża odpowiedzialność bez wsparcia finansowego z komentarzem, żeby odciążyć lekarzy. Nie takie były nasze oczekiwania.

Podjęte apele i stanowisko zostały wysłane do adresatów, zamieszczone na kolejnych stronach biuletynu.

2/2014 numer Biuletynu Informacyjnego w znacznej części poświęcony jest sprawom, które były przedmiotem obrad XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Zapraszam do przeczytania i obejrzenia zdjęć.

Przygotowując materiały do wydruku, to okres zbliżających się Świąt Wielkanocnych. Biuletyn do Waszych rąk trafi po świętach. Mam jednak nadzieję, że większość z Was przyjęła moje życzenia zamieszczone na stronie internetowej.

Przed nami

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej

Wzorem poprzednich lat, w Hotelu - Restauracji „Piast – Roman w Świdnicy 13 maja 2014 r. zorganizowana jest Konferencja Szkoleniowa „Komunikacja interpersonalna w praktyce pielęgniarek i położnych”- wykład Pani Beata Pietrzyk, psycholog.

Typy pacjentów, techniki prowadzenia rozmów, blokady komunikacyjne, komunikacja niewerbalna, przekazywanie trudnych informacji. Ciekawe zagadnienia.

Organizatorem konferencji jest Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego działająca przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Do placówek, w których pracujecie wysłane zostaną zaproszenia, ze względu na ograniczoną ilość miejsc, ze wskazaniem ilości osób.

Będzie mi bardzo miło spotkać się z Wami.

**Drogie Panie Pielęgniarki i Położne,
Drodzy Panowie Pielęgniarze
Koleżanki i Koledzy**

z okazji

**Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej
w imieniu własnym i Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
życzę, aby spełniały się Wasze plany zawodowe, aby ich
realizacja łączyła się z satysfakcją zarówno materialną, jak też
wyrażającą się w serdeczności ze stron pacjentów i ich rodzin.**

**W życiu osobistym życzę wszelkiej pomyślności,
przede wszystkim zdrowia, wielu powodów do radości,
spełnionych marzeń, zrealizowanych planów.**

**Przewodnicząca ORPiP
Maria Pałeczka**



XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 28 marca 2014 r.





SPRAWOZDANIA ZE ZJAZDU

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych VI kadencji za okres od 01 marca 2013 roku - do 28.02.2014r.

Szanowni Delegaci.
Szanowne Koleżanki, Koledzy

XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych to już trzeci, sprawozdawczy VI kadencji.

Pamiętam pierwszy - jestem przekonana, że tak jak każdy kto rozpoczyna nowy rozdział w swoim życiu zawodowym zaczyna od planów, stawiania sobie określonych celów, ustala priorytety, następnie konsekwencji w ich realizacji. Moje plany i priorytety to Wasze oczekiwania i potrzeby. Bardzo uważnie słucham, chętnie się spotykam z Wami, przyjmuję każde zaproszenie. Dzisiaj wiem, że moje doświadczenie zawodowe, zdobyta wiedza jako praktyka pozwala na zupełnie inne, realne spojrzenie na problemy i zachodzące zmiany. Dzisiaj też wiem, że są sprawy, o które warto zabiegać z szansą na skuteczność i realizację. To te, na które my mamy bezpośredni wpływ, które leżą w naszych kompetencjach, w sprawie których decyzje podejmujemy na posiedzeniach rady, prezydium, na wniosek członków komisji czy zespołu.

Podejmowane na Okręgowych Zjazdach apele, stanowiska kierowane do decydentów, wszelkie uwagi, wnioski do projektów aktów prawnych, do zarządzeń - realizacja wymaga czasu z przyczyn formalnych, ale też z różnic zdań i niestety różnicy interesów.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami zabrało nadzieję, że zapisy, które były w projekcie rozporządzenia, narzucona kierownikowi podmiotu dwu osobowa obsada dyżurowa pozwolą zwiększyć bezpieczeństwo pacjentom i jakość świadczonych usług. Od chwili wejścia w życie rozporządzenia odbywają się spotkania, trwają rozmowy. Pierwsze wyliczenia jasno wykazują wręcz niedorzeczności. Nie poprzestaniemy na obecnie obowiązujących zapisach. W siedzibie naszej izby zorganizowane jest spotkanie Pielęgniarek Naczelnych, które podzielą się spostrzeżeniami, uwagami wynikającym z wykonanych wyliczeń, które następnie przekażą do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Pamiętamy również oburzenie w środowisku po wejściu w życie rozporządzenia z dnia 6 lutego 2012 r.

w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Na szczęście w zarządzeniach dyrektorzy podmiotów na terenie działania naszej izby wskazują trzech przedstawicieli do składu komisji. Wszystkie postępowania konkursowe przeprowadzone zostały bezproblemowo wyłaniając spośród wielu kandydatek te najlepsze. Niestety na terenie wielu innych izb problem jest nadal.

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód w różnych formach zatrudnienia - umowy o pracę, w ramach stosunku służbowego, umowy cywilnoprawnej, wolontariatu oraz w ramach praktyk zawodowych. Te ostatnie regulują zapisy w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, art. 5 ust. 2 pkt 2. Nie mam żadnych wątpliwości, że podjęte decyzje zmieniające zapisy w regulaminie, umożliwienie korzystania z różnych form doskonalenia zawodowego, oraz daleko idącej pomocy finansowej były słuszne. Możliwość ukończenia kursu, który na daną chwilę nie jest zgodny z profilem wykonywania zawodu to faktycznie myślenie na daną chwilę, bowiem jutro daje nam zupełnie inne możliwości, oczekuje od nas nowej wiedzy, wymaga potwierdzonych dokumentem uzyskanych kwalifikacji.

Sytuacja na rynku pracy jest bardzo trudna, dotyczy również naszych zawodów. Absolwentki szkół pielęgniarskich czy położnych - uczelni prowadzących kształcenie na poziomie studiów pierwszego i drugiego stopnia podejmują pracę poza granicami Polski. Posłużę się faktami - w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu zarejestrowanych i uprawnionych do wykonywania zawodów jest 4967 pielęgniarek w tym 101 pielęgniarzy i 470 położnych z czego - 126 pielęgniarek oraz 10 położnych nie wykonują zawodu (emerytury, renty, zarejestrowane jako bezrobotne, pracują w innych zawodach).

To co bardzo niepokoi, to przedziały wiekowe osób wykonujących zawód.

pielęgniarki:

Panie poniżej 35 lat - 161;

35-44 lata - 1150;

45-54 lata - 1738;

55-64 lata - 1590;

65 lat i więcej - 227

Panowie - poniżej 35 lat - 10;

35-44 lata - 43;

45-54 lata - 38;

55-64 lata - 9;

65 lat i więcej - 1

Położne:

poniżej 35 lat- 13;

35-44 lata -110;

45-54 lata - 200;

55-64 lata - 118;

65 lat i więcej - 29.

Statystyki biją na alarm. Samorząd nie milczy w tej kwestii. Nieustająco problem ten poruszany jest na szczeblach ministerialnych i nie tylko. Każdego roku sporządzane są sprawozdania do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Od kilku lat problem pogłębia się. Samorząd od lat mocno podkreśla, że nie rozwiążą problemu ustawowe zapisy pozwalające na dodatkowe zatrudnienia czy umowy cywilnoprawne i praca po 280 i więcej godzin, bez pozwalających na odpoczynek przerw między dyżurami, skracaniem do minimum czasu na ciągły wypoczynek - urlop, że wreszcie opiekunka nie zastąpi pielęgniarki.

Zastraszająco rośnie liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych. Dla porównania - w **roku 2012** wydano dla 21 osób w tym dla 18 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiego oraz 2 położnych w **roku 2013** wydano dla 35 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiego i 3 położnych.

Zmiany w Dyrektywie 2005/36/WE to - efekt wieloletnich zmagania samorządu zawodowego i związku zawodowego pielęgniarek i położnych.

Z jednej strony cieszy fakt z możliwości wyjazdu, podjęcia pracy poza granicami naszego kraju a z drugiej oburza. Bardzo dobrze wykształcona kadra nie ma motywacji do podjęcia pracy w kraju, w którym największą grupę wykonujących zawód stanowią osoby w przedziale wiekowym jw.

Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. określa organizację i zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz prawa i obowiązki.

Wywiązując się z ustawowych obowiązków w oparciu o przepisy prawa organy izby, komisje i zespoły zgodnie z harmonogramem, planem pracy realizowały swoje zadania.

Rok 2013 nie należał do najłatwiejszych. Z przyczyn od nikogo niezależnych- losowych zmienili się pracownicy biura. Zmiana nastąpiła w okresie najbardziej natężonej pracy. Daliśmy radę. Młodzi, z pasją, otwarci na zmiany bardzo szybko wdrożyli się do pracy oferując jednocześnie zaangażowanie i doskonałą umiejętność pracy w systemie elektronicznym.

Ponad 5 tys. teczek osobowych pielęgniarek, pielęgniarskiego i położnych wpisanych do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez okręgową radę zostało dokładnie sprawdzonych.

Zmieniona została szata graficzna Biuletynu Informacyjnego, zmieniło się też jego wnętrze. Do pracy włączamy komisje i zespoły.

Są już pierwsze artykuły, zdjęcia. Jestem przekonana, że będzie ich coraz więcej. Pracujemy aktualnie nad zmianą strony internetowej. Bieżące, ważne i terminowe sprawy nie pozwalają nam na wprowadzanie zmian w takim terminie jak byśmy chcieli, ale tym większa będzie satysfakcja z osiągniętego celu. Na co dzień pracujemy w czteroosobowym składzie. Podziękowania za pracę na rzecz samorządu należą się komisjom i zespołom. Problemy z oddelegowaniem do prac spowodowały, że spotykamy się w soboty.

W poprzednim roku po raz pierwszy przydzielone zostały środki finansowe na potrzeby poszczególnych komisji i zespołów. Okazało się, że był to bardzo dobry pomysł. W ramach posiadanych środków samodzielnie

planowane, organizowane i realizowane były szkolenia. Tematy zgodnie z oczekiwaniami środowiska.

Odbywały się w siedzibie izby, wykorzystując salę konferencyjną i sprzęt.

Zespół ds. Położnych zorganizował cztery szkolenia, w których łącznie uczestniczyło 109 Pań położnych.

Z zaplanowanej kwoty 6 tys. zł. wykorzystano 5.688.64 zł.

Zespół ds. Lecznictwa Stacjonarnego zorganizował 8 edycji szkoleń dla pielęgniarek i położnych połączonych z warsztatami nt. „Komunikacja w kontaktach koleżeńskich”. Łącznie udział wzięło 136 osób.

Z zaplanowanej kwoty 6 tys. wykorzystano 5.546.13 zł. Komisja Etyki przygotowała plakat tematyczny nawiązujący do zapisów w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Plakat został wydrukowany w ilości 600 szt. Jestem przekonana, że zgodnie z intencją i życzeniem członków Komisji w placówkach, wszędzie tam gdzie pracują pielęgniarki/rze i położne plakat ma swoje godne miejsce. Z zaplanowanej kwoty 2 tys. wykorzystano 932,17 zł.

Na pracę poszczególnych komisji i zespołów w projekcie planu budżetu na rok 2014 zaplanowano większe kwoty zgodnie z oczekiwaniami członków komisji i zespołów, na podstawie zatwierdzonych planów pracy na rok bieżący.

Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego z zaplanowanych środków w kwocie 450 tys. wykorzystywała 199.247.39 zł.

Zgodnie z okresem sprawozdawczym od 01 marca.2013 roku - do 28.02.2014 r. wydane kwoty na poszczególne formy kształcenia i doskonalenia zawodowego przedstawia zamieszczona poniżej tabelka.

W grudniu minionego roku po raz czwarty od początku trwania VI kadencji zmieniony został Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. Podwyższone zostały kwoty refundacji o 200 zł. za specjalizację, kursy, studia. Dokonanych zostało wiele innych zmian na podstawie przeprowadzanych analiz, wyliczeń, które stanowią podstawę do zmian. Zapewniam, to nie ostatnie.

Do zapoznania się z regulaminem odsyłam na stronę internetową oraz do Biuletynu Informacyjnego nr 1/2014

Lp.	Kursy specjalistyczne	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Szczepienia ochronne	23	3667,50 zł
2.	RKO	24	2185 zł
3.	Leczenie ran	10	2525 zł
4.	EKG	5	1000 zł
5	Podstawy opieki paliatywnej	1	225 zł
6.	Edukator w cukrzycy	1	225 zł
7.	Podstawy dializoterapii	5	1000 zł
RAZEM:		69	10 827,50 zł

Lp.	Kursy kwalifikacyjne	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek	20	10 000 zł
2.	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	1	600 zł
3.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek	25	12 500 zł
4.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywne opieka	13	6500 zł
5.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	4	2400 zł
RAZEM:		63	32 000 zł

Lp.	Specjalizacja	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	22	15 400 zł
2.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego	6	4200 zł
3.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego	8	5600 zł
4.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego	2	1400 zł
5.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	3	2100 zł
6.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego	2	1600 zł
7.	Specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii	21	16 700 zł
8.	Specjalizacja diabetologiczna dla pielęgniarek	1	700 zł
9.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego	1	900 zł
10.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego	3	2700 zł
RAZEM:		69	51 300 zł

Lp.	Studia	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Magisterskie II stopnia	39	39 000 zł
2.	Pomostowe I stopnia	2	1400 zł
RAZEM:		41	40 400 zł

Lp.	Kurs dokształcający	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Profesjonalne poradnictwo laktacyjne	1	1500 zł
RAZEM:		1	1500 zł

Konferencje, sympozja, zjazdy

Ilość	Ilość osób	Kwota refundacji
32	76	40 627,88 zł

Razem udzielonych refundacji 319 na łączną kwotę 176 655,38 zł.

W minionym roku zorganizowane zostały w Hotelu – Restauracji „Piast-Roman” w Świdnicy 3 konferencje – w miesiącu maju z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, we wrześniu „Status zawodowy pielęgniarki i położnej” z udziałem Pani dr n. prawnych Dorotą Karkowską w listopadzie drugą z cyklu – „Spotkania z Autorytetem”- temat-

Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych”. Brawa na stojąco potwierdziły uznanie i niekwestionowany autorytet Pani Izabeli Witczak, pielęgniarki, mgr prawa, dr n. ekonomicznych.

Nawiązana została współpraca z firmą MEDUCARE zorganizowane zostały kolejne dwie konferencje – Tym razem w Hotelu- Restauracji „MARIA” w Wałbrzychu. Pierwsza w październiku „Stopa cukrzycowa”, druga w lutym br. dla położnych „Problemy opieki długoterminowej” W w/w konferencjach udział wzięło 385 osób na łączną kwotę 21. 511 zł. Firma MEDICARE jest organizatorem dzisiejszego szkolenia.

Zgodnie z zapotrzebowaniem zwiększona została o 10 egz. ilość zaprenumerowanych Magazynów Pielęgniarki i Położnej. Na roczną prenumeratę - 260 egz. wydaliśmy 16. 770 zł.

Dobiega końca rozpoczęta w listopadzie ubiegłego roku archiwizacja wszystkich zgromadzonych dokumentów poczynszy od 1991 roku, od pierwszych dni pracy samorządu do lutego 2014 r., którą przeprowadza Zakład Usług Archiwalnych.

Archiwizacja dokumentów KAT A; KAT B; Kat C oraz brakowanie dokumentacji archiwalnej przeprowadzana jest zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami określonymi przez Ministra Kultury z dnia 16.09.2002r. w sprawie postępowania z dokumentacją zasad klasyfikowania i kwalifikowania oraz zasad i trybu przekazywania materiałów archiwalnych do archiwów państwowych .

Opracowana do końca kwietnia br. będzie Instrukcja Kancelaryjna, Jednolitego Rzeczowego wykazu akt oraz Instrukcja Archiwalna kompletu normatywów kancelaryjno-archiwalnych. Dla pracowników udzielony zostanie instruktaż z zakresu prawidłowego stosowania zatwierdzonych przepisów kancelaryjno-archiwalnych OIPIP w Wałbrzychu. Przedmiotowy komplet normatywów kancelaryjno-archiwalnych, opracowanych zgodnie z obowiązującymi przepisami, obejmować będzie Instrukcję kancelaryjną, jednolity rzeczowy wykaz akt, instrukcję w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum. Jest to bardzo kosztowne przedsięwzięcie, ale konieczne. Przez ponad 22 lata istnienia samorządu wytworzonych zostało niewyobrażalnie dużo dokumentów. Przechowywane są bardzo ważne dokumenty, dowodem są akta - KAT A. Są to dokumenty pod nadzorem Archiwum Państwowego, których okres przechowywania obejmuje 100 lat. W każdej chwili Archiwum Państwowe może zwrócić się do nas o przekazanie tych dokumentów- są to protokoły, uchwały z posiedzeń rady, prezydium, okręgowych zjazdów. Prace dobiegają końca. Bardzo trudna, mozolna praca daje już widoczne efekty. Wszystko jest opisane, uporządkowane.

Posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium Okręgowej Rady odbywały się zgodnie z zatwierdzonym harmonogramem w oparciu o obowiązujący Regulamin Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. Mimo coraz większych problemów wynikających z oddelegowania na czas trwania posiedzeń frekwencja była na poziomie 87 % - rada, 96% prezydium.

Należy podkreślić odpowiedzialność członków rady za podjętą decyzję

o kandydowaniu potwierdzając, że wybór w demokratycznych wyborach, obdarowanie zaufaniem środowiska zawodowego zobowiązuje.

W okresie sprawozdawczym odbyło się pięć posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położonych, na których podjętych zostało 99 uchwał oraz 16 posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położonych - podjętych zostało 266 uchwał. Łącznie podjęto 365 uchwał w tym:

- 28 - w sprawie stwierdzenia p wz i wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych
 - 22 - w sprawie wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych, które podjęły pracę na terenie działania naszej izby
 - 24 - w sprawie wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych z powodu podjęcia pracy na terenie działania innej izby bądź pracy poza granicami RP.
 - 27 - w sprawie wygaśnięcia p wz z powodu zgonu
 - 3 - w sprawie zaprzestania wykonywania zawodu
 - 17 - w sprawie skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6 latach (14 dla pielęgniarek i 3 dla położnych)
 - 22 - w sprawie przyznania zapomogi finansowej na łączną kwotę - 16.800 zł.
 - 5 - w sprawie odmowy przyznania zapomogi finansowej - wnioski nie spełniały wymogów wynikających z obowiązującego Regulaminu Udzielania Zapomóg Finansowanych ze środków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
 - 22 - w sprawie odmowy przyznania refundacji kosztów kształcenia
- Te ostatnie nie powinny mieć miejsca.

Wielokrotnie poruszałam ten problem. Wielokrotnie prosiłam o dokładne zapoznanie się z regulaminem.

Najczęściej powtarzająca się przyczyna to nie dochowanie terminów składanych wniosków lub wymaganych dokumentów po ukończeniu kursu.

Kolejną przyczyną odmowy są nieregularnie opłacane składki.

Niestety ten problem ciągle jest. System elektroniczny pozwala nam na coraz większą kontrolę, coraz lepsze rozwiązania, docieramy do osób, które nie wywiązują się z ustawowego obowiązku. Wydawane będą decyzje administracyjne.

Prowadzimy elektroniczny Centralny Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Zgodnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. wnioski przyjmujemy wyłącznie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP. Nie miałam wątpliwości - pojawił się problem. Za zgodą członków rady zakupiony został laptop, który przypisany jest wyłącznie potrzebom wpisów do wspomnianego rejestru. Osoby, które mają jakiegokolwiek problemy z wypełnieniem i wysłaniem wniosku, w siedzibie izby, w obecności pracownika biura, dosłownie krok po kroku wspólnie wypełniają wniosek. Forma papierowa składania wniosku jest już niemożliwa.

W sprawozdaniu nie mogę pominąć faktu korzystania przez Was Koleżanki

i Koledzy z porad i opinii prawnych.

Ilość udzielonych porad określa występujący problem. Przypomnę, że korzystamy z porad dwóch prawników, Pani mec. Ewy Supron-Walenta oraz Pani mgr Doroty Pakuła. Ponadto obecność prawnika na posiedzeniach rady i prezydium daje obecnym członkom pewność procedowania zgodnie z literą prawa, na bieżąco omawiane są kwestie sporne, wątpliwe, ustalone podstawy prawne.

Nie sposób w tak krótkim czasie przedstawić wszystkie ważne sprawy.

Ciągle pogłębiające się problemy kontraktowania usług w opiece długoterminowej domowej. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych czyniła intensywne starania na rzecz zmiany brzmienia projektu Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Jestem po wstępnej rozmowie z Panią Konsultant ds. pielęgniarstwa rodzinnego Ewą Chlebek. W kwietniu planujemy zorganizować szkolenie między innymi dla pielęgniarek rodzinnych, opieki długoterminowej.

O konkretach będę informować.

Kolejny problem - to obciążenie podatkiem dochodowym pielęgniarki i położne, które korzystają z bezpłatnych szkoleń prowadzonych przez okręgowe izby. To tylko nieliczne, z którymi zmagają się samorząd.

Są też sukcesy Klasyfikacja procedur ICNP- Międzynarodowa klasyfikacja dla praktyki pielęgniarstwa.

Uznanie kwalifikacji zawodowych wszystkim polskim pielęgniarkom i położnym, włączając absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego.

Projekt Systemowy pn. Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych w ramach studiów pomostowych.

Przed nami następny pracowity rok.

Bez zaangażowania członków rady, komisji, zespołów, przewodniczących i członków organów, prawników i pracowników biura moje starania byłyby daremne. Wszystkim bardzo serdecznie dziękuję.

W podziękowaniach nie mogę pominąć Was - Szanowni Delegaci. Dziękuję za zaufanie, bez niego nic nie byłoby możliwe.

Bardzo proszę o przyjęcie rocznego sprawozdania z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek w Wałbrzychu z okres od 01 marca 2013 r. - do 28.02.2014r.

Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych
Maria Pałeczka

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu od 1 marca 2013 roku do 28 lutego 2014 roku

Okręgowa Komisja Rewizyjna działa zgodnie z art.7. ust. 1 Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dn.1 lipca 2011 roku (Dz. U z 2011, Nr174, poz 1038), w oparciu o Ramowy Regulamin Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Plan Pracy.

I. Skład osobowy Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

- 1.Przewodnicząca- Monika Stanicka
- 2.Wice przewodnicząca- Alicja Ciszewska
- 3.Sekretarz- Ewa Kowalska
Członkowie:
Dorota Midor
Elżbieta Mierzejewska
Ewa Zalewska

II. Ilość posiedzeń i kontroli:

1. Posiedzeń- 4
2. Kontroli- 5
w tym – 3 kompleksowe 2 cząstkowe, niezaplanowane kontrole kasy.

III. Zakres przedmiotowy kontroli:

1. Działalność finansowa i gospodarcza:
 - kontrola dokumentów finansowo - księgowych: obieg, księgowanie, kontrola prawidłowego ich zatwierdzenia,
 - kontrola działalności kasy, dokumentów kasowych, przestrzeganie instrukcji kasowej i pogotowia kasowego,
 - kontrola dokumentacji związanej z refundacją kosztów kształcenia, oraz udzielania zapomóg,
 - prawidłowość prowadzenia druków ścisłego zarachowania, ocena wydatków na wynagrodzenia dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - rozliczenie delegacji służbowych,
 - rozliczenie kosztów posiedzeń Rady i Prezydium Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
 - analiza realizacji podjętych uchwał Okręgowej Rady oraz Prezydium dotyczących działalności finansowej i gospodarczej,
 - ocena stanu rachunku bankowego,
 - kontrola kosztów działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
 - rozchód znaczków pocztowych,
 - spływ składek członkowskich- analiza przyjętego budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,

IV. Ustalenia kontrolne:

- ewidencja finansowo-księgową prowadzona jest na bieżąco, zgodnie z Ustawą o Rachunkowości,
- ewidencja druków ścisłego zarachowania prowadzona prawidłowo
- kasa prowadzona zgodnie z instrukcją kasową, pogotowie kasowe przestrzegane, stan czeków kasowych zgodny z protokołami,
- faktury opisywane dokładnie i szczegółowo,
- ściągalskość składek członkowskich wzrosła,
- wydawanie gotówki zgodnie z przeznaczeniem.
- prawidłowa ewidencja rozchodu znaczków pocztowych
- koszt działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu zgodny z zaplanowanym budżetem na rok 2013.
- realizacja podjętych uchwał gospodarczych i finansowych nie budzi zastrzeżeń.

V. Istotne wnioski i zalecenia z przeprowadzonych kontroli:

Zalecenie: przyjmowania wniosków o refundację kosztów kształcenia dokładnie wypełnionych.

Wniosek: o udostępnienie dla Okręgowej Komisji Rewizyjnej Polityki Rachunkowości celem przeanalizowania tego dokumentu.

Wniosek: o ewentualne zweryfikowanie Regulaminu udzielania zapomóg celem zmniejszenia ilości składanej dokumentacji w związku z ochroną danych osobowych.

VI. Realizacja wniosków i zaleceń:

Wnioski i zalecenia pokontrolne realizowane były na bieżąco.

VII. Frekwencja członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

- w posiedzeniach - 83%
- kontrolach - 87%

VIII. Frekwencja przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

- posiedzenia Okręgowej Rady - 100%
- posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady - 100%

W 2013 roku odbyła się wizytacja przeprowadzona przez Naczelną Komisję Rewizyjną. Zakres przedmiotowy kontroli obejmował dokumentację Okręgowej Komisji Rewizyjnej. Kontrola nie wykazała żadnych znaczących uchybień i nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji. Okręgowa Komisja Rewizyjna otrzymała wskazówki dotyczące wnikliwszego przeanalizowania podstaw prawnych w oparciu o które są wydawane poszczególne dokumenty Okręgowej Komisji Rewizyjnej, oraz przeanalizowanie Polityki Rachunkowości.

Przewodnicząca OKR
mgr Monika Stanicka

**Sprawozdanie z działalności
Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
za okres od 01.03.2013 r. do 28.02.2014 r.**

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych działa na podstawie Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w składzie:

1. Kopeć Lilianna	Przewodnicząca Sądu
2. Łybacka – Kłęk Irena	Z-ca Przewodniczącej Sądu
3. Sobolewska Iwona	Z-ca Przewodniczącej Sądu
4. Leksowska – Osińska Katarzyna	Sekretarz Sądu
5. Iwańczuk Iza	Członek Sądu
6. Korzeniewska Ewa	Członek Sądu
7. Michańcio Iwona	Członek Sądu
8. Pieprz – Pankiewicz Elżbieta	Członek Sądu
9. Rawa Anna	Członek Sądu
10. Sikora Dorota	Członek Sądu
11. Szyc Monika	Członek Sądu

Zadaniem Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych jest:

- rozpatrywanie spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej wniesionych przez okręgowego rzecznika,
 - składanie okręgowej radzie informacji o stanie prowadzonych spraw,
 - składanie okręgowemu zjazdowi rocznego i kadencyjnego sprawozdania.
- Tryb wewnętrznego funkcjonowania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych określa Regulamin, który zapewnia prawidłowe postępowanie przy realizacji zadań dla których Sąd jest powołany.

W 2013 roku Członkowie OSPiP uczestniczyli w następujących szkoleniach:

- 12. 06. 2013 r. – Zdarzenia medyczne.
- 23-24. 10. 2013 r. - Podstawy prawne funkcjonowania Okręgowych Sądów Pielęgniarek i Położnych oraz zasad funkcjonowania tych Sądów.
- 26. 11. 2013 r. Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych. Członkowie OSPiP spotkali się dwukrotnie.
- Pierwsze spotkanie odbyło się 14.11. 2013 r. i dotyczyło zapoznania się z wnioskiem o ukaranie położnej.
- Drugie spotkanie odbyło się 28. 11. 2013 r., na którym podjęto niezbędne czynności przygotowawcze w przeprowadzeniu rozprawy.
- W dniu 18.02.2014 r. odbyła się rozprawa przeciwko obwinionej położnej.
- Kolejny termin rozprawy wyznaczono na 04.03.2014 r.

Przewodnicząca OSPiP brała udział w posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Przewodnicząca Okręgowego Sądu
Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
mgr Lilianna Kopeć

**Sprawozdanie z działalności
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
za okres od 01.03. 2013 r. – do 28.02.2014 r.**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu działał na podstawie Ustawy z dnia 1.07.2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w składzie:

1. Wydrzyńska Irena	Okręgowy Rzecznik
2. Dudziak Dorota	Z-ca Okręgowego Rzecznika
3. Gierlach Agata	Z-ca Okręgowego Rzecznika
4. Pochroń Lidia	Z-ca Okręgowego Rzecznika
5. Ursaki Renata	Z-ca Okręgowego Rzecznika
6. Wachowiak-Bobkiewicz Anna	Z-ca Okręgowego Rzecznika

Tryb wewnętrznego funkcjonowania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych określa Regulamin, zapewnia on właściwe postępowanie w realizacji zadań przez Okręgowych Rzeczników.

Zadaniem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej jest:

- zapoznanie się z wpływającymi pismami i rozstrzygnięcie o sposobie załatwienia opisanych w nich spraw, dotyczących zakresu etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu przez członków Okręgowej Izby
- składanie Okręgowej Radzie informacji o stanie prowadzonych spraw
- składanie Okręgowemu Zjazdowi – rocznych i kadencyjnych sprawozdań.

W okresie sprawozdania Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu przeprowadził następujące sprawy:

1. Dalsze prowadzenie postępowania wyjaśniającego 4/2012 dotyczące wydania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i posługiwania się tym prawem.
2. 15.02.2013 r.- wszczęto postępowanie wyjaśniające dotyczące naruszenia dóbr osobistych i obrażenia osoby pełniącej stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych – sprawę powierzono do prowadzenia z-cy ORZOZPiP Koleżance Annie Wachowiak Bobkiewicz. Przeanalizowano dokumentację sprawy, przesłuchano świadków, postawiono zarzuty obwinionej. W sierpniu 2013 r. - sprawę skierowano do rozpatrzenia przez Okręgowy Sąd.

3. 15.04.2013 r. – wpłynęła skarga pielęgniarki koordynującej na nieetyczne postępowanie pielęgniarki zatrudnionej w Pogotowiu Ratunkowym. Po przeanalizowaniu dowodów w sprawie i przesłuchaniu świadków uczestniczących w zdarzeniu, oraz osoby skarżącej postanowiono umorzyć postępowanie wyjaśniające.
4. 3.07.2013 r, - wpłynęła skarga córki pacjentki na pielęgniarkę o to, że odmówiła rejestracji na wizytę domową do lekarza POZ i nieetyczne zachowanie tejże pielęgniarki.
Po wnikliwym przeanalizowaniu zgromadzonej dokumentacji i przesłuchaniu pielęgniarki, ORZOZPiP nie dopatrył się winy w/w i postanowił 29.11.2013 r. umorzyć postępowanie wyjaśniające.
5. 18.07.2013 r. wpłynęła skarga w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej na pielęgniarką pracującą w sanatorium. Po zapoznaniu się ze skargą ORZOZPiP nie dopatrył się przewinienia pielęgniarki i odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego .
6. 25.10.2013 r. wpłynęła skarga lekarza o nieetyczne postępowanie i zachowanie pielęgniarki. ORZOZPiP nie dopatrył się nieetycznego postępowania ani zachowania pielęgniarki wobec powyższego odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Jednocześnie zawiadomił Dolnośląską Izbą Lekarską o tym, że lekarz podważa kompetencje drugiego lekarza dotyczące wystawienia druku L4.
7. 29.11.2013 r. - wpłynęła skarga dyrektora Pogotowia Ratunkowego dotycząca przekroczenia kompetencji zawodowych przez pielęgniarza. 13.01.2014 r. wszczęto postępowanie wyjaśniające – sprawa w toku.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczył w posiedzeniach Prezydium i Radzie Pielęgniarek i Położnych, pełnił dyżury w Okręgowej Izbie.

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej uczestniczyli 10 razy w rozmowach kwalifikacyjnych z pielęgniarkami i położnymi po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wydał 38 zaświadczeń dla pielęgniarek i położnych o niekaralności.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej organizował i uczestniczył w następujących szkoleniach:

1. 13.06.2013 r. – „Zdarzenia medyczne w praktyce pielęgniarki i położnej”
2. 27.06.2013 r. – „Prawo w praktyce pielęgniarki i położnej.”
3. 25.09.2013 r. – „Status zawodowy pielęgniarki i położnej.”

4. 29.10.2013 r. – „Etyka zawodowa w pracy pielęgniarki i położnej.”
5. 26.11.2013 r. – „Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarki i położnej.”
6. 30.12.2013 r. – „Praca Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w roku 2013.”

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej swoje działania i postępowanie opierał na ścisłej współpracy i fachowej wiedzy prawnika Pani mgr Doroty Pakuła.

Proszę o przyjęcie sprawozdania

Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
mgr Irena Wydrzyńska



STANOWISKA I APELE

Apel

**Delegatów XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu z dnia 28 marca 2014 r.**

w sprawie:

pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

skierowany do:

Ministra Zdrowia

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Naczelnę Izby Pielęgniarek i Położnych

Parlamentarzystów RP

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o podjęcie natychmiastowych działań zmierzających do zagwarantowania podmiotom pielęgniarskim działających w formie indywidualnych, specjalistycznych, grupowych praktyk pielęgniarek lub podmiotów leczniczych kontraktowania opieki długoterminowej domowej.

Mając na uwadze wydłużony wiek życia, wydłużony wiek emerytalny, nie liczne już dzisiaj rodziny wielopokoleniowe, rozwój nowych technologii medycznych, nowoczesnych metod diagnostycznych powodują, że problem opieki długoterminowej staje się jednym z ważniejszych wyzwań.

Wysokie kwalifikacje i umiejętności pielęgniarek przygotowanych do realizacji opieki długoterminowej zapewniają pacjentom bezpieczeństwo i wszechstronną opiekę pielęgniarską.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych apelują o zwiększenie nakładów finansowych na pielęgniarską opiekę długoterminową. Dotychczasowe stawki za osobodzień są niewystarczające uniemożliwiają pielęgniarcę utrzymanie się na rynku świadczeń zdrowotnych.

Kontraktowanie świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa domowa przez duże podmioty lecznicze, które zatrudniają dorywczo pielęgniarki na umowę zlecenie, często jako drugie, dodatkowe zatrudnienie eliminują z rynku usług medycznych dobrze działające praktyki pielęgniarskie.

Takie działania budzą zastrzeżenia w zakresie jakości świadczonych usług i kompleksowości.

Wysokie kwalifikacje i umiejętności pielęgniarek przygotowanych do realizacji opieki długoterminowej zapewniają pacjentom bezpieczeństwo i wszechstronną opiekę pielęgniarską. NFZ wprowadził katalog świadczeń, który ogranicza samodzielność zawodową pielęgniarek.

Opieka długoterminowa realizowana w ostatnich latach podlegała wielu modyfikacjom. Jednak jej zakres i poziom świadczeń i usług jest nadal niewystarczający w relacji do potrzeb.

Pacjenci objęci pielęgniarską opieką długoterminową nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, mogą pozostać w swoim środowisku domowym.

Opieka ta jest tańsza i efektywniejsza. Obejmuje swoim zakresem rodzinę i pacjenta. Przygotowuje do samoopieki i samopielęgnacji kształtując tym samym umiejętność radzenia sobie z chorobą i niepełnosprawnością, a to ma ogromny wpływ na proces zdrowienia i stabilizacji choroby.

Dotychczasowe stawki za osobodzień są niewystarczające i małym podmiotom uniemożliwiają utrzymanie się na rynku świadczeń zdrowotnych. Apelujemy o zwiększenie nakładów finansowych i uznania pielęgniarek opieki długoterminowej jako znaczących profesjonalistów w systemie opieki nad ludźmi przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi.

SEKRETARZ OZPIP
(-)Małgorzata Wasiek

PRZEWODNICZĄCA OZPIP
(-) Małgorzata Hrycak

Apel

Delegatów XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 marca 2014 r.

w sprawie:

**projektu ustawy o zawodzie ratownika medycznego
i samorządzie zawodowym ratowników medycznych**

skierowany do:

Ministra Zdrowia

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Parlamentarzystów RP

Zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013 r. poz. 757) jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego są szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

W związku z projektem ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym ratowników medycznych (art. 11 ust. 1 pkt 2 projektu, którego zapis stanowi iż wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego sugerować może zgodę na wykonywanie zawodu ratownika medycznego między innymi w oddziałach szpitalnych, czy lecznictwie otwartym.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wyrażają głębokie zaniepokojenie projektem aktu prawnego, który wprowadza regulacje, pozwalające na udzielanie świadczeń zdrowotnych, które mogą wykonywać wyłącznie pielęgniarki i położne osobom, które nie mają do tego przygotowania zawodowego.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o podjęcie stosownych działań, doprowadzając do tego, że zapisy w dwóch aktach prawnych wymienionych wyżej nie będą sprzeczne ze sobą.

SEKRETARZ OZPIP
(-) Małgorzata Wasiek

PRZEWODNICZĄCA OZPIP
(-) Małgorzata Hrycak

Apel

Delegatów XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 marca 2014 r.

w sprawie:

zwolnienia pielęgniarki i położnej z ponoszenia kosztów realizacji polityki zdrowotnej państwa i kosztów ochrony zdrowia społeczeństwa oraz przestrzegania ustawowego obowiązku pracodawcy w zakresie udzielania pielęgniarkom i położnym urlopu szkoleniowego.

skierowany do:

Ministra Zdrowia

Ministra Pracy i Polityki Społecznej,

Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Parlamentarzystów RP

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o pilne rozwiązanie kwestii ponoszenia przez pielęgniarki i położne kosztów realizacji polityki zdrowotnej państwa i kosztów ochrony zdrowia społeczeństwa.

Obowiązek stałego podnoszenia kwalifikacji zawodowych ma ustawowo zastrzeżoną formę kształcenia podyplomowego. Konieczność posiadania dodatkowych kwalifikacji, uzyskanie których jest możliwe tylko poprzez szkolenie podyplomowe, nakładają kolejno wprowadzane regulacje ustawowe, dotyczące wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej przy czym nie poddanie się szkoleniu skutkuje utratą możliwości pracy na zajmowanych obecnie stanowiskach.

Udzielenie urlopu szkoleniowego i przyznanie pomocy w pokryciu kosztów szkolenia – nie stanowi obowiązku pracodawcy. Wymusza to konieczność odbywania szkolenia w ramach urlopu wypoczynkowego oraz ponoszenia w całości jego kosztów przez pielęgniarkę i położną .

Takie postępowanie pracodawców ochrony zdrowia jest naganne i sprzeczne nie tylko z obowiązującymi przepisami prawa, lecz przede wszystkim z zasadami współżycia społecznego. Postulujemy zatem o zaniechanie tych praktyk.

Uzyskane kwalifikacje pielęgniarek i położnych są zgodne z interesem i potrzebami pracodawcy i przez pracodawcę wykorzystywane, pozwalając m.in. na uzyskanie wyższego stopnia referencyjności podmiotu leczniczego a koszty kształcenia z własnych środków ponosi pielęgniarka czy położna.

Koszty te nie są zwolnione od opodatkowania podatkiem dochodowym. Nie jest także zwolniona od podatku pomoc na ich pokrycie udzielana przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, nawet w przypadku gdy ma ona charakter szkoleń bezpłatnych .

Takie sytuacje powodują nieuprawnione przerzucenie kosztów realizacji polityki zdrowotnej i kosztów organizacji ochrony zdrowia na grupę zawodową pielęgniarek i położnych.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o pilne podjęcie stosownych działań w przedmiotowej sprawie.

SEKRETARZ OZPIP

(-) Małgorzata Wasiek

PRZEWODNICZĄCA OZPIP

(-) Małgorzata Hrycak

STANOWISKO

Delegatów XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z dnia 28 marca 2014 r.

w sprawie:

**odroczenia wejścia w życie § 8 rozporządzenia MZ
w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm
zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach
lecniczych niebędących przedsiębiorstwami do czasu
opracowania przez Naczelną Radę Pielęgniarek
i Położnych nowego sposobu obliczania zapotrze-
bowania na opiekę pielęgniarską w podmiotach
lecniczych niebędących przedsiębiorcami**

skierowany do:

**Ministra Zdrowia
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych
Parlamentarzystów RP**

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu negatywnie oceniają metodę kategoryzacji pacjentów, jako sposób obliczania zapotrzebowania na etaty pielęgniarskie w szpitalach i żądają odroczenia wejścia w życie rozporządzenia do czasu opracowania przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych nowej precyzyjniejszej i mniej pracochłonnej metody.

Rozporządzenie w obecnym kształcie w żaden sposób nie pozwala na prawidłowe, bezpieczne dla pacjenta obliczanie zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską w szpitalach. Wprowadzone zapisy stanowią istotne zagrożenie funkcjonowania sektora ochrony zdrowia, wpływają wprost na zagrożenie bezpieczeństwa chorych, jak i wysoki stopień wystąpienia niepożądanych zdarzeń medycznych.

Delegaci XXIX Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu stoją na stanowisku, że zastosowana metoda równoważników (wskaźników) w Oddziałach Intensywnej Terapii, Neonatologii i w niektórych wysokospecjalistycznych oddziałach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm.) jest właściwym narzędziem, należy go również zastosować w pozostałych oddziałach zachowawczych i zabiegowych.

Obowiązujące rozporządzenie nie było konsultowane społecznie, a jego zapisy uniemożliwiają dokonanie wyliczenia liczby pielęgniarek i położnych, jaka zabezpieczyłaby potrzeby pacjentów w zakresie opieki i realizacji świadczeń medycznych.

Brak wyliczonego czasu opieki bezpośredniej, obniżenie czasu czynności pośrednich z 50% do 25% czasu pielęgnacji bezpośredniej, brak zapewnienia minimum 2 pielęgniarek/położnych na zmianę, brak zapisu:

2 pielęgniarki do zabiegu operacyjnego na jeden czynny stół operacyjny, czyli operowanego pacjenta, brak wskaźników dla nowotworzonych, restrukturyzowanych lub w trakcie reorganizacji oddziałów szpitalnych i komórek organizacyjnych.

Cytowane rozporządzenie w sprawie minimalnych norm zatrudnienia już w nazwie narzuca oczekiwania resortu wynikające z obliczeń, a kolejny zapis w art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej określił jednoznacznie, że minimalne normy zatrudnienia ustala kierownik podmiotu.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych posiada do wykorzystania wypracowany materiał pozwalający na prosty i szybki sposób wyliczenia zapotrzebowania na etaty pielęgniarek i położnych.

Mając na uwadze powyższe wnosimy o podjęcie działań zmierzających do odroczenia wejścia w życie § 8 obowiązującego rozporządzenia do czasu jego nowelizacji.

SEKRETARZ OZPIP
(-) Małgorzata Wasiek

PRZEWODNICZĄCA OZPIP
(-) Małgorzata Hrycak

Zespół ds. Opieki Długoterminowej planuje zorganizować szkolenie na temat:

„Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami”.

Szkolenie adresowane jest do:

- pielęgniarek POZ, opieki długoterminowej,
pielęgniarek rodzinnych.

Wstępnie, szkolenie zaplanowane jest w I-szej połowie czerwca br. Warunkiem zorganizowania szkolenia, jego miejsca, jest liczba zgłoszonych osób, które będą chciały wziąć udział w szkoleniu.

Osoby zainteresowane bardzo proszę o zgłaszanie w terminie do dnia **16.05.14 r.**

Zgłoszenie można dokonać poprzez:
formularz internetowy na stroni:

www.oipip.walbrzych.pl

telefonicznie pod numerem **74 842 33 25**
lub e-mailowo: **oipipsekretariat@webmedia.pl**

XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych 28.03.2014 r. Świdnica

galeria zdjęć





Przewodnicząca ORPiP - Maria Pałeczka



Przewodnicząca OZPiP - Małgorzata Hrycak



Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej - Monika Stanicka



Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych - Lilianna Kopeć



**Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej - Irena Wydrzyńska**



**Prezydium OZPiP - od lewej
Krystyna Nitkiewicz, Aleksandra Walczyk,
Przewodnicząca - Małgorzata Wasiek,
Krystyna Bieniek, Teresa Piksa**



Komisja Uchwał i Wniosków
- Ewa Kowalska, Natalia Kaszuba



Przewodnicząca Komisji Uchwał
i Wniosków - Ewa Kowalska

Delegaci XXIX OZPiP



Poczet Sztandarowy

Anna Sorota, Dorota Sikora, Małgorzata Janiak





Poczet Sztandarowy XXIX OZPiP



Z MINISTERSTWA ZDROWIA

Rozporządzenie Ministra Zdrowia1) z dnia 28 grudnia 2012 r.

w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami

Na podstawie art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.2)) zarządza się, co następuje:

§ 1.

1. Przy ustalaniu minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zwanych dalej „minimalnymi normami”, w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, zwanym dalej „podmiotem”, wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, uwzględnia się:
 - 1) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych;
 - 2) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
 - 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
 - 4) harmonogram czasu pracy;
 - 5) średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2;
 - 6) właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
 - 7) liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
 - 8) stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.
2. Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych i ich zastępców.

§ 2.

1. Średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku oblicza się według wzorów:

$$1) T\acute{s}pb = (NI \times T\acute{s}pbI) + (NII \times T\acute{s}pbII) + (NIII \times T\acute{s}pbIII),$$

2) $T\acute{s}pc = T\acute{s}pb + T\acute{s}pp$ – gdzie poszczególne symbole oznaczają: $T\acute{s}pb$ – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich, N – średnią liczbę pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy poprzedzający ustalenie minimalnej normy (NI – kategoria opieki I, NII – kategoria opieki II, $NIII$ – kategoria opieki III),

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742. Dziennik Ustaw – 2 – Poz. 1545

$T\acute{s}pc$ – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity,

$T\acute{s}pbI$ – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki I,

$T\acute{s}pbII$ – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki II,

$T\acute{s}pbIII$ – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla kategorii opieki III,

$T\acute{s}pp$ – średni dobowy czas wykonania świadczeń pielęgniarskich pośrednich, który może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich; czas ten określa się, biorąc pod uwagę organizację pracy w podmiocie;

3) $Td = T\acute{s}cp - (T\acute{s}cuw + T\acute{s}cod + T\acute{s}ckp + T\acute{s}czl)$ – gdzie poszczególne symbole oznaczają:

Td – średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku,

$T\acute{s}cp$ – średni czas pracy w dniach,

$T\acute{s}cuw$ – średni czas urlopu wypoczynkowego w dniach,

$T\acute{s}cod$ – średni czas ustawowo przysługujący na opiekę nad dzieckiem w dniach,

$T\acute{s}ckp$ – średni czas przeznaczony na realizację kształcenia podyplomowego w dniach,

$T\acute{s}czl$ – średni czas nieobecności w pracy usprawiedliwiony zaświadczeniem lekarskim w dniach.

2. Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarstwa bezpośrednich dla danej kategorii opieki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załączniku:
- 1) nr 1 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
 - 2) nr 2 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
 - 3) nr 3 do rozporządzenia – w przypadku:
 - a) zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury, albo
 - b) oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego;
 - 4) nr 4 i 5 do rozporządzenia – odpowiednio w odniesieniu do położnicy i noworodka, w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
 - 5) nr 6 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
 - 6) nr 7 do rozporządzenia – w przypadku oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu.

3. Przy ustalaniu minimalnej normy stosuje się wzór:

$$T_{\text{spc}} \times 365$$

$$L_e = \frac{\quad}{\quad}$$

T_d

– gdzie poszczególne symbole oznaczają:

L_e – liczbę etatów lub równoważników etatów – stanowiącą podstawę obliczenia minimalnej normy,

T_{spc} – średni dobowy czas świadczeń pielęgniarstwa całkowity, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w dniach.

Dziennik Ustaw – 3 – Poz. 1545

§ 3.

W przypadku oddziału o profilu:

- 1) anestezyjologia i intensywna terapia (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,
- 2) neonatologicznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej

podmiotu o tym profilu – stosuje się minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.3)) dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszące się do odpowiedniego poziomu referencyjnego.

§ 4.

1. W przypadku podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu leczenia uzależnień przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1–4 i 8.
2. W przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku, stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu oraz przepisy § 1 ust. 1 pkt 1, 3 i 4.
3. W przypadku bloku operacyjnego przy ustalaniu minimalnej normy na 1 stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (1 pacjent) uwzględnia się przepisy § 1 ust. 1 pkt 1–4 i 8.

§ 5.

1. W przypadku utworzenia nowego podmiotu, zmiany rodzaju działalności leczniczej lub zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmianą profilu tego oddziału, jednostki lub komórki, przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:
 - 1) planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych;
 - 2) planowaną liczbę pacjentów;
 - 3) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
 - 4) harmonogram czasu pracy;
 - 5) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.
2. Minimalną normę ustala się w sposób określony w ust. 1 na okres roku, licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian określonych w ust. 1 do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

§ 6.

W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- 1) wielkość i rozległość terytorialną oraz strukturę demograficzną i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu;
- 2) zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń

profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;

- 3) liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku;
- 4) wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378 oraz z 2012 r. poz. 123, 1016 i 1342.

Dziennik Ustaw – 4 – Poz. 1545

- 5) harmonogram czasu pracy;
- 6) wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;
- 7) stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 7.

Minimalne normy ustala się co najmniej raz na trzy lata.

§ 8.

Minimalne normy ustalone przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogą być stosowane nie dłużej niż do dnia 31 marca 2014 r.

§ 9.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.⁴⁾

Minister Zdrowia:
B.A. Arłukowicz

**Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r.
w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia
pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących
przedsiębiorcami**

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
Warszawa, 4 grudnia 2013 r.
mgr ZOFIA MAŁAS**

Weszło w życie nowe Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. I choć można zarzucić mu niejedno, jest ono prawem.

Wprowadzie normy ustalone przed wejściem w życie nowego rozporządzenia mogą być stosowane do 31 marca 2014 r., możliwe jest jednak dokonanie zmiany wcześniej.

USTALENIE NORM

Kogo bierzemy pod uwagę

Do ustalania minimalnej normy nie wlicza się zatrudnionej w podmiocie kadry kierowniczej pielęgniarskiej lub położniczej, z wyłączeniem pielęgniarek lub położnych oddziałowych i ich zastępców oraz pielęgniarek lub położnych koordynujących pracę innych pielęgniarek i położnych oraz ich zastępców.

W wyliczeniach nie uwzględniamy:

- pielęgniarek pełniących funkcję dyrektorów lub zastępców dyrektorów placówek,
- zastępcy kierownika do spraw pielęgniarstwa lub położnictwa,
- naczelnej pielęgniarki, naczelnej położnej.

Uwzględniamy natomiast:

- pielęgniarki oddziałowe,
- przełożone pielęgniarek, położnych, zastępcę przełożonej pielęgniarek, położnych.

Kwestia uwzględnienia w wyliczeniach stanowiska naczelnej pielęgniarki nie jest do końca jasna, ponieważ stanowisko to jest zaliczane do kadry kierowniczej, jednak zakres obowiązków z nim związanych mieści w sobie elementy koordynacji pracy personelu pielęgniarskiego w zakładzie (decydowanie o wykorzystaniu personelu, wnioskowanie w sprawach zatrudniania, wynagradzania, szkoleń itp.). Ponieważ jednak bezpośrednią koordynacją pracy personelu pielęgniarskiego zajmują się raczej oddziałowe i przełożone, można przyjąć, że stanowiska naczelnej

pielęgniarki nie trzeba uwzględniać w wyliczeniach. Nie uwzględniamy oczywiście pielęgniarek zatrudnionych na stanowiskach nie pielęgniarskich (np. specjalisty ds. epidemiologii lub higieny).

Forma zatrudnienia

Mimo iż rozporządzenie mówi o „zatrudnieniu”, forma współpracy pielęgniarki ze szpitalem nie ma znaczenia. Chodzi bowiem o obsadzenie oddziału określoną ilością personelu, więc podmiot leczniczy nie ma możliwości odstąpienia od wymagań zapisanych w rozporządzeniu poprzez zmianę formy zatrudnienia personelu.

Kryteria ustalania minimalnych

Do ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych uwzględnia się łącznie kilka kryteriów:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych,
- liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku,
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności,
- harmonogram czasu pracy,
- średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich i średni czas dyspozycyjny,
- właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta,
- liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki,
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych.

Średni dobowy czas świadczeń

Średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich pośrednich (T_{sp}) i bezpośrednich (T_{spb}),

średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity (T_{spc})

oraz średni czas dyspozycyjny pielęgniarki lub położnej w ciągu roku (T_d) oblicza się według trzech wzorów:

Obliczanie średniego dobowego czasu

Średni dobowy czas wykonania świadczeń pielęgniarskich pośrednich

(T_{sp}) może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu

świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich; czas ten określa się, biorąc pod uwagę organizację pracy w danym podmiocie leczniczym

Przykład:

Przykład obliczenia czasu dyspozycyjnego w godzinach dla jednej pielęgniarki/położnej w ciągu roku:

- **20 dni roboczych w miesiącu x 12 miesięcy = 240 dni roboczych, gdzie poszczególne symbole oznaczają:**

- **Td - 240 dni - 26 dni urlopu wypoczynkowego - dwa dni ustawowo przysługujące na opiekę nad dzieckiem - pięć dni na realizację kształcenia podyplomowego - pięć dni zwolnień lekarskich,**
- **Td = 240 - 26 - 2 - 5 - 5 = 202 dni,**
- **Td = 202x7,35h = 1485 h.**

Tym samym średni czas dyspozycyjny dla pielęgniarki/położnej w danym oddziale w ciągu roku wynosi 1485 godzin, co daje średnio 124 godz. miesięcznie.

Kategorie opieki nad pacjentem

Średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla danej kategorii opieki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załącznikach do rozporządzenia. Określają one kategorie opieki nad pacjentem w podziale na następujące świadczenia: dla oddziału o profilu zachowawczym i zabiegowym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;

- dla oddziału o profilu psychiatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu;
- dla zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury, albo oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego,
 - w odniesieniu do położnicy i noworodka, w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,
 - dla oddziału o profilu pediatrycznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,
 - dla oddziału o profilu dializoterapii lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu.

Ustalanie minimalnej normy

- **Przy ustalaniu minimalnej normy stosuje się wzór:**
Le = Tśpc x 365 / Td gdzie poszczególne symbole oznaczają:
- **Le - liczbę etatów lub równoważników etatów stanowiącą podstawę obliczenia minimalnej normy,**
- **Tśpc - średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich całkowity w dniach.**

Przykład wyliczenia minimalnych norm:

Liczba pacjentów oddziału: 30

Kwalifikacja do danej kategorii opieki wg załącznika nr I do rozporządzenia:

- I kategoria: 10 pacjentów - czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich 38 minut,
- II kategoria: 12 pacjentów - czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich 95 minut,
- III kategoria: 8 pacjentów - czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich 159 minut.

Czas świadczeń pielęgnarskich bezpośrednich wyliczony na podstawie wzoru: $T_s pb$

$T_s pb = (N I \times T_s Bp I) + (N II \times T_s Bp II) + (N III \times T_s pb III) + N \times 2$
min.

$$T_s pb = 10 \times 38 + 12 \times 95 + 8 \times 159 = 30 \times 2 T_s pb = 380 + 1140 + 1272 + 60 = 2852 \text{ min.}$$

Przy założeniu, że czas pracy świadczeń pośrednich w danym zakładzie to 25%: $2852 \times 25\% = 713$ min

Powyższe wyniki wystarczy podstawić następnie do końcowego wzoru:

T_{spp} wynosi 713 min, zatem $T_{spc} = 2852 \text{ min} + 713 \text{ min} = 3565$, co stanowi 59,41 godziny.

Po podziale tej wartości przez 7,35 godziny (dobowy wymiar czasu pracy) otrzymujemy wynik 8,08 etatu.

Zatem $Le = (8,08 \times 365) / 202 = 14,6$ etatu

Jak ustalić dane

Jednak by móc prawidłowo dokonać wyliczeń i móc obronić je w toku negocjacji kadrowych, należy przede wszystkim prawidłowo ustalić dane wyjściowe, a więc odpowiednio ustalić okres rozliczeniowy, sposób przyporządkowania pacjentów do danej kategorii, i to w całym okresie rozliczeniowym, oraz uwzględnić przepisy szczególne, jeśli w odniesieniu do danego rodzaju świadczeń takowe obowiązują **RAZ NA TRZY LATA**. Normy ustala się co najmniej raz na trzy lata. Ustalenie normy odbywa się na podstawie danych z roku, przy czym nie musi on pokrywać się z rokiem kalendarzowym.

Przypadki szczególne

W przypadku:

- utworzenia nowego podmiotu,
- zmiany rodzaju działalności leczniczej lub
- zmiany zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych skutkujących utworzeniem nowego oddziału lub innej

jednostki lub komórki organizacyjnej albo zmiany profilu tego oddziału, jednostki lub komórki, przy ustalaniu minimalnych norm na pierwszy rok funkcjonowania uwzględnia się:

- planowany zakres i rodzaj świadczeń zdrowotnych,
- planowaną liczbę pacjentów,
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności (uwzględnia się je przy obliczaniu średniego dobowego czasu wykonania świadczeń pielęgniarskich pośrednich, który może wynosić od 10% do 25% średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich; czas ten określa się, biorąc pod uwagę organizację pracy w podmiocie),
- harmonogram czasu pracy,
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych

NA ROK

Minimalną normę ustala się wówczas na rok, licząc od dnia wpisu podmiotu albo wpisu zmian określonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zaś po upływie roku należy dokonać wyliczeń ponownie.

WYJĄTKI :

Świadczenia ambulatoryjne

W przypadku podmiotów ambulatoryjnych udzielających świadczeń zdrowotnych przy ustalaniu minimalnych norm uwzględnia się:

- wielkość i rozległość terytorialną oraz strukturę demograficzną i narażenia środowiskowe charakterystyczne dla obszaru działania tego podmiotu,
- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych, z uwzględnieniem świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta,
- liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku,
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności,
- harmonogram czasu pracy.
- wykonywane obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego;
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotny

Leczenie uzależnień:

W przypadku podmiotu wykonującego świadczenia z zakresu leczenia uzależnień przy ustalaniu minimalnej normy nie uwzględnia się:

- średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarskich ani średniego czasu dyspozycyjnego,

- kategorii opieki,
- liczby pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki.

SOR

Z kolei w przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć przy ustalaniu minimalnej normy uwzględnia się liczbę pacjentów w skali roku oraz stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu. Poza tymi czynnikami uwzględnia się tylko:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych,
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności,
- harmonogram czasu pracy.

NIE MA WZORU

Żaden wzór w tym przypadku nie obowiązuje, ponieważ przepis § 4 ust. 2 rozporządzenia, który mówi o zasadach obliczania normy na SOR, nie odwołuje się ani do średniego dobowego czasu pielęgniarek, ani do czasu dyspozycyjnego, ani - siłą rzeczy - do właściwej kategorii pacjenta. Nie uwzględnia się tu więc żadnych elementów, które podlegają wyliczeniu według wzoru.

Blok operacyjny

W przypadku bloku operacyjnego przy ustalaniu minimalnej normy na jeden stół operacyjny w trakcie zabiegu operacyjnego (jednego pacjenta) również nie uwzględnia się:

- średniego dobowego czasu świadczeń pielęgniarских ani średniego czasu dyspozycyjnego,
- kategorii opieki,
- liczby pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki.

Oddział AIT i neonatologia

Obowiązek

Świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest obowiązany do spełnienia całodobowo warunków określonych odpowiednio w załącznikach nr 3 i 4 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Dopiero w zakresie w nim nieuregulowanym stosuje się minimalną liczbę pielęgniarek lub położnych ustaloną na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Na ww. oddziałach należy więc w pierwszej kolejności wziąć pod uwagę niżej wymienione dane.

W przypadku oddziału o profilu:

- anestezyjologia i intensywne terapii (stanowisko intensywnej terapii) lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu,
- neonatologicznym lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej

podmiotu o tym profilu rozporządzenie odsyła do minimalnych norm wynikających z przepisów wydanych na podstawie art. 31d Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2008 r. nr 164, póź. 1027 z późn. zm.), dotyczących świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, odnoszących się do odpowiedniego poziomu referencyjnego. Te zaś stanowią przede wszystkim, że Świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej zapewnia całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia. Liczba i kwalifikacje pracowników niezbędnych dla zapewnienia opieki są ustalane przez świadczeniodawcę, z uwzględnieniem:

- profili i specyfiki oraz intensywności pracy komórek organizacyjnych,
- liczby i bieżącego wykorzystania łóżek,
- wielkości i warunków lokalowych komórek organizacyjnych.

Anestezjologia i intensywna terapia/Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci

Wymagany personel pielęgniarski to równoważnik co najmniej dwóch etatów (pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki).

Anestezjologia i intensywna terapia/Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny

Wymagany personel pielęgniarski to równoważnik co najmniej 2,22 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii, w tym równoważnik co najmniej czterech etatów dla pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

Neonatologia

Wymagany personel pielęgniarski to równoważnik co najmniej 0,44 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe, w tym w systemie „matka z dzieckiem”.

Neonatologia - drugi poziom referencyjny

Wymagany personel pielęgniarski to:

- równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Neonatologia - trzeci poziom referencyjny

Wymagane jest zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze: równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka i równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji równoważnik + co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego.

Wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki lub pielęgniarstwa ratunkowego z co najmniej rocznym stażem pracy w OITN lub oddziale patologii noworodka lub pielęgniarka lub położna z co najmniej trzyletnim doświadczeniem w pracy w OITN lub w oddziale patologii noworodka.

Położnice

W odniesieniu do położnic należy zwrócić uwagę na rozgraniczenie pomiędzy załącznikami 3 a 4, ponieważ oba mają zastosowanie do położnic. Rozróżnienie polega tu na tym, że załącznik nr 3 ma zastosowanie w przypadku:

- zespołu porodowego lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do rodzących siłami natury albo
- oddziału lub zespołu porodowego o profilu ciąży powikłanej lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego.

Tymczasem załącznik nr 4 ma zastosowanie w odniesieniu do położnicy i noworodka, w przypadku oddziału o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” lub innej jednostki lub komórki organizacyjnej podmiotu o tym profilu.

Normy pracy w zespołach porodowych i oddziałach położniczo-ginekologicznych

Czas pracy w zespołach porodowych oblicza się dla rodzącej i noworodka łącznie (załącznik nr 3). O tym, w jaki sposób rozdysponować wyliczoną ilość etatów pomiędzy pielęgniarki/położne ginekologiczne i pediatryczne, decyduje następnie pracodawca. Natomiast na oddziale o profilu położniczo-ginekologicznym w systemie „matka z dzieckiem” (lub podobnym) normę oblicza się osobno dla noworodka (załącznik nr 5), osobno zaś dla położnicy (załącznik nr 4).

Określenie kategorii

Określając kategorię pacjenta, należy pamiętać, że do kat. I zaliczamy również tych pacjentów, którzy wykazują jeden lub dwa elementy z kat. II. Dopiero tych pacjentów, którzy wykazują trzy lub więcej elementów z kat. II, zaliczamy do kat. II.

Inne ważne informacje

Ustalając kategorię opieki nad pacjentem, warto także pamiętać, że rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zawiera zapisy dotyczące minimalnej opieki pielęgniarskiej w kilku rodzajach szczególnych świadczeń.

Ustalenie średniego czasu świadczeń bezpośrednich

Rozporządzenie, w przeciwieństwie do jego wcześniejszego projektu, nie podaje żadnych wartości czasu świadczeń bezpośrednich. Stanowi natomiast, iż średnią liczbę pacjentów oraz średni dobowy czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich dla danej kategorii opieki kierownik podmiotu ustala, uwzględniając kategorię opieki, do której pacjent został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami określonymi w załącznikach. Oznacza to, że ustalenie tej wielkości jest obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego, ustalenie to musi zaś opierać się na kryteriach z § 1 (wymienionych na wstępie). O ile ustalenie średniej ilości pacjentów w poszczególnych kategoriach nie powinno budzić wątpliwości formalnych, o tyle przydzielanie im odpowiedniego czasu świadczeń bezpośrednich może nastręczać trudności. Metodologia wyliczenia tego czasu zależeć będzie zawsze od decyzji kierownika i następować na jego odpowiedzialność, przykładowo można jednak wyobrazić sobie następujący sposób Przykład obliczenia czasu dyspozycyjnego w godzinach dla jednej pielęgniarki/położnej w ciągu roku:

Normy minimalne w danym typie świadczenia

ŚWIADCZENIE

minimalna opieka pielęgniarska

Chemioterapia - leczenie jednego dnia w zakresie podawania

Równoważnik trzech etatów (pielęgniarki przeszkolone w substancji aktywnych w chemioterapii)

Chemioterapia – hospitalizacja

Równoważnik trzech etatów (pielęgniarki przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków)

Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym

Wymagana obsada pielęgniarska to równoważnik co najmniej jednego etatu na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej jednego etatu na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej - nie mniej niż równoważnik 12 etatów

Leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych (OZW) przezskórne zabiegi w zakresie serca, inwazyjna diagnostyka kardiologiczna

Wymagany równoważnik co najmniej jednego etatu na jedno łóżko

intensywnego nadzoru kardiologicznego w tym co najmniej jedna pielęgniarka na każdej zmianie mająca co najmniej pięcioletni staż pracy w OINK lub OAIIT

Zakład lub pracownia radiologii zabiegowej lub pracowni hemodynamiki oraz elektrofizjologii

Wymagana jest stała obecność pielęgniarki w czasie godzin pracy pracowni

20 dni roboczych w miesiącu x 12 miesięcy = 240 dni roboczych, gdzie poszczególne symbole oznaczają:

- Td - 240 dni - 26 dni urlopu wypoczynkowego - dwa dni ustawowo przysługujące na opiekę nad dzieckiem - pięć dni na realizację kształcenia podyplomowego - pięć dni zwolnień lekarskich,
- Td = 240 - 26 - 2 - 5 - 5 = 202 dni,
- Td = 202 x 7,35h - 1485 h.

Z tego czasu odliczamy 15 minut dziennie ustawowej przerwy na posiłek oraz 30 minut na uczestniczenie w odprawie. Zatem 202 dni x 45 min. dziennie = 151 godz. i 30 min. do odliczenia.

Reasumując, czas pracy przy pacjencie to 1333 godz. i 30 min.

Przykład:

Załóżmy, że na oddziale w roku poprzedzającym zatrudnionych było średnio 12 pielęgniarek. Ich łączny czas pracy przy pacjencie to zatem 12 x 1333,5 - 16,002 godz. Jeśli ustalimy, że w ciągu roku na oddziale było średnio 400 pacjentów z kat. I i 300 pacjentów z kat. II, to oznacza, iż każdemu pacjentowi poświęcono średnio 22 godziny pracy. Zakładając, że pacjent z kat. II wymaga dwa razy więcej czasu niż pacjent z kat. I, oznacza to, że pacjentowi z kat. I poświęcono średnio 7,25 godziny, zaś pacjentowi z kat. II - średnio 14,75 godziny.

Czas ten można następnie rozbić odpowiednio na dni lub minuty.

podstawa prawna

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U z 2012 r. póź. 1545), Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U z 2009 r. nr 140, póź. 1143 z późn. zm.).



Z NACZELNEJ RADY

NIPiP-NRPiP-OIE-060.63.2014.MB

Warszawa, 1 kwietnia 2014 r.

Pani/Pan Przewodnicząca (-y)
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych

W nawiązaniu do zapytań kierowanych drogą elektroniczną i telefoniczną, które dotyczyły uznawania kwalifikacji osób, które ukończyły liceum medyczne, na zasadach praw nabytych zgodnie z art. 23 Dyrektywy 2005/36/WE uprzejmie wyjaśniam.

W dniu 25 lutego 2014 r. Pani Wiceprezes NRPiP złożyła zapytanie do Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, to jest, czy pielęgniarki, które ukończyły liceum medyczne mogą mieć już uznane kwalifikacje na zasadzie praw nabytych (według art. 23 dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych), a więc czy wystarczające będzie wykazanie przez pielęgniarkę wykonywania zawodu przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat czy też należy nadal stosować wobec nich ogólny system uznawania kwalifikacji.

W dniu 20 marca 2014 r. Pani Wiceprezes otrzymała odpowiedź na ww. zapytanie. W załączeniu zapytanie Pani Wiceprezes NRPiP i odpowiedź Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia.

Prezes NRPiP
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.0025.57.2014

Warszawa, 25 lutego 2014 r.

Pani
Beata Cholewka
Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowna Pani Dyrektor

W związku wejściem w życie dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie (UE) nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym („rozporządzenie w sprawie IMI”) i otrzymywanymi zapytaniami w sprawie zasad uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi na pytanie czy pielęgniarki, które ukończyły liceum medyczne mogą mieć już uznane kwalifikacje na zasadzie praw nabytych (według art. 23 Dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych) a więc wystarczające będzie wykazanie przez pielęgniarkę wykonywania zawodu przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat czy też należy nadal stosować wobec nich ogólny system uznawania kwalifikacji?

Uprzejmie prosimy o potraktowanie sprawy jako pilnej.

Z poważaniem

Teresa Kuziara
Wiceprezes NRPIP

MINISTERSTWO ZDROWIA
Departament
Pielęgniarek i Położnych
MZ-PP-8603-10076-1/AZA/14

Warszawa, 28 lutego 2014 r.

Sz. P.
Teresa Kuziara
Wiceprezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na pismo z dnia 25 lutego br., znak: NIPIP-NRPIP-DM.0025.57.2014, dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek po wejściu w życie przepisów dyrektywy 2013/55/UE zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych poniżej przedstawiam stanowisko Departamentu Pielęgniarek i Położnych w przedmiotowej sprawie.

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym została opublikowana w dniu 28 grudnia 2013 r. (Dz. Urz. UE L 354, str. 132). Zgodnie z art. 4 dyrektywa ta weszła w życie dwudziestego dnia po publikacji. Nie oznacza to jednak, że jej przepisy są natychmiast stosowane we wszystkich państwach członkowskich, ponieważ zgodnie z art. 3 ust. 1 dyrektywy 2013/55/UE państwa członkowskie są zobowiązane do jej wdrożenia do 18 stycznia 2016 r.

Zatem, do czasu wdrożenia przepisów dyrektywy 2013/55/UE, państwa członkowskie stosują obecnie obowiązujące regulacje prawne w zakresie uznawania kwalifikacji. Nowe regulacje będą obowiązywały od momentu wdrożenia ich do porządku prawa krajowego. Dopiero jeżeli państwo członkowskie nie dokona implementacji, obywatel ma prawo powoływać się bezpośrednio na dyrektywę wobec wszelkich przepisów prawa krajowego niezgodnych z dyrektywą. Bezpośredni skutek dyrektywy jest uzależniony od tego, czy brzmienie przepisu jest bezwarunkowe i wystarczająco precyzyjne.

W związku z powyższym stosowanie zasad uznawania kwalifikacji na podstawie praw nabytych (art. 23 dyrektywy 2005/36/WE) w odniesieniu do pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne oraz faktycznie i zgodnie

z prawem wykonywały zawód nieprzerwanie przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat będzie możliwe od dnia wdrożenia przepisów dyrektywy 2013/55/UE do prawa krajowego poszczególnych państw lub od dnia upływu terminu wdrożenia przepisów, jeżeli przepisy dyrektywy nie zostały implementowane do krajowego porządku prawnego w terminie. Do tego czasu obowiązują przepisy wynikające z implementacji dyrektywy 2005/36/WE, a zatem stosowany jest ogólny system uznawania kwalifikacji.

Z poważaniem

Dyrektor
Departamentu Pielęgniarek
i Położnych
Beata Cholewka



SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

W dniach 13-15 października 2013 roku odbyło się V OGÓLNOPOLSKIE SYMPOZJUM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

w hotelu „Orle Gniazdo” w Szczyrku. Głównymi organizatorami byli: Śląski Instytut Medyczny, 40-306 Katowice, ul. Ks. Siwa 3.

Przewodniczącym Komitetu naukowego: Prof. dr hab. n. med. Krystyn Sosada
Przewodniczącym Komitetu Organizacyjnego: mgr Jarosław Madowicz

W V Sympozjum Ratownictwa Medycznego uczestniczyło 150 osób, ludzie różnej profesji jednak z jednego ognia wielkiego łańcucha przeżycia.

Lekarze, pielęgniarki, pielęgniarze, ratowniczkki, ratownicy i przedstawiciele PSP.

Wykładem inauguracyjnym był: „Ostry brzuch jako stan zagrożenia” Prof. dr. hab. n. med. Krzysztof Bielecki tak poprowadził prelekcje, że każdy z uczestników czuł się jak w wielkiej rodzinie. Jego cenne uwagi dla zespołów wyjazdowych „P” to skupienie się na ocenie pacjenta. Według prof. priorytetami są:

1. Wady

2. Badanie przedmiotowe

Należy pamiętać o co zapytać pacjenta lub rodzinę.

- Obecne leki przyjmowane,
- Obecne dolegliwości,
- stwierdzone jednostki chorobowe,
- wiek pacjenta,
- czas wystąpienia objawów, bólu,
- lokalizacja i charakter,
- zmiana cyklu wypróżnień,
- cykl miesięczkowy,
- ból nagły występujący w nocy,
- ból narastający stopniowo.

Kolejnymi tematami były: „Udar mózgu” – programy udarowe: Prowadzony przez dr Bożenę Adamkiewicz. Okazuje się, że wiek pacjenta nie ogranicza do udziału w programie udarowym, tak jak czyni się w wielu jednostkach służby zdrowia.

Przedstawiono bardzo obszerne i ciekawe wykłady – posiłkowane wyświetlanymi filmami. Oddawały one w pełni zaangażowanie, oddanie, poświęcenie każdej grupy zawodowej. Ratownicy Zakopiańskiego TOPR przedstawili jak prowadzone są szkolenia i akcje ratujące życie ludzi poszkodowanych w lawinach, jak wygląda ratownictwo górskie z wykorzystaniem śmigłowca.

Ekstremalne warunki nie odstraszaają ratowników, dążą oni w swych szkoleniach do osiągnięcia perfekcji. Ratownicy WOPR z Dąbrowy Górniczej, zaprezentowali pokazy ratownictwa wodnego z wykorzystaniem skutera z platformą ratowniczą, na której już po wyciągnięciu z wody przystępuje się

do udzielania pierwszej pomocy. Szybkie skutery, umiejętności ich prowadzenia dają szansę na przeżycie.

Nie możemy pominąć tutaj ogromnej rzeszy ratowników i pielęgniarek, pielęgniarzy systemu. Każda grupa zawodowa jest oddana temu co robi. Ośmielę się powiedzieć, że są to ludzie z pasją. Ratownictwo kwitnie i rozwija się jak piękny kwiat. Jest w nim miejsce nie tylko dla mężczyzn, zatrudniane są kobiety, które jeżdżą we dwie w zespołach „P” (ratowniczką kierowcą, ratowniczką lub pielęgniarką). Nie widać było dyskryminacji kobiet, o której tak często słyszymy. Skonsolidowane dyspozytornie medyczne to już nie magia, ogromne CPR-y wchłaniają kolejne małe dyspozytornie, które zostają „zwijane” według określenia decydentów. Ciekawym wykładem okazał się również wykład prowadzony przez prof. dr hab. n. Jerzego Roberta Ładnego Konsultanta Krajowego ds. Medycyny Ratunkowej. Oto część przedstawionej na slajdach propozycji nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Propozycja Nowelizacji Ustawy o PRM obejmuje między innymi następujące zagadnienia.

- Doprecyzowanie celu i struktur organizacyjnych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
- Uporządkowanie definicji „Medycznych Czynności Ratunkowych” i „Pielęgniarki Systemu”
- Wprowadzenie nowej definicji „Stanu Podwyższonej gotowości” oraz sposobu jego finansowania.
- Wprowadzenie ustawowego obowiązku udzielania przez świadków zdarzenia – w miarę posiadanych możliwości i umiejętności – pierwszej pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- Uregulowanie zasad doskonalenia zawodowego ratowników medycznych.
- Wprowadzenie zapisów obowiązujących do większego nadzoru Wojewody nad systemem i podmiotami kształcącymi ratowników.
- Wprowadzenie ustawowej regulacji dotyczącej lekarza systemu, pielęgniarki systemu i ratownika medycznego pozwalającej na uzyskanie tytułu ratownika bez obowiązku ukończenia kursu z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP) oraz uregulowanie wydawania przez Wojewodów zezwoleń na prowadzenie kursu z KPP i prowadzenie rejestru jednostek współpracujących z systemem.
- Wprowadzenie zasady, iż specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego umieszczane w planie działania systemu (WPDS) PRM powinny stanowić nie mniej niż 30% wszystkich ZRM w województwie.
- Uregulowanie kwalifikacji dyspozytora medycznego i doskonalenia zawodowego dyspozytorów.
- Wprowadzenia obowiązku posiadania przez podmiot leczniczy planu działania określającego organizację szpitala w sytuacji wdrożenia stanu podwyższonej gotowości szpitala.
- Wprowadzenie zapisów dotyczących kategoryzacji SOR i ich finansowania.
- Zaostrzenie przepisów dotyczących doświadczenia zawodowego członków ZRM „P” (zespołu podst. bez lekarza w składzie) poprzez zawarcie obowiązku posiadania przez jedną osobę co najmniej rocznego doświadczenia zawodowego w ZRM „S”, lotniczym ZRM, SOR lub oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.

- Wprowadzenie wymogów posiadania przez kierowców ambulansów ukończonych kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.
- Wprowadzenie wymogu zapewnienia przez dysponenta ZRM e-konsultacji z lekarzem systemu dla członków ZRM „P” bez lekarza oraz wyznaczenie kierownika ZRM.
- Ograniczenie korzystania z oznaczenia systemu PRM wyłącznie przez jednostki systemu i lekarza koordynatora ratownictwa medycznego
- Wprowadzenie określenia „kierujący akcją medyczna” dla osoby wyznaczonej dla dyspozytora medycznego do kierowania działaniami medycznymi w zdarzeniach losowych.
- Uregulowanie zasad finansowania zadań wykonanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego poprzez rezygnację z konkursu i wskazanie jednostki podległej Ministrowi Zdrowia jako realizujących te zadania.
- Dokonanie zmian w ustawie z dnia 31.01.1959 r. cmentarzach i chowaniu zmarłych.
- Zapisy dostosowujące ustawę o PRM do innych ustaw.
- Nowelizacja innych ustaw wynikająca z podpisania umowy o Współpracy transgranicznej między Polską a Niemcami w zakresie ratownictwa medycznego.

Fundusze europejskie

- Z funduszy europejskich, na działania związane z ratownictwem medycznym przeznaczone zostały środki w wysokości 896 399 697,84 zł z czego 858 110 000,00 zł na inwestycje w infrastrukturę, natomiast 38 289 697,94 zł na szkolenie kadr medycznych.

Konsultant Krajowy prof. dr hab. n. med. Jerzy Ładny poinformował, iż pensja lekarza medycyny ratunkowej określona będzie ustawowo i będzie to kwota 120 zł / 1 godz. Nikt z decydentów nie zadbał jednak o kwotę wynagrodzenia ratowników i pielęgniarki systemu. Kwoty za 1 godz. Pracy innych członków zespołu ratownictwa opiekują od 8 zł/h do ok. 30 zł/h . Takie padały kwoty z ust uczestników. Nagle powiało rozgoryczeniem i smutkiem. Czy tak powinni postępować politycy? Może czas docenić pracę wszystkich członków zespołów ratownictwa medycznego!!!

Na zakończenie naszych obserwacji i wywodów z V Sympozjum Ratownictwa Medycznego, możemy stwierdzić, że pielęgniarka systemu jest również ważnym ogniwem w ratownictwie. Nie jesteśmy pomijane, jesteśmy obecne, gotowe do współpracy jak i do poświęceń. Mamy samorząd mamy ludzi, którym nie jest obojętny nasz los, może czas to docenić.

Kundyk Jolanta
Dubikowska Alicja
SP ZOZ Pomoc Doraźna Ząbkowice Śl.



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu

ETYKA

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ
profesjonalizm

GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK
uśmiechnij się

PRAWDA
ODWAGA
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

PRYZRZECZENIE

**„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany
mi tytuł pielęgniarki/położnej
i uroczyście przyrzekam:**

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.
3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

I. Pielęgniarka/położna a pacjent

1. Pielęgniarka / położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:
 - a) udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
 - b) udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,
 - c) udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.
2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Pielęgniarka / położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
 - a) respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
 - b) realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować
 - c) poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.
4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.
5. Pielęgniarka/położna umożliwiała pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgniacyjnego.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.
7. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi

humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.

8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.
9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych.
2. Pielęgniarkę/położną nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.
3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.
4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.
5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.
6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.
7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.
8. Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.
9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodowi.
10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.
11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.
12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.
13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.
14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.
15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo -badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarów i położnych

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.

2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.
3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.
2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.
3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.
4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.
5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki/położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.
6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.
2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

VI. Przepisy końcowe

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:
 - a) ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - b) orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
 - c) uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.
2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

