



BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

1/2016
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 1 ◆ VII KRAJOWY ZJAZD PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH – 18–20 I 2016 R.
- 3 ◆ SPOTKANIE Z WOJEWODĄ DOLNOŚLĄSKIM W RAMACH DOLNOŚLĄSKIEGO POROZUMIENIA NA RZECZ PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 4 ◆ ORDYNOWANIE LEKÓW I WYPISYWANIE RECEPT PRZEZ PIELEGNIARKI I POŁOŻNE
- 17 ◆ PISMA W SPRAWIE REALIZACJI PRZEPISÓW ZWIĄZANYCH Z PRZEKAZANIEM DODATKOWYCH ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE POZ
- 22 ◆ ZMIANY ZAPISÓW W REGULAMINACH OIPIP
- 24 ◆ PODARUJ 1 %
- 25 ◆ DEBATA PUBLICZNA – ZAKOŃCZONY I ETAP KAMPANII SPOŁECZNEJ „OSTATNI DYŻUR”
- 28 ◆ ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
- 32 ◆ PROGRAM OPIEKI KOORDYNOWANEJ NAD KOBIETĄ W CIĄŻY FIZJOLOGICZNEJ
- III ◆ POŁOŻNA NA MEDAL
- ◆ KONDOLENCJE

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA Akademicki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław, tel. 71 733 11 90, 733 11 95, 662 23 25 95;

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław, e-mail: kasiatolik1@wp.pl, tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95;

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław, tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław tel. 71/36-89-260, e-mail: e.garwacka@gmail.com

KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELEGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI

– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, tel. 71 76 60 207, 608 309 310; e-mail: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

– mgr BEATA MARIA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, ul. Iwaskiewicza 5, 59-220 Legnica e-mail: beata.labowicz@szpital.legnica.pl, tel. 76 72 11 401

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK 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:
7:30-15:30

e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl
www.oipip.walbrzych.pl

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

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 Michał Krajczar

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15
lub telefonicznie do kancelarii:
tel.: 74 666 00 02

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPIP:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce Kontakt. W innym terminie po
wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:

Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziewięcka
justyna@terenywenty.pl

SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Przed nami kolejny rok. Jaki będzie – dzisiaj nikt nie może w sposób jednoznaczny stwierdzić, że będzie dobry, może lepszy, czy też trudniejszy od minionego. Musimy pamiętać, że wiele zależy od nas. Radość możemy czerpać z każdego dnia, cieszyć się każdą chwilą.

Zwykle narzekamy na trudy dnia codziennego związane z pracą zawodową. Musimy uwierzyć w ludzi, w siebie, że jeszcze wiele przed nami, a Każdy dzień trzeba polubić. Jest to możliwe.

W dniach 18-20 stycznia 2016r. odbył się VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Delegaci wybrali nowe władze. Zaszczyną i bardzo odpowiedzialną funkcję Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VII kadencji pełnić będzie Pani Zofia Małas.

W tym numerze poruszone zostaną między innymi zmiany w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 22 lipca 2014 roku i 11 września 2015 roku.

Publikujemy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalne-

go przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych.

W tym przedmiocie jest wiele pytań, wątpliwości - zapisy dotyczą wystawiania recept przez pielęgniarki i położne.

Gorący temat- podwyżki.

Kolejny – zmiany w Regulaminie Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu oraz w Regulaminie Udzielania Zapomóg Finansowanych.

Debatą publiczną „Zdrowie prawem obywatela”- zakończyliśmy pierwszy etap naszej akcji „Ostatni dyżur”.

Opinie konsultantów, „Położna na medal”- wyniki II edycji kampanii społeczno-edukacyjnej.

Uruchomienie nowego kierunku studiów pierwszego stopnia pn. pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu.

Te i inne, równie ważne tematy zamieszczone są w tym numerze. Serdecznie zapraszam.

Przewodnicząca ORPiP
Maria Pateczka

VII KRAJOWY ZJAZD PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH – 18–20 I 2016 R.

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – Pani Zofia Małas magister zdrowia publicznego oraz specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i epidemiologicznego. Przez dwie kadencje była przewodniczącą Świętokrzyskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych



„W pierwszej kolejności musimy się zająć uregulowaniem obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz wynagrodzeń pielęgniarek. Za ważny cel samorządu pielęgniarek i położnych uznaliśmy także m.in. wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego – te zadania Pani Zofia Małas, obecna Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uznaje za najważniejsze zadania samorządu zawodowego pielęgniarek

i położnych w VII kadencji. Dążenie do „określenia kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych. Obecnie zapis w programach kursów nie przekłada się bowiem na uprawnienia w praktyce”.

Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj.: Dz.U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem § 4.

2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§ 2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

1) 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego;

2) przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nie prowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia;

3) 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§ 4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

1) bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy, (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy);

2) które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wnioski odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu w okręgowej izbie której są członkiem.*

3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,

4) przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,

5) pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu.

6) będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo, które nie wykonują zawodu,

7) pobierających zasiłek chorobowy z ZUS - bez stosunku pracy.

8) niepracujące, które: posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§ 6. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek za dwa pełne okresy płatności uprawnia właściwą okręgową izbę, której jest ona członkiem, do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 ze zm.).

§ 7. Traci moc Uchwała Nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§ 8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lutego 2016 r.

* dotyczy osób niewykonyjących zawodu, które zgodnie z art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435, ze zm.) informują OIPIP w ciągu 14 dni od daty powstania zmian które zgodnie z ustawą zobowiązują członka samorządu do aktualizacji danych w rejestrze.

0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

SPOTKANIE Z WOJEWODĄ DOLNOŚLĄSKIM W RAMACH DOLNOŚLĄSKIEGO POROZUMIENIA NA RZECZ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



DOIPIP/1/01/16

Wrocław, 04.01.2016 r.

Szanowny Pan
Paweł Hreniak
Wojewoda Dolnośląski
plac Powstańców Warszawy 1
50-153 Wrocław

Szanowny Panie Wojewodo,

Informujemy uprzejmie, że Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Dolnośląskiego oraz Samorząd Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Dolnego Śląska (to jest Okręgowe Izby z Wrocławia, Wałbrzycha oraz Jeleniej Góry) zawiązały w grudniu 2014 roku „Dolnośląskie Porozumienie na Rzecz Pielęgniarek i Położnych”. Celem porozumienia było działanie na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych. Była to reakcja naszego środowiska na realny spadek płac w tej grupie zawodowej, wzrost jednostkowych obciążeń (albowiem znacząco zmalała liczba pielęgniarek w stosunku do liczby pacjentów) oraz coraz częstsze i wyraźniej widoczne objawy deprecjonowania zawodów pielęgniarki i położnej przez rządzących i pracodawców. Zwracamy uprzejmie uwagę, że w niedługim czasie, na Dolnym Śląsku, odejdzie od zawodu, z racji wieku, ponad 6 tys. pielęgniarek i położnych, natomiast pracę podejmuje rocznie nie więcej niż 40–50 osób. Widać więc wyraźnie, że niestety tej luki pokoleniowej nie da się już zastąpić, mimo wielokrotnych apeli naszego środowiska zawodowego do odpowiednich władz.

Od czasu zawiązania w/w Dolnośląskiego Porozumienia sytuacja płacowa pielęgniarek uległa wprawdzie pewnej poprawie, ale jest ona znacznie mniej efektywna niż to wynika z „medialnego hałasu” – owe 400 PLN: jest tylko dodatkiem i nie zwiększa wynagrodzenia brutto (a więc i pochodnych) oraz oznacza efektywnie wzrost poborów o około 200 PLN miesięcznie. Taka podwyżka nie wpłynie więc, naszym zdaniem, w sposób znaczący na podniesienie prestiżu i atrakcyjności tego zawodu.

Niestety, w dalszym ciągu rośnie liczba coraz lepiej wykształconych pielęgniarek i położnych, które wyjeżdżają do pracy za granicę, znajdując tam z powodzeniem dobrze płatne zatrudnienie. Z drugiej zaś strony powszechnie wiadomo, że społeczeństwo polskie starzeje się bo wydłuża się średni wiek Polaków, a także przybywa osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych, co skutkuje wyraźnie widocznym wzrostem zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską. Tymczasem zawód pielęgniarki i położnej jest w naszej ocenie wyraźnie niedoceniany zarówno przez kreatorów polityki zdrowotnej jak i pracodawców, przy tym nisko opłacany i obciążony nadmiernymi obowiązkami, a wszystko to przy zbyt małej liczbie personelu. Wspomnieć tu należy, że wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi 5,2 i jest najniższy w Europie I (średnia europejska to 11,5; a w Szwajcarii wynosi nawet 16 I) i wszystko wskazuje na to, że będzie niestety nadal spadał.

Warto także podkreślić „specyficzną” politykę resortu zdrowia i opieki społecznej w zakresie liczby miejsc szkoleniowych w kształceniu podyplomowym, opłacanym z funduszu Ministerstwa, która wynosiła:

- * dla pielęgniarek – 1850 miejsc w roku 2015 i 2250 miejsc w roku 2016;
- * dla lekarzy – 4500 miejsc w roku 2015 i 6500 miejsc w roku 2016.

Wyraźnie odczuwalny brak, od wielu lat, efektywnej polityki rządu i samorządów lokalnych może w niedługim czasie doprowadzić do pozbawienia Polaków dostępu do profesjonalnej opieki pielęgniarskiej i położniczej. Dlatego też apelujemy do Pana Wojewody (a za Pana łaskawym pośrednictwem) do osób odpowiedzialnych za funkcjonowanie ochrony zdrowia na Dolnym Śląsku, do podjęcia działań na rzecz realnej poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Z należnym szacunkiem,

PRZEWODNICZĄCA
Dolnośląskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
mgr Anna Szafrań

Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Maria Paloczka

PRZEWODNICZĄCA
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Jeleniej Górze
Elzbieta Stojewska-Poznańska

Michał Wisniewski

ORDYNOWANIE LEKÓW I WYPISYWANIE RECEPT PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE

Ustawa z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw

Art. 1. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.2)) po art. 15 dodaje się art. 15a i art. 15b w brzmieniu:

„Art. 15a. 1. W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające

tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa mają prawo samodzielnie:

- 1) ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty,
- 2) ordynować określone wyroby medyczne, w tym wysta-

wiać na nie zlecenia albo recepty – jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie.

3. Uprawnienia, o których mowa w ust. 1 i 2, obejmują również wystawianie recept osobom, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na zasadach określonych w tej ustawie oraz w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.3)), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

4. W przypadku wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne określone w wykazach, o których mowa w art. 37 ustawy o refundacji, pielęgniarka i położna są obowiązane do odnotowania na recepcie, w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie ust. 8, odpłatności, jeżeli lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny występuje w tych wykazach w co najmniej dwóch odpłatnościach, o których mowa w art. 6 ust. 2 ustawy o refundacji.

5. Pielęgniarka i położna wystawiając receptę są obowiązane do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie ustawy o refundacji.

6. Pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo mają prawo wystawiać skierowania na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, z wyjątkiem badań wymagających metod diagnostycznych i leczniczych stwarzających podwyższone ryzyko dla pacjenta.

7. Obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie dotyczy pielęgniarek i położnych, które w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarstwach i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego nabyły wiedzę objętą takim kursem.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz:

- a) substancji czynnych zawartych w lekach, o których mowa w ust. 1,
- b) środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w ust. 1,
- c) wyrobów medycznych, o których mowa w ust. 1,

2) wykaz badań diagnostycznych, o których mowa w ust. 6,

3) sposób i tryb wystawiania recept, o których mowa w ust.

1 i 2,



4) wzór recepty, o której mowa w ust. 1 i 2,

5) sposób zaopatrywania w druki recept, o których mowa w ust. 1 i 2, i sposób ich przechowywania,

6) sposób realizacji recept, o których mowa w ust. 1 i 2, oraz kontroli ich wystawiania i realizacji – biorąc pod uwagę niezbędne kwalifikacje oraz wymagany zakres umiejętności i obowiązków, konieczność zapewnienia prawidłowego wystawiania recept, w szczególności w zakresie przepisów ust. 3 i 4, oraz zapewnienia prawidłowej realizacji recepty i zadań kontrolnych podmiotów uprawnionych do kontroli recept.

Art. 15b. 1. Pielęgniarka i położna wykonują czynności zawodowe, o których mowa w art. 15a ust. 1, po uprzednim osobistym badaniu fizykalnym pacjenta.

2. Pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1, mogą, bez dokonania osobistego badania pacjenta, wystawić receptę niezbędną do kontynuacji leczenia oraz receptę albo zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne jako kontynuację zaopatrzenia w wyroby medyczne, jeżeli jest to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej.

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, recepty lub zlecenia mogą być przekazane:

1) osobie upoważnionej przez pacjenta do odbioru recepty lub zlecenia albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta;

2) osobie trzeciej, jeżeli pacjent oświadczy podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, że recepty lub zlecenia mogą być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określania tych osób.

4. Upoważnienie lub oświadczenie, o których mowa w ust. 3, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.

5. Informację o wystawieniu recepty lub zlecenia, o których mowa w ust. 2, zamieszcza się w dokumentacji medycznej pacjenta. Informację o osobie, której przekazano taką receptę lub zlecenie, odnotowuje się w dokumentacji medycznej pacjenta albo dołącza do tej dokumentacji.”

Art. 2. W ustawie 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.4)) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 32 otrzymuje brzmienie:

„Art. 32. Świadczeniobiorca ma prawo do świadczeń z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanych na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub skierowania pielęgniarki lub położnej, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.5)), będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego.”;

2) art. 40 otrzymuje brzmienie:

„Art. 40. Zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego lub zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę lub położną, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, będącej pielęgniarką ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w ustawie o refundacji. Kontynuacja zabezpieczenia w wyroby medyczne przysługuje świadczeniobiorcom także na podstawie zlecenia albo recepty wystawionych przez pielęgniarkę ubezpieczenia zdrowotnego lub położną ubezpieczenia zdrowotnego na zasadach określonych w ustawie o refundacji.”;

3) w art. 44 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1 i 1a, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

4) w art. 45 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.

4. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.”;

5) w art. 46 ust. 2–4 otrzymują brzmienie:

„2. Osobom, o których mowa w ust. 1, receptę może wystawić osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

3. Wystawiający receptę jest obowiązany wpisać na receptę numer PESEL osoby, o której mowa w ust. 1.

4. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do okazania wystawiającemu receptę dokumentu potwierdzającego przysługujące uprawnienie.”;

6) w art. 188 w ust. 4 pkt 19 i 20 otrzymują brzmienie:

„19) dane dotyczące lekarza, felczera, pielęgniarki lub położnej wystawiających receptę na refundowane leki lub środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo zaopatrzenie na wyroby medyczne;

20) dane dotyczące świadczeniodawcy zatrudniającego lekarza, felczera, pielęgniarkę lub położną, o których mowa w pkt 19.”;

Art. 3. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.6)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 w pkt 14 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d i e w brzmieniu:

„d) pielęgniarka ubezpieczenia zdrowotnego i położna ubezpieczenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039, z późn. zm.7)),

e) pielęgniarka i położna, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, z którymi Fundusz zawarł:

- umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych lub
- umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych dla wystawiającego, jego małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa;”;

2) w art. 48:

a) w ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowa upoważniająca osoby, o których mowa w art. 2 pkt 14 lit. b, c oraz e, do wystawiania recept refundowanych zawierana jest na czas nieokreślony.”;

b) w ust. 4 zdanie pierwsze otrzymuje brzmienie:

„Umowę zawiera dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, starszego felczera, pielęgniarkę lub położną.”.

Art. 4. Recepty na leki zawierające określone substancje czynne oraz na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, recepty i zlecenia na określone wyroby medyczne oraz skierowania na określone badania diagnostyczne, o których mowa w art. 15a ustawy zmienianej w art. 1 niniejszej ustawy, mogą być wystawiane przez uprawnione pielęgniarki i położne nie wcześniej niż od dnia 1 stycznia 2016 r.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *B. Komorowski*

1) Niniejszą ustawą zmienia się także ustawy: ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456, z 2013 r. poz. 940, 1245, 1287, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004.

3) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290. Dziennik Ustaw – 2 – Poz. 1136

4) 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, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773 i 1004. Dziennik Ustaw – 3 – Poz. 1136

5) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456, z 2013 r. poz. 940, 1245, 1287, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004 i 1136.

6) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766 i 1290.

7) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2011 r. Nr 291, poz. 1707, z 2012 r. poz. 1456, z 2013 r. poz. 940, 1245, 1287, 1645 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004 i 1136. Dziennik Ustaw – 4 – Poz. 1136

Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw

1) Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.

2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1491 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 978.

Art. 1. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.2)) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 4 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej, wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych lub nauczanie innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współdziałania pielęgniarki lub położnej;”;

2) w art. 5 w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) nauczanie zawodu położnej lub pielęgniarki, wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego położnych i pielęgniarek lub nauczanie innych zawodów medycznych, których programy kształcenia wymagają współdziałania położnej lub pielęgniarki;”;

3) w art. 15a:

a) w ust. 1 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie;”

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posia-

dające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo wystawiać recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego nie-zbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie;”

4) w art. 26 po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. Okres przeszkolenia określonego zgodnie z ust. 2 wlicza się do okresu wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

2b. Okres niewykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej rozpoczyna się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy lub stosunku, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3, albo porozumienia – w przypadku wykonywania zawodu w ramach wolontariatu, oraz z dniem zakończenia lub zawieszenia wykonywania praktyki zawodowej;”

5) po art. 26 dodaje się art. 26a w brzmieniu:

„Art. 26a. Pielęgniarka lub położna, które zamierzają zaprzestać wykonywania zawodu przez czas określony, zgłaszają to niezwłocznie właściwej okręgowej radzie pielęgniarek i położnych, z podaniem przewidywanego okresu niewykonywania zawodu;”

6) w art. 35:

a) w ust. 1:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) posiada urzędowe poświadczenie znajomości języka polskiego w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, wydane na podstawie ustawy z dnia ©Kancelaria Sejmu s. 2/4 2015-10-21 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz. U. z 2011 r. Nr 43, poz. 224 i Nr 84, poz. 455 oraz z 2015 r. poz. 1132);”

– pkt 8 otrzymuje brzmienie:

„8) odbył 6-miesięczny staż adaptacyjny we wskazanym podmiocie leczniczym;”

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Odbycie stażu adaptacyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 8, nie wymaga posiadania zezwolenia na

pracę i zwalnia z obowiązku odbycia przeszkolenia, o którym mowa w art. 26 ust. 1.”;

7) po art. 36 dodaje się art. 36a w brzmieniu:

„Art. 36a. **Osoby, które ukończyły liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie pielęgniarki albo ukończyły szkołę policealną albo szkołę pomaturalną kształcącą w zawodzie położnej i nie uzyskały stwierdzenia prawa wykonywania zawodu, a spełniają wymagania określone w art. 28 pkt 2–4 albo art. 31 pkt 2–4, uzyskują, na swój wniosek, stwierdzenie prawa wykonywania zawodu.”;**

8) w art. 41 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. W przypadku utraty dokumentów, o których mowa w ust. 1, właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje na wniosek pielęgniarki albo położnej duplikat utraconego dokumentu.”;

9) w art. 44 w ust. 1 po pkt 22 dodaje się pkt 22a w brzmieniu:

„22a) informację o czasowym zaprzestaniu wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 26a;”;

10) w art. 57 po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Członek Krajowej Rady może pełnić tę funkcję nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje.”;

11) w art. 65 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Niezależnie od wymiaru urlopu szkoleniowego, o którym mowa w ust. 1, wymiar urlopu szkoleniowego dla pielęgniarki lub położnej podejmujących kształcenie podyplomowe na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, o którym mowa w art. 61 ust. 3 i 5, przystępujących do egzaminu państwowego, o którym mowa w art. 67 ust. 2, wynosi do 6 dni roboczych i jest ustalany przez pracodawcę w zależności od czasu trwania kształcenia podyplomowego.”;

12) w art. 70 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Specjalizacja jest dofinansowywana ze środków publicznych przeznaczonych na ten cel w budżecie państwa, w ramach posiadanych środków, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków. Specjalizacja jest finansowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Minimalną liczbę miejsc szkoleniowych, o której mowa w ust. 1, maksymalną kwotę dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynanych w danym roku oraz maksymalną kwotę, którą przeznaczają się w danym roku na szkolenie specjalizacyjne, określa minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, i ogłasza w formie obwieszczenia w dzienniku urzędowym ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie do dnia 15 grudnia na rok następny, uwzględniając zapotrzebowanie na specjalistów z poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa i dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz zapotrzebowanie na osoby legitymujące się ukończoną specjalizacją.”;

13) w art. 74 w ust. 1:

a) w pkt 2 uchyla się lit. c,

b) w pkt 5 na końcu dodaje się przecinek i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) wzór dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu

specjalisty oraz wzór zaświadczeń potwierdzających ukończenie kursu specjalistycznego, kursu kwalifikacyjnego i kursu dokształcającego”. ©Kancelaria Sejmu s. 3/4 2015-10-21

Art. 2. W ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.3)) w art. 67 w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej spełniającego szczegółowe wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905), oraz wyposażonego w sprzęt, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.4)) w części dotyczącej warunków re-alizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej;”

Art. 3. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 19:

a) w ust. 1 uchyla się pkt 2,

b) w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7, oraz, w przypadku indywidualnej specjalistycznej praktyki, warunek, o którym mowa w ust. 2 pkt 2;”;

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7.”;

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Pielęgniarka wykonująca indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem jest obowiązana spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4, 6 i 7 oraz w ust. 2 pkt 2.”;

2) w art. 50:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w odniesieniu do podmiotów leczniczych, dla których jest podmiotem tworzącym, a minister właściwy do spraw zdrowia w odniesieniu do pozostałych podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami dokonuje corocznej oceny realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, na podstawie:

1) danych przekazanych przez te podmioty lecznicze w zakresie, terminie i w sposób wskazany przez tych ministrów;

2) wyników kontroli przeprowadzonej w trybie art. 119, jeżeli dane przekazane w sposób określony w pkt 1 okażą się niewystarczające dla oceny realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1.”;

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

„3a. Dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1, nie mogą

obejmować danych osobowych pielęgniarek i położnych.”

Art. 4. W ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.5)) w art. 91 w ust. 1:

1) po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) prowadzenie postępowań związanych z zawieszaniem i pozbawianiem prawa wykonywania zawodu oraz ograniczaniem w wykonywaniu zawodu;”; ©Kancelaria Sejmu s. 4/4 2015-10-21 2) po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) prowadzenie postępowań w przedmiocie niezdolności pielęgniarki lub położnej do wykonywania zawodu;”.

Art. 5. Do staży adaptacyjnych w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 35 ust. 1 pkt 8 ustawy, o której mowa w art. 1, rozpoczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 6. Środki na realizację zadań, o których mowa w art. 91 ust. 1 pkt 2a i 4a ustawy, o której mowa w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje po raz pierwszy w formie dotacji na 2016 r., na podstawie umów zawartych z odpowiednią okręgową radą pielęgniarek i położnych.

Art. 7. Postępowania wszczęte i niezakończone przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, mające na celu ustalenie, czy podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami spełniają obowiązek określony w art. 50 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 3, prowadzi się na dotychczasowych zasadach.

Art. 8. Dotychczasowe przepisy wykonawcze wydane na podstawie art. 35 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 35 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 1, nie dłużej jednak niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 2, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2016 r.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*

3) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2781, z 2005 r. Nr 17, poz. 141, Nr 94, poz. 788, Nr 122, poz. 1020, Nr 131, poz. 1091, Nr 167, poz. 1400 i Nr 249, poz. 2104, z 2006 r. Nr 144, poz. 1043, Nr 208, poz. 1532 i Nr 227, poz. 1658, z 2007 r. Nr 42, poz. 273, Nr 80, poz. 542, Nr 115, poz. 791, Nr 120, poz. 818, Nr 180, poz. 1280 i Nr 181, poz. 1292, z 2008 r. Nr 70, poz. 416, Nr 145, poz. 917, Nr 216, poz. 1370 i Nr 235, poz. 1618, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 31, poz. 206, Nr 56, poz. 458, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1705, z 2010 r. Nr 44, poz. 250, Nr 54, poz. 320, Nr 127, poz. 857 i Nr 148, poz. 991, z 2011 r. Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 139, poz. 814, Nr 149, poz. 887 i Nr 205, poz. 1206, z 2012 r. poz. 941 i 979, z 2013 r. poz. 87, 827, 1191, 1265, 1317 i 1650, z 2014 r. poz. 7, 290, 538, 598, 642, 811, 1146, 1198 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 357, 1045, 1240, 1418, 1607 i 1629.

4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365 i 1569.

5) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2013 r. poz. 779, 1247 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 1004





DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 października 2015 r.

Poz. 1739

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 października 2015 r.

w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, wykazu środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wykazu wyrobów medycznych i wykazu badań diagnostycznych

Na podstawie art. 15a ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Ustala się wykaz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które mogą być ordynowane przez pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, oraz na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać recepty, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Ustala się wykaz wyrobów medycznych, na które pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 1 ustawy, mają prawo wystawiać recepty i zlecenia, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 4. Ustala się wykaz badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne, o których mowa w art. 15a ust. 6 ustawy, mają prawo wystawiać skierowania, stanowiący załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *M. Zembala*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 20 października 2015 r. (poz. 1739)

Załącznik nr 1

WYKAZ SUBSTANCJI CZYNNYCH ZAWARTYCH W LEKACH, KTÓRE MOGĄ BYĆ ORDYNOWANE
PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 1 USTAWY
Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, ORAZ NA KTÓRE
PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ RECEPTY*

Lp.	Grupa leków	Substancje czynne	Postać i droga podania
1	2	3	4
1	leki przeciwwymiotne	1. Ondansetronum	wszystkie dostępne postacie
		2. Aprepitantum	wszystkie dostępne postacie
		3. Thiethylperazinum	wszystkie dostępne postacie
2	leki przeciwzakaźne do stosowania miejscowego	1. Nystatinum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
		2. Metronidazolum	postacie na skórę i błony śluzowe
3	ginekologiczne leki przeciwzakaźne	1. Nystatinum	postacie do podawania dopochwowego
		2. Natamycinum	postacie do podawania dopochwowego
		3. Clotrimazolum	postacie do podawania dopochwowego
		4. Metronidazolum	postacie do podawania dopochwowego
4	leki stosowane w niedokrwistości	Acidum Folicum	postacie do podawania doustnego
5	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach gardła	Phenoxymethylpenicillinum	postacie do podawania doustnego
6	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach ucha i zatok	Amoxicillinum	postacie do podawania doustnego
7	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach dróg moczowych	Trimethoprim	postacie do podawania doustnego
8	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach przyzębia i tkanki okostnej	Doxycyclinum	postacie do podawania doustnego
9	leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach skóry	Oxytetracyclinum + Hydrocortisoni Acetas	postacie do podawania doustnego
10	środki znieczulające działające miejscowo	1. Lidocainum	postacie podawane na skórę i błony śluzowe
		2. Lidocainum	roztwór do wstrzykiwań**
		3. Lidocainum + Prilocainum	postacie do podawania na skórę i błony śluzowe
11	leki przeciwbólowe	1. Tramadolium	postacie do podawania doustnego i doodbytniczego
		2. Tramadolium + Paracetamolium	
12	anksjolityki	Hydroxyzinum	postacie do podawania doustnego

13	leki przeciwpasożytnicze	1. Mebendazolum	postacie do podawania doustnego
		2. Pyrantelum	postacie do podawania doustnego
		3. Crotamitonum	postacie do podawania na skórę
14	leki rozszerzające oskrzela	1. Salbutamolum	postacie do podawania wziewnego
		2. Ipratropii Bromidum	postacie do podawania wziewnego
15	witaminy	Cholecalciferolum	postacie do podawania doustnego
16	płyny infuzyjne	1. sól fizjologiczna	dożylnie we wlewie kroplowym
		2. glukoza 5%	dożylnie we wlewie kroplowym
		3. płyn Ringera	dożylnie we wlewie kroplowym
		4. płyn wieloelektrolitowy (PWE)	dożylnie we wlewie kroplowym

* Przy ordynacji leków pielęgniarki i położne powinny korzystać z Wykazu produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiącego załącznik do aktualnie obowiązującego obwieszczenia Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych w sprawie ogłoszenia Urzędowego Wykazu Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej, a w przypadku wystawienia recepty na lek refundowany – z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

** Dotyczy położnych.

Załącznik nr 2

WYKAZ ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO, KTÓRE MOGĄ BYĆ ORDYNOWANE PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 1 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, ORAZ NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ RECEPTY*

Lp.	Nazwa rodzajowa
1	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza – Hydrolizaty białek mleka

* Przy ordynacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego pielęgniarki i położne powinny korzystać z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Załącznik nr 3

WYKAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH, NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 1 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ RECEPTY I ZLECENIA*

Lp.	Nazwa wyrobu medycznego
1	Zestawy infuzyjne do osobistej pompy insulinowej 10 sztuk (obejmujące wkłucie, łącznik i dren)
2	Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
3	Cewniki zewnętrzne
4	Cewniki urologiczne
5	Cewniki jednorazowe urologiczne lub w równowartości ich kosztu jednorazowe hydrofilowe cewniki urologiczne
6	Worki do zbiórki moczu z odpływem
7	Worki do zbiórki moczu w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
8	Worki stomijne samoprzylepne jednorazowego użycia w systemie jednoczęściowym lub w równowartości ich kosztu worki i płytki w systemie dwuczęściowym lub inny sprzęt stomijny: zestawy irygacyjne, nocne zbiorniki na mocz, pasty, pudry oraz paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii
9	Środki absorpcyjne (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady, wkłady anatomiczne)
10	Pończocha kikutowa – po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy
11	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie podudzia
12	Pończocha kikutowa – po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie uda
13	Majteczki po wyłuszczeniu lub w przypadku wrodzonego braku w stawie biodrowym
14	Peruka
15	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie przedramienia
16	Pończocha kikutowa po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie ramienia
17	Pończocha kikutowa po pełnej amputacji lub w przypadku wrodzonego braku kończyny górnej
18	Poduszka przeciwoleżynowa pneumatyczna

19	Materac przeciwodleżynowy (z wyłączeniem materacy piankowych)
20	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
21	Kula łokciowa z podparciem na przedramieniu
22	Kula pachowa
23	Trójnóg albo czwórnóg
24	Laska dla niewidomych (biała)
25	Balkonik albo podpórka ułatwiająca chodzenie
26	Opatrunki (emplastrii)
27	Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi

- * Przy wystawianiu zleceń i recept na wyroby medyczne pielęgniarki i położne powinny korzystać z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz z aktualnie obowiązującego tekstu obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Załącznik nr 4

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH, NA KTÓRE PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE, O KTÓRYCH MOWA W ART. 15A UST. 6 USTAWY Z DNIA 15 LIPCA 2011 R. O ZAWODACH PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ, MAJĄ PRAWO WYSTAWIAĆ SKIEROWANIA

Lp.	Rodzaj badania	Nazwa badania diagnostycznego
1	Badania hematologiczne	morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym i płytkami krwi odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)
2	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	sód potas kreatynina glukoza hemoglobina glikowana (HbA1c) doustny test tolerancji glukozy (DTTG) białko C-reaktywne (CRP) badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) badanie w kierunku różyczki (IgG, IgM) badanie przeciwciał anty-HCV, anty-HBs badania w kierunku kiły (VDRL)

3	Badania układu krzepnięcia	czas protrombinowy (INR)
4	Badania moczu	ogólne badanie moczu z oceną mikroskopową osadu
5	Badania kału	badanie w kierunku obecności pasożytów badanie w kierunku stwierdzenia krwi utajonej
6	Badania mikrobiologiczne wydzieliny z dróg rodnych*	badanie stopnia czystości pochwy badanie w kierunku dwoinki rzeźączki (GC) badanie w kierunku infekcji Chlamydia trachomatis badanie w kierunku infekcji HPV
7	Badania mikrobiologiczne	szybki test lateksowy posiew moczu z antybiogramem
8	Badania z zakresu serologii grup krwi	oznaczenie grupy krwi AB0 i antygenu Rh D oznaczenie przeciwciał anti-Rh
9	Badania radiologiczne**	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej
10	Badania elektrokardiograficzne	EKG w spoczynku
11	Badania inne	próba tuberkulinowa RT23

* Dotyczy położnych.

** Dotyczy pielęgniarek.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2014 r. poz. 1491 i 1877 oraz z 2015 r. poz. 978 i 1640.

Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie wymogów kwalifikacyjnych dotyczących przystąpienia do kursu specjalistycznego w zakresie ordynowania leków i wypisywania recept

Zgodnie z programem kształcenia kursu specjalistycznego **Ordynowanie leków i wypisywanie recept do części I** może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), tj.:

- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo (tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa dotyczy również osób, które ukończyły studia jednolite);
- pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Natomiast do części II może przystąpić pielęgniarka albo położna, o której mowa w art. 15a ust. 2 powyższej ustawy tj.:

- pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia, na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo;
- pielęgniarka i położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Warunki przystąpienia pielęgniarki albo położnej do kursu specjalistycznego w zakresie *Ordynowania leków i wypisywania recept* część I i II nie muszą być spełnione łącznie.

To oznacza, że pielęgniarka albo położna posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa nie musi posiadać dyplomu ukończenia studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo.

Ponadto, zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy, do kursu

specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

1. posiadają prawo wykonywania zawodu;
2. zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych

Kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych składa się z dwóch części.

Część I dotycząca ordynowania leków i wypisywania recept przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Po ukończeniu części I kursu pielęgniarka, położna jest uprawniona do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

Część II dotycząca wypisywania recept w ramach kontynuacji leczenia przeznaczona jest zgodnie z art.15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) dla pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów, co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Po ukończeniu części II kursu pielęgniarka, położna jest uprawniona do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie:



1. Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, niezbędne do kontynuacji leczenia
2. Wystawiania recept w ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji na środki spożywcze specjalnego przeznaczenia.
3. Samodzielnej ordynacji leków z kategorii OTC.

Organizator kształcenia, kurs specjalistyczny Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych powinien realizować odrębnie dla części I i odrębnie dla części II programu. Po ukończeniu kursu i złożeniu egzaminu z wynikiem pomyślnym, organizator kształcenia, odpowiednio dla części I i II, wydaje pielęgniarce, położnej zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego, zgodnie ze wzorem określonym w przepisach prawa.

Więcej informacji na stronie CKPPIP – zakładka programy kształcenia

PISMA W SPRAWIE REALIZACJI PRZEPISÓW ZWIĄZANYCH Z PRZEKAZANIEM DODATKOWYCH ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE POZ

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia 207
Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

*2002.401.13f.2016.
16.02.14.IME.*

Warszawa, dnia *25.01.2016.*

Pani Zofia Małas
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
ul. Pory 78 lok. 10 02-757 Warszawa

Szanowne Pani,

W związku z pismem znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.6.2016.WW z 7 stycznia 2016 r. dotyczącym (...) wątpliwości, co do zakresu zastosowania rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 08 września w sprawie ogólnych warunków umów 2015 r. (...) i interpretacji wykonywania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowa opieka zdrowotna, w odniesieniu do przekazania dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, uprzejmie informuję, jak niżej.

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października

2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 1628), zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1400) dodatkowe środki finansowe świadczeniodawca przeznacza w taki sposób, (...) *aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł (...) dla wskazanej wyżej grupy zawodowej.*

Przedmiotowe środki finansowe stanowią sumę wszystkich środków finansowych otrzymanych w zakresach świadczeń realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, w ramach umowy zawartej z NFZ przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie trzeba stwierdzić, że świadczeniodawca może, w związku ze swoją suwerennością i samodzielnością, zgodnie z zapisami zawartymi w § 1 ust. 3 zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wykorzystać środki finansowe wynikające ze zmiany wartości współczynnika odnoszącego się do osób w wieku od 40 do 65 roku życia z poziomu 1,1 do 1,12 do finansowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki, w szczególności realizujące świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień, które nie są definiowane, jako pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie nadmieniam, że w związku z pismem pani Lucyny Dargiewicz Przewodniczącej Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych znak: ZK-009/VI/2016 r. z 7 stycznia 2016 r. w sprawie realizacji przepisów związanych z przekazaniem dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub higienistki szkolne udzielające świadczeń w środowisku nauczania i wychowania została Pani przekazana do wiadomości odpowiedź w niniejszej kwestii pismem znak: DSOZ.40158.2016 W.00891.KKL z 15 stycznia 2016 r.


Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia
ZASTĘPCA DYREKTORA

Daniel Rutkowski



Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

znak: ~~DSOZ.40.58.2016~~.....

Warszawa, 15.01, 2016 r.

K.00891.tkk.....

Pani

~~Lucyna Dargiewicz~~

~~Przewodnicząca~~

~~Zarządu Krajowego~~

~~Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek~~

~~i Położnych~~

Szanowno Pani Przewodnicząca!

Odpowiadając na pismo ZK-009/VII/2016 z 7 stycznia 2016 roku w sprawie realizacji przepisów związanych z przekazaniem dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarkom lub higienistkom szkolnym udzielającym świadczeń w środowisku nauczania i wychowania. Proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

1. Strony zawartego w dniu 23 września 2015 roku Porozumienia, nie zakwestionowały treści przekazanych zgodnie z pkt 2 projektów zarządzeń Prezesa NFZ, które wprost realizowały intencje zawarte w Porozumieniu oraz *zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.*
2. W przekazanych wcześniej danych dotyczących pielęgniarek „współpracujących” w POZ, dla wyliczenia wzrostów stawek kapitacyjnych w zakresach: pielęgniarki POZ i położnej POZ zostały uwzględnione pielęgniarki i położne „współpracujące”, zgodnie z informacją przekazaną w trakcie spotkania 13 października 2015 roku, o którym Pani wspomina.
3. Należy wskazać, że prezentowane przez Panią wyliczenie kwoty 328,70 PLN nie

uwzględnia współczynników korygujących w grupach wiekowych, obowiązujących w rozliczeniu świadczeń w stosownych zakresach POZ.

4. Z uwagi na szacunkowy charakter powyższych wyliczeń, o którym była Pani poinformowana w toku spotkania, zaproponowane wysokości stawek kapitacyjnych mogą ulec zmianie po dokonaniu analizy faktycznie sfinansowanych świadczeń w tym zakresie po upływie I kwartału 2016 roku.
5. W odniesieniu do przepisów określających przekazanie środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, należy podkreślić, że wskazanie średniego wzrostu wynagrodzenia przyznawanego pielęgniarkom i położnym POZ na poziomie świadczeniodawcy powoduje brak jakiegokolwiek relacji pomiędzy zasadami finansowania kapitacyjnego a przekazaniem dodatkowych środków finansowych na wzrost wynagrodzeń, ponieważ w żaden sposób nie uwzględnia liczebności populacji objętych opieką przez wskazywane pielęgniarki i położne. Należy przypomnieć, że wysokość środków przekazywanych dla świadczeniodawcy w ramach finansowania kapitacyjnego wynika z iloczynu rocznej stawki kapitacyjnej i liczby zadeklarowanych świadczeniobiorców
6. W zakresie lekarza POZ nie uwzględniono pielęgniarek gabinetu zabiegowego lub punktów szczepień ponieważ NFZ nie posiada informacji o ich liczbie z uwagi na fakt braku wymogu uczestniczenia przez powyższe w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza POZ – powyżej wskazywane pielęgniarki nie są pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej.

Jednakże informuję, że w związku z postanowieniami *zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 roku zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna*, nastąpiła zmiana dotycząca zwiększenia z 1,1 na 1,12 wartości współczynnika korygującego bazową stawkę kapitacyjną dla rozliczania pacjentów w wieku do 40 do 65 roku życia w zakresie świadczeń realizowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (pracodawcy) mogą dokonać zmian dotyczących wzrostu wynagrodzeń w sytuacji zatrudniania pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w gabinetach

zabiegowych oraz punktach szczepień, w których realizowane są świadczenia gwarantowane w tym zakresie.

Wprowadzona regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400 z późn. zm.).

7. W odniesieniu do świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na mocy § 2 ust. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400)* świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej zostały wyłączone w całości, jako te, które podlegają wzrostom finansowania dedykowanym pielęgniarkom i położnym, poczynając od 1 września 2015 roku.

Z kolei na mocy postanowień *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1628)* świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej zostały uwzględnione od 1 stycznia 2016 roku, we wzrostach finansowania dedykowanym pielęgniarkom i położnym jedynie w tych zakresach świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, co z uwagi na inny charakter rozliczania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ryczałt miesięczny), może być uwzględnione od 1 sierpnia 2016 roku.

Pragnę zapewnić panią o wnikliwym podejściu Narodowego Funduszu Zdrowia do przedstawianych problemów i pełnej otwartości do współpracy ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, w przyjmowaniu rozwiązań mających na celu ich rozwiązywanie. Jednakże należy mieć na względzie możliwość wypracowywania rozwiązań zgodnie z obowiązującym prawem.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia

Tadeusz Jędrzejczyk

ZMIANY ZAPISÓW W REGULAMINACH OIPIP

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 48 /VII/2016 z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

ROZDZIAŁ I PRZEPISY OGÓLNE

§ 1

Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwanej dalej „OIPIP” ponoszący koszty związane z kształceniem i doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki lub położnej ma prawo ubiegać się o refundację kosztów poniesionych z tego tytułu.

§ 2

Wysokość funduszu przeznaczanego na refundację kosztów kształcenia członków OIPIP w Wałbrzychu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, zatwierdza Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na mocy uchwały w sprawie przyjęcia planu budżetu OIPIP na każdy rok.

§ 3

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPIP w Wałbrzychu, zwany dalej „Regulaminem” określa zasady refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, formy i rodzaje kształcenia i doskonalenia zawodowego, których koszty objęte są refundacją, osoby uprawnione do korzystania z refundacji oraz zasady i warunki jej przyznawania.

§ 4

1. Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwana dalej „ORPiP”.

2. Pielęgniarka i położna składa wniosek o refundację kosztów kształcenia w biurze OIPIP w Wałbrzychu najpóźniej **do 30 dni od rozpoczęcia kursu, szkolenia, studiów.**

Jeżeli wniosek na szkolenie specjalizacyjne, studia magisterskie, nie był składany przez uczestnika w I roku nauki, wniosek można złożyć do 30 dni od rozpoczęcia II roku.

3. Złożony wniosek o przyznanie refundacji kosztów poniesionych tytułem uczestnictwa w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, po wcześniejszym sprawdzeniu pod względem formalnym w zakresie zgodności z obowiązującym Regulaminem zatwierdza na mocy uchwały Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie zbiorczego wniosku.

4. W przypadku kiedy wniosek nie spełnia wymogów for-

malnych w zakresie zgodności z Regulaminem Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przyznania refundacji.

5. Odwołanie za pośrednictwem Prezydium ORPiP do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wnosi się w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.

ROZDZIAŁ II FORMY KSZTAŁCENIA I DOSKONALENIA ZAWODOWEGO, RODZAJE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

§ 1

1. Formami kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:

- studia magisterskie w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne
- licencjat pielęgniarstwa i położnictwa

2. Formami doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:

- konferencje
- seminaria
- sympozja naukowe
- kongresy
- zjazdy naukowe
- szkolenia organizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe.

3. Rodzaje kształcenia podyplomowego podlegające refundacji:

- szkolenia specjalizacyjne, zwane dalej specjalizacją
- kursy kwalifikacyjne
- kursy specjalistyczne
- kursy dokształcające

4. OIPIP **refunduje koszt udziału** w formach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 1 oraz kształcenie podyplomowe wymienione w pkt 3 zgodnie z wysokością ustaloną w § 2 Rozdział IV Zasady i warunki przyznawania refundacji

5. OIPIP **refunduje koszt udziału i zakwaterowania** w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w § 1 pkt 2

- dla **dwóch** osób zgodnie z profilem wykonywanej pracy

b) dla **dwóch i więcej** osób jeżeli treści kierowane są do określonej grupy odbiorców (np. piel. naczelnych, przełożonych, epidemiologicznych), wówczas z refundacji mogą skorzystać osoby zatrudnione na tych stanowiskach za zgodą członków Prezydium.

O udziale decyduje kolejność zgłoszenia.

6. OIPiP **refunduje koszt udziału** dla **czterech** osób w przypadku, gdy koszt udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 2 nie przekracza kwoty 100,00 zł. (słownie: sto złotych)

7. Rodzaje kształcenia podyplomowego, o których mowa w § 1 pkt 3 lit. a-c będą refundowane, jeżeli prowadzone są przez podmioty wpisane do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w OIPiP prowadzonych na podstawie programów kształcenia przygotowanych przez Zespół Programowy powołany przez Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia.

ROZDZIAŁ III

OSOBY UPRAWNIONE DO KORZYSTANIA Z REFUNDACJI

§ 1

1. Z refundacji mogą korzystać członkowie OIPiP spełniający następujące warunki:

a) są wpisani do Rejestru Pielęgniarek i Położnych prowadzonego przez ORPiP w Wałbrzychu;

b) minimum przez okres 1 roku poprzedzającego złożenie wniosku regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie;

c) osoby bezrobotne zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

ROZDZIAŁ IV

ZASADY I WARUNKI PRYZNAWANIA REFUNDACJI

§ 1

1. Refundacji dokonuje się wyłącznie na podstawie wniosku stanowiącego **załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu**. Wniosek musi być wypełniony czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych jego treścią danych.

2. Do prawidłowo wypełnionego i złożonego w terminie wniosku muszą być dołączone dokumenty wyszczególnione na wniosku.

3. Wypłata refundacji nastąpi w terminie do 5 dni roboczych od dnia zatwierdzenia wniosku przez Prezydium lub ORPiP za:

a) szkolenie specjalizacyjne

– I transza po zakończeniu semestru

– II transza po uzyskaniu tytułu specjalisty i dostarczeniu dokumentu z CKPPIP o zdanym egzaminie lub dyplomu

b) studia magisterskie

– I transza po zakończeniu semestru

– II transza po uzyskaniu tytułu magistra i dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów

c) studia licencjackie, pomostowe po uzyskaniu tytułu licencjata i dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów

d) kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkolające- po dostarczeniu dokumentu o ukończeniu kursu

§ 2

1. Członkowi OIPiP może być przyznana refundacja w granicach ustalonego budżetu na dany rok.

2. Nieobecność w pracy na czas udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegających refundacji uczestnik usprawiedliwia we własnym zakresie.

3. **Wysokość refundacji kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym :**

a) dla studiów magisterskich w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne wynosi – **1800,00 zł. (słownie: jeden tysiąc osiemset zł.)**

b) dla studiów licencjackich- pomostowych - **1000,00 (słownie: jeden tysiąc zł.)**

c) dla szkoleń specjalizacyjnych wynosi - **1500,00 zł. (słownie jeden tysiąc pięćset zł.)**

d) dla szkoleń specjalizacyjnych , dla których warunkiem rozpoczęcia ich jest ukończenie kursu specjalistycznego lub kwalifikacyjnego wynosi – **1500,00 zł. (słownie jeden tysiąc pięćset zł.)** + refundacja kosztów zgodnie z lit. e-f

e) dla kursów kwalifikacyjnych wynosi -**600,00 (słownie: sześćset zł.),**

f) dla kursów specjalistycznych wynosi **50%** poniesionych kosztów przez uczestnika kursu

g) dla kursów doszkolających zgodnie z profilem wykonywanej pracy. – **50% kosztów, nie więcej niż 400zł (słownie czterysta złotych)**

Wnioski będą rozpatrywane indywidualnie przez Prezydium ORPiP z dołączoną ofertą organizatora.

h) dla konferencji, seminariów, sympozjów naukowych, kongresów, zjazdów naukowych, szkoleń organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe refundacja wynosi 100 % poniesionych kosztów udziału i zakwaterowania **bez zwrotu kosztów przejazdu.**

4. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i doszkolających **nie ma refundacji kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia**

§ 3

1. Rozliczenia kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego należy dokonać w ciągu **30 dni kalendarzowych** od uzyskania dokumentu o zakończonym kursie. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich w ciągu **60 dni** od daty wystawienia dokumentu przez CKPPIP lub uczelnię.

2. W przypadku kiedy część kosztów pokrywa pracodawca, lub inny podmiot, pielęgniarka lub położna może ubiegać się o refundację w OIPiP na zasadach określonych w Regulaminie. Kwota dofinansowania nie może przekroczyć kosztów szkolenia.

§ 4

1. Pielęgniarki i położne OIPiP w Wałbrzychu mają prawo do

refundacji części kosztów kształcenia **jeden raz w roku z wyjątkiem § 2 pkt 4 lit. d**

2. Wnioski rozpatruje i zatwierdza na podstawie sporządzonego Zbiorczego wniosku Prezydium OIPiP w Wałbrzychu na mocy uchwały nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu.

3. Jeżeli wniosek o refundację kosztów kształcenia nie spełnia wymogów określonych w Regulaminie Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przyznania refundacji, informując pisemnie o podjętej decyzji wnioskodawcę. Uchwała wymaga uzasadnienia i pouczenia o trybie odwoławczym.

4. Odwołanie za pośrednictwem Prezydium ORPiP do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wnosi się w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta jest ostateczna.

§ 5

1. Osoby uczestniczące w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w § 1 pkt 2 zobowiązane są do sporządzenia w terminie 30 dni notatki z przebiegu konferencji,

która będzie zamieszczona w Biuletynie Informacyjnym OIPiP w Wałbrzychu lub na stronie internetowej OIPiP w Wałbrzychu. Brak notatki dyskwalifikuje uczestnika z możliwości ubiegania się o ponowną refundację przez kolejne dwa lata.

2. Nie podjęcie przez wnioskodawcę kosztów refundacji w ciągu 90 dni od jej przyznania spowoduje wygaśnięcie decyzji w tym zakresie i utratę refundacji. Informację w przedmiotowej sprawie wnioskodawca otrzymuje na piśmie.

§ 6

1. Otrzymanie refundacji kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych oraz udział w konferencjach, seminariach, sympozjach naukowych, kongresach, zjazdach naukowych, szkoleniach organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe, jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu przy składaniu rocznego zeznania podatkowego przez członka samorządu.

2. Księgowość OIPiP w Wałbrzychu wyda stosowany dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia
ALMACH

ul. Kulińska 2
87-800 Wrocławek
tel. 601 256 845

KRS: 0000154303
REGON: 911327517
NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl www.fundacja-almach.org.pl

Proszę o pomoc w realizacji projektu Domu Seniora Pielęgniarki i Położnej w Tylmanowej.

Z wiarą w dobro i wielkie serce Pielęgniarek, Położnych, Pielęgniarzy oraz Pracowników Ochrony Zdrowia, jak również ich rodzin, znajomych i wszystkich ludzi dobrej woli ośmielam się prosić o wsparcie i przekazanie 1% podatku dochodowego wypełniając zeznanie podatkowe. W rocznym zeznaniu podatkowym PIT wpisujemy nazwę:

Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia Almach oraz numer KRS: 0000154303

Prezes Zarządu
Bożena Banachowicz



Zostań Aniołem Hospicjum

POMÓŻ UKOIĆ BÓL

Wałbrzyskie Hospicjum
Podaruj serce

1%

KRS 0000047710



POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM
KOŁO W ŚWIDNICY
organizacja pożytku publicznego

ul. K. Słobódzkiego 28, 58-105 Świdnica
tel./fax 74 850 13 88
NIP: 884 27 10 137

Pomóż nam rozwinąć skrzydła dzieciom niepełnosprawnym

Przeznacz nam Twój **1%** podatku to 100 % serca

KRS 0000 350036

www.psouu.swidnica.pl
e-mail: zk.swidnica@psouu.org.pl



DEBATA PUBLICZNA – ZAKOŃCZONY I ETAP KAMPANII SPOŁECZNEJ „OSTATNI DYŻUR”

16 grudnia 2015r. Delegacja Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych razem z przewodniczącymi Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów złożyły 45 symbolicznych kartonów symbolizujących ponad 532 tys. recept.

Symboliczne recepty, w imieniu Premier Beaty Szydło, odebrali Premier Piotr Gliński, Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł oraz Minister Elżbieta Witek. Na zaproszenie Pana Premiera odbyło się spotkanie z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z Premierem Glińskim, Ministrem Radziwiłłem oraz Minister Elżbietą Witek.

Podczas spotkania Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk przedstawiła zagrożenie stojące przed polskim społeczeństwem, wynikające z malejącej liczby pielęgniarek i położnych w Polsce. Wskazała również na konieczność poprawy warunków pracy i płacy polskich pielęgniarek i położnych.

Minister Konstanty Radziwiłł w odpowiedzi na wypowiedź Pani Prezes przedstawiającej wyzwania stojące przed środowiskiem pielęgniarek i położnych, podkreślił, że pielęgniarki położne stanowią filar polskiej służby zdrowia.

Statystyki nie pozostawiają złudzeń. Liczba pielęgniarek na 1000 mieszkańców w Polsce wynosi 5,4 - to jeden



z najniższych wskaźników w Europie. Średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce to 48 lat, a już w 2022 r. osiągnie średnią 50 lat.

Pielęgniarki i położne znikają ze szpitalnych oddziałów, szkół, domów opieki społecznej, hospicjów oraz naszych domów i miejsc pracy.

Nasze rodziny i przyjaciele, my sami, zostajemy pozbawieni podstawowej opieki. Bez opieki pielęgniarek i położnych nasze zdrowie i życie jest zagrożone.

Uruchomienie nowego kierunku studiów pierwszego stopnia pn. Pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu

Za 7 lat liczba pielęgniarek i położnych w Polsce zmniejszy się o 54 tys.

Poniżej prezentacja potwierdzająca dramatyczną sytuację dotyczącą liczby pielęgniarek i położnych zarejestrowanych i uprawnionych do wykonywania zawodów na terenie działalności OIPIP w Wałbrzychu, na podstawie aktualnych danych uzyskanych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na dzień 10.II.2016 r.

1. Przedziały wiekowe pielęgniarek i położnych zarejestrowanych w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Z danych uzyskanych z Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu - zarejestrowanych i uprawnionych do wykonywania zawodów jest 5478 osób, w tym:

- 4896 pielęgniarki
- 107 pielęgniarzy
- 475 położne
- 352 pielęgniarki oraz 82 położne - nie wykonują zawodu.

2. Rozkład wiekowy zarejestrowanych:

- a. pielęgniarki/pielęgniarsze:
- do 30 roku - 72
 - 31 - 35 lat - 107
 - 36 - 40 lat - 271
 - 41 - 45 lat - 793
 - 46 - 50 lat - 829
 - 51 - 55 lat - 936
 - 56 - 60 lat - 953
 - 61 - 65 lat - 717
 - powyżej 66 lat - 325

- b. położne:
- do 30 roku - 13
 - 31 - 35 lat - 5
 - 36 - 40 lat - 36
 - 41 - 45 lat - 72
 - 46 - 50 lat - 82
 - 51 - 55 lat - 105
 - 56 - 60 lat - 85
 - 61 - 65 lat - 43
 - powyżej 66 lat - 34

3. Rozkład wiekowy zatrudnionych:

- a. pielęgniarki/pielęgniarsze:
- do 30 roku - 20
 - 31 - 35 lat - 55
 - 36 - 40 lat - 192
 - 41 - 45 lat - 639
 - 46 - 50 lat - 715
 - 51 - 55 lat - 823
 - 56 - 60 lat - 820
 - 61 - 65 lat - 618
 - powyżej 66 lat - 253

- b. położne:
- do 30 roku - 9
 - 31 - 35 lat - 1
 - 36 - 40 lat - 16
 - 41 - 45 lat - 47
 - 46 - 50 lat - 68
 - 51 - 55 lat - 91
 - 56 - 60 lat - 79
 - 61 - 65 lat - 38
 - powyżej 66 lat - 25

4. Liczba pielęgniarek i położnych, które osiągnęły wiek emerytalny w latach 2012-2015

- a. pielęgniarki:
- rok 2012 - 436;
 - rok 2013 - 577;
 - rok 2014 - 739
 - rok 2015 - 327;

- b. położne:
- rok 2012 - 47;
 - rok 2013 - 53;
 - rok 2014 - 82;
 - rok 2015 - 17;

5. Liczba pielęgniarek i położnych, które osiągną wiek emerytalny w latach 2016-2017

- a. pielęgniarki:
- rok 2016 - 165;
 - rok 2017 - 160
- b. położne:
- rok 2016 - 10;
 - rok 2017 - 15

6. Na potrzeby uznawania kwalifikacji zawodowych w 2015 roku wydanych zostało 37 zaświadczeń w tym dla:

- a. mgr pielęgniarstwa - 0
- b. absolwenci Medycznych Szkół Zawodowych - 8
- 38 lat - 1
 - 41-45 lat - 3
 - 46-50 lat - 1
 - 51-59 lat - 3
- c. licencjat pielęgniarstwa - 10
- do 30 roku - 3
 - 31-35 lat - 1
 - 41-45 lat - 4
 - 46-50 lat - 1
 - 51-57 lat - 1
- d. absolwenci Liceów Medycznych - 17
- od 36-40 lat - 0
 - 41-45 lat - 8
 - 46-50 lat - 4
 - 51-55 lat - 5
- e. licencjat położnictwa - 2
- 48 lat - 1
 - 38 lat - 1

STUDIUM PIELEGNIARSTWO W WAŁBRZYCHU

Od wielu lat analitycy ochrony zdrowia wskazują na systematycznie rosnące zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w Polsce i we wszystkich krajach Unii Europejskiej. Od 2010 r. zauważa się rosnący niedobór pielęgniarek. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że w latach 2010-2020 na emeryturę przejdzie 80 814 pielęgniarek, a pracę w zawodzie podejmie tylko 19 954. Te alarmujące dane wskazują, iż w 2020 r. w systemie ochrony zdrowia będzie brakować ok. 60 860 pielęgniarek, a średnia wieku tych, które pozostaną aktywne zawodowo to 48 lat (osoby pomiędzy 41. a 65. rokiem życia). Wniosek jest prosty: za kilka lat może w Polsce zabraknąć położnych i pielęgniarek.

Uruchomienie nowego kierunku studiów pierwszego stopnia pn. *pielęgniarstwo* w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu (PWSZ AS) jest zatem odpowiedzią na bieżące potrzeby lokalnego rynku pracy. Zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską sygnalizują coraz częściej dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej oraz instytucje i organizacje zrzeszone np. Dolnośląscy Pracodawcy.

W grudniu 2015 r. PWSZ AS w Wałbrzychu złożyła do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego wniosek o nadanie uprawnień do prowadzenia studiów pierwszego stopnia (licencjackich) pn. *pielęgniarstwo*. Prace związane ze skompletowaniem wszystkich dokumentów przebiegały bardzo



sprawnie, ze względu na ogromne zaangażowanie wielu znanych specjalistów, reprezentujących rozmaite specjalizacje medyczne, którzy na co dzień zatrudnieni są w szpitalach zlokalizowanych na terenie Aglomeracji Wałbrzyskiej (m.in. w Wałbrzychu oraz Świdnicy).

Kształcenie na studiach licencjackich w PWSZ AS w Wałbrzychu na kierunku *pielęgniarstwo* otwiera nowe możliwości zarówno dla przyszłych absolwentów, jak i środowiska lokalnego, bowiem rozwój regionu wałbrzyskiego wiązać należy nie tylko z potencjałem ekonomicznym, ale przede wszystkim z kapitałem społecznym. Nowy kierunek studiów odpowiada potrzebom lokalnego rynku pracy oraz wypełnia lukę regionalnego rynku edukacyjnego w zakresie kształcenia tego typu kadr (w Wałbrzychu od lat nie ma żadnej oferty edukacyjnej w tym zakresie).

Studia pierwszego stopnia na kierunku *pielęgniarstwo* trwać będą 3 lata (6 semestrów) i zakończą się przygotowaniem pracy dyplomowej oraz ustnym egzaminem dyplomowym (teoretycznym i praktycznym). Absolwent studiów uzyska tytuł licencjata pielęgniarstwa, będący potwierdzeniem osiągnięcia efektów kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, określonych w stosownych rozporządzeniach: Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: *lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa* (Dz.U. z 2012 r., poz. 631); Ministra Zdrowia z dnia 20 maja 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2012 r., poz. 970) oraz spełnieniem wymagań zawartych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.). Realizację zakładanych efektów kształcenia zapewniają zaplanowane przedmioty/moduły, w tym przede wszystkim zajęcia praktyczne (1100 godzin) oraz praktyki zawodowe (1200), które stanowią integralną część programu kształcenia. Ogólna liczba godzin kształcenia wynikająca z planu studiów wynosi 4784.

Studia pierwszego stopnia na kierunku *pielęgniarstwo* zostaną wpisane w działalność powołanego w 2013 r. Instytutu Zdrowia, w którym realizowane już jest kształcenie w ramach takich kierunków, jak *kosmetologia* oraz *techniki dentystyczne*. Zajęcia dla studentów pielęgniarstwa będą prowadzone w jednym z obiektów Uczelni przy ul. Piotra Skargi 14 a.

Ze względu na profil praktyczny kierunku studiów pn.

pielęgniarstwo oraz zgodnie z zasadami współczesnej dydaktyki, tj. łączenia teorii z praktyką, szczególnie istotne znaczenie dla ww. kierunku studiów ma obszar kształcenia praktycznego, który będzie realizowany na podstawie podpisanych porozumień o współpracy z trzema szpitalami: Specjalistycznym Szpitalem im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu, Specjalistycznym Szpitalem Ginekologiczno-Położniczym im. E. Biernackiego w Wałbrzychu oraz Regionalnym Szpitalem Specjalistycznym *Latawiec* SPZOZ w Świdnicy. Rozbudowany blok kształcenia praktycznego, realizowany pod kierunkiem wyspecjalizowanego personelu medycznego, ma umożliwić przyszłym absolwentom zdobycie doświadczenia zawodowego, niezbędnego w pracy pielęgniarki/pielęgniarsza. Miejscem realizacji zajęć praktycznych i praktyk zawodowych będą ponadto inne placówki medyczne, z którymi Uczelnia podpisała stosowne porozumienia.

Uczelnia rozpoczęła już prace remontowo-budowlane zmierzające do stworzenia nowoczesnych, specjalistycznych pracowni (m.in. umiejętności pielęgniarских, anatomii i fizjologii, biochemii), które służyć będą realizacji zajęć związanych z praktycznym przygotowaniem zawodowym.

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu została utworzona na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 1999 r. w sprawie utworzenia Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Wałbrzychu (Dz. U. nr 55, poz. 578). Jako publiczna uczelnia, działa na podstawie ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. *Prawo o szkolnictwie wyższym* (tekst jedn. Dz.U. z 2012 r., poz. 572 z późn. zm.), przepisów wykonawczych wydanych na jej podstawie oraz statutu uczelni. Nadzór nad uczelnią sprawuje minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego.

W chwili obecnej PWSZ AS w Wałbrzychu oferuje kształcenie na studiach pierwszego stopnia licencjackich: *administracja, filologia angielska, pedagogika, kosmetologia, techniki dentystyczne*; inżynierskich: *bezpieczeństwo i higiena pracy, logistyka* oraz drugiego stopnia (magisterskich) na kierunkach: *administracja i logistyka*.

Uczelnia ponadto oczekuje na ostateczną decyzję Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dotyczącą nadania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunku studiów pn. *architektura wnętrz*.

Zapraszamy do odwiedzenia strony internetowej: www.pwsz.com.pl

Studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo trwać będą 3 lata (6 semestrów) i zakończą się przygotowaniem pracy dyplomowej oraz ustnym egzaminem dyplomowym (...). Absolwent studiów uzyska tytuł licencjata pielęgniarstwa, będący potwierdzeniem osiągnięcia efektów kształcenia w zakresie wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych, określonych w stosownych rozporządzeniach: Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 roku w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (...); Ministra Zdrowia z dnia 20 maja 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących kształcenia pielęgniarek i położnych (...) oraz spełnieniem wymagań zawartych w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (...) Realizację zakładanych efektów kształcenia zapewniają zaplanowane przedmioty/moduły, w tym przede wszystkim zajęcia praktyczne (1100 godzin) oraz praktyki zawodowe (1200), które stanowią integralną część programu kształcenia.

ZALECENIA KONSULTANTA KRAJOWEGO W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego na temat postępowania pielęgniarzkiego w przypadku wynaczynienia leku cytostatycznego

Leczenie systemowe niesie za sobą ryzyko wystąpienia wielu objawów niepożądanych. Z punktu widzenia pielęgniarzkiego najbardziej niepożądane są odczyny miejscowe po wynaczynieniu leku. Ważnym elementem w pracy zawodowej personelu pielęgniarzkiego jest nadzór nad prawidłowym i bezpiecznym podaniem leków przeciwnowotworowych. Wiele objawów ubocznych wywołanych przez toksyczne działanie leków cytostatycznych sprawia, że opieka pielęgniarzka nastawiona jest na ich kontrolę i systematyczne łagodzenie. Odpowiednie postępowanie personelu pielęgniarzkiego może w znacznym stopniu poprawić jakość życia zapewniając chorym bezpieczeństwo w trakcie leczenia. Według danych opublikowanych w Medycynie Praktycznej do wynaczynień dochodzi nawet w 8% podawanych leków cytostatycznych, ale wywołują one tylko 1% poważnych komplikacji.

Wynaczynienie polega na przypadkowym, niezamierzonym przedostaniu się leku cytostatycznego poza naczynie żyłne do otaczających tkanek lub bezpośrednio nacieczenie tkanek poprzez błędne podanie preparatu cytostatycznego.

Konsekwencje wynaczynienia leku cytostatycznego mogą być różne od niewielkiego zaczerwienienia i bólu w okolicy podania leku, aż do głębokich owrzodzeń bądź martwicy tkanek, które wymagają leczenia chirurgicznego. Obrzęk i bolesne zaczerwienienie występuje w ciągu kilku godzin, a nacieczenie tkanek w ciągu kilku dni. Duże wynaczynienie np. Doksorubicyny, Winkrystyny, Winblastyny powoduje martwicę, uszkodzenie mięśni, nerwów, głębokie owrzodzenia, zaburzenia funkcji kończyny. Martwica i głębokie owrzodzenie rozwijają się w ciągu od 7 do 28 dni. Pacjenci otrzymujący leki cytostatyczne są narażeni na wynaczynienie ze względu na: częste wstrzyknięcia dożyłne, procesy zapalne w obrębie naczyń, obrzęki limfatyczne, ogólne wyniszczenie organizmu. U pacjentów z grup podwyższonego ryzyka należy wdrożyć postępowanie profilaktyczne np. założenie portu naczyniowego. Lecz należy pamiętać, że przy podawaniu leków cytostatycznych przez port naczyniowy również może wystąpić zjawisko wynaczynienia.

1. Czynniki powodujące wzrost ryzyka wynaczynienia:
 - wiek pacjenta;

- drobne, kruche, twarde naczynia żyłne;
- naczynia żyłne uszkodzone podczas poprzednich podań leków;
- żyły ruchome;
- zaburzenia krążenia w miejscu podania (naczynia żyłne po stronie mastektomii lub wycięcia węzłów chłonnych, obrzęk limfatyczny);
- zespół żyły głównej górnej (zwiększone ciśnienie w naczyniach żylnych);
- czynniki współistniejące (cukrzyca, zaburzenia krążenia obwodowego jak zespół Raynaud'a, uszkodzenia po radioterapii, zaburzenia krzepnięcia);
- otyłość;
- problemy z wczesnym zgłoszeniem objawów wynaczynienia (splątanie, wpływ leków działających na ośrodkowy układ nerwowy, choroby psychiczne, strach, obniżona zdolność odczuwania bodźców w wyniku neuropatii obwodowych, zażywanych leków lub współistniejących schorzeń, np. cukrzyca);
- wielokrotne próby kaniulacji naczynia;
- podanie w bolusie;
- niekorzystne miejsce kaniulacji (np. drobne żyły grzbietu dłoni);
- nieprawidłowe założenie portu naczyniowego;
- duża prędkość wlewu / wysokie ciśnienie przepływu.

2. Podział leków cytostycznych z uwagi na konsekwencje wynaczynienia

- **silnie uszkodzające (kategoria: „S,U”)** – wynaczynienie może doprowadzić do martwicy przyległych tkanek, głębokich owrzodzeń, zaburzenia funkcji kończyny,
- **drażniące (kategoria: „D”)** – lek może powodować zapalenie żyły, wynaczynienie może powodować miejscową reakcję zapalną, rumień, obrzęk, ból, pieczenie,
- **nieuszkodzające (kategoria: „N”)** – wynaczynienie nie niesie ze sobą ryzyka groźnych powikłań.

S.U. - Leki o silnym działaniu uszkadzającym

- Chlormetyna / CHMT
- Daktynomycyna/ ACT-D
- Daunorubicyna
- Doksorubicyna / ADR/DOX
- Epirubicyna / FRB
- Idarubicyna
- Mitomycyna C / Mit-C
- Winblastyna / VBL
- Winkrystyna / VCR
- Windezyna
- Winorelbina / NVB

D - Leki o działaniu drażniącym

- Bendamustyna/
- Cisplatyna / CDDP
- Cyklofosamid / CTX
- Dakarbazyna /DTIC
- Docetaksel / DCL
- Doksorubicyna liposomalna
- Etopozyd / VP-16
- Fluorouracyl / 5-FU
- Ifosfamid / IFO
- Irinotekan / CAMPTO
- Kabazitaksel
- Karboplatyna / CBDCA
- Karmustyna
- Melfalan
- Mitoksantron / DHAD
- Oksaliplatyna / L-OHP
- Paklitaksel / PCL
- Romidepsyna
- Streptozocyna /STZ
- Temsyrolimus
- Topotekan / TPT
- Trabektedyna
- Winflunina

3. Ogólne zasady podawania leków silnie uszkadzających (S.U.)

- unikać wielu wkłuć;
- żyła po wkłuciu nie powinna być używana do podawania leków co najmniej 24 h od zakończenia podawania leku;
- używać kaniul o niewielkich rozmiarach (21 G – 23 G);
- miejsce wkłucia powinno być widoczne (nie zastaniać), zaleca się stosowanie przezroczystych opatrunków;
- unikać długich wlewów drogą żył obwodowych;
- leki silnie uszkadzające należy stosować, o ile to możliwe przez wkłucia centralne (bezwzględna konieczność w przypadku wlewów ciągłych);
- nie używać pomp infuzyjnych do podania drogą żył obwodowych (wyjątek stanowią schematy, w których lek silnie uszkadzający musi być podany we wlewie ciągłym
np. Doksorubicyna w schematach EPOCH w leczeniu chłoniaka nieziarniczego;
- w przypadku polichemioterapii leki silnie uszkadzające należy podać w pierwszej kolejności;
- w przypadku podawania kilku różnych leków silnie uszkadzających w pierwszej kolejności należy podać lek o najmniejszej objętości;
- po podaniu leku należy przepłukać kaniulę zgodnym płynem infuzyjnym;
- zaleca się podawanie leków silnie uszkadzających pod ścisłym nadzorem personelu pielęgniarskiego.

Żyły obwodowe u pacjentów onkologicznych charakteryzują się dużym wyniszczeniem.

W celu zmniejszenia ryzyka wynacznienia w doborze odpowiedniego miejsca kaniulacji zaleca się stosowanie danego kryterium.

4. Kryteria wyboru miejsca dostępu do żył obwodowych:

	KRYTERIA WYBORU NACZYNNIA ŻYLNEGO	ODPOWIEDNIE MIEJSCE WKŁUCIA
Najbardziej wskazane	IDEALNA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA duże, miękkie, elastyczne żyły przedramienia	Przedramię
	IDEALNA ŻYŁA /MNIJ ZADOWALAJĄCA LOKALIZACJA duże miękkie, elastyczne żyły grzbietu ręki	Grzbiet ręki
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA /NAJLEPSZA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły przedramienia	Przedramię
	ZADOWALAJĄCA ŻYŁA /NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, wąskie żyły grzbietu ręki; żyły przedramienia niedające się wyczuć lub zauważyć	Grzbiet dłoni
Najmniej wskazane	NIEZADOWALAJĄCA ŻYŁA / NIEDOGODNA LOKALIZACJA drobne, kruche, łatwo pękające żyły przedramienia/grzbietu ręki żyły przedramienia /grzbietu ręki niedające się wyczuć lub zauważyć	Rozważyć dostęp do żyły centralnej

5. Różnicowanie wynaczynienia od innych miejscowych reakcji związanych z dożylnym podaniem preparatów cytostatycznych

CHARAKTERYSTYKA	WYRZUT HISTAMINY	PODRAŻNIENIE ŻYŁY	SKURCZ ŻYŁY*	WYNACZYNIENIE
Prezentowane objawy	Swędzące plamy lub pokrzywka, rzadko ból i pieczenie	Ból i uczucie ucisku	Skurcz mięśniówki naczyń	Zazwyczaj ból i pieczenie w miejscu wkłucia, podczas wlewu może wystąpić kłucie
Zabarwienie	Wypukła czerwona smuga, plamy, krostki lub rumień przypominający pokrzywkę wzdłuż naczyń, rozmyty lub nieregularny wzór	Rumień lub ciemne przebarwienie wzdłuż naczyń		Rumień wokół miejsca wkłucia
Czas wystąpienia	Zazwyczaj pojawia się nagle i zanika w ciągu 30–90 min.	Zwykle pojawia się w ciągu pierwszych minut podania. Przebarwienie może pojawić się dopiero później	Zazwyczaj pojawia się natychmiast po rozpoczęciu podania	Objawy zaczynają się pojawiać zaraz po/w trakcie podania i narastają
Obrzęk	Mało prawdopodobny	Mało prawdopodobny		Częsty, nie zanikający przez kilkanaście dni
Powrót krwi żyłnej	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Zazwyczaj (lecz nie zawsze) bez zmian	Często nieobecny	Zazwyczaj nieobecny lub utrudniony

*) Może być spowodowany zbyt chłodnym lekiem lub zbyt szybkim podaniem

W komórkach organizacyjnych, w których podawane są leki cytostatyczne powinny znajdować się zestawy awaryjne na wypadek wynaczynienia preparatu cytostatycznego zawierające antidotum (Deksrazoksan, Hialuronidaza):

DEKSRAZOKSAN (SAVENE, CARDIOXANE)

- podanie preparatu należy rozpocząć najpóźniej 6 godzin od wystąpienia wynaczynienia antracykliny;
- lek podaje się we wlewie dożylnym trwającym 1-2 godzin przez 3 kolejne dni;
- dawki w dniach 2 i 3 należy podać o tej samej godzinie, co dawkę podaną dnia 1 (+/- 3 h);
- co najmniej 15 minut przed podaniem należy usunąć z miejsca wynaczynienia zimny okład, o ile był stosowany.

HIALURONIDAZA (HYLASE)

- zawartość fiolki z preparatem Hylase dessau rozpuścić w 1 ml 0,9 % roztworu chlorku sodu do iniekcji;
- strzykawką 2 ml pobrać 0,1 – 0,2ml przygotowanego roztworu (150 j.m. – 300 j.m) i uzupełnić 0,9 % roztworu chlorku sodu do objętości 1 – 1,8 ml;
- zaopatrzyć strzykawkę w igłę nr 5 i wokół obszaru wynaczynienia wykonać od 4 do 5 wstrzyknięć podskórnych roztworu hialuronidazy (ok. 0,2 ml roztworu na każde wstrzyknięcie) nie później niż 30 minut od wystąpienia wynaczynienia.

Postępowanie w przypadku wynaczynienia leku cytostatycznego:

- przerwać podawanie leków bez usuwania wkłucia;
- przygotować zestaw awaryjny na wypadek wynaczynienia;
- podjąć próbę aspiracji wynaczynionego leku przez pozostawiony venflon, w tym celu należy odłączyć dren lub strzykawkę z podawaną substancją cytotoksyczną i podłączyć w to miejsce 5 mililitrową pustą strzykawkę i za jej pomocą powoli zaaspirować wynaczyniony lek;
 - zgłosić wynaczynienie lekarzowi;
 - jeżeli istnieje lek o typie antidotum użytego cytostatyku, należy podać go tą samą drogą w celu uzyskania neutralizacji;
 - nie należy podawać leku pod wysokim ciśnieniem, żeby nie rozprzestrzeniać wynaczynionego preparatu;
 - usunąć wkłucie;
 - zastosować okład w zależności od podanego leku cytostatycznego – **zimny** w przypadku wynaczynienia Doksorubicyny, Epirubicyny, Cisplatyny, Mitomycyny C, Daktynomycyny. Okłady z lodu powodują zwężenie naczyń, które prowadzi do zlokalizowania wynaczynionego leku i zmniejsza miejscowy stan zapalny i ból; **ciepłe okłady** - w przypadku wynaczynienia: Winkrystyny, Winblastyny, Etopozydu, Winorelbiny. Okłady te powodują rozszerzenie naczyń, które prowadzi do rozcięcia
 - wynaczynionego leku;
 - kończynę, w której doszło do wynaczynienia należy ułożyć wyżej, przynajmniej przez pierwsze 2 doby po wynaczynieniu;

- na zlecenie lekarza podać miejscowo leki przeciwzapalne, w razie bólu leki przeciwbólowe;
- wyznaczenie leku cytostatycznego należy odnotować w dokumentacji jako zdarzenie niepożądane.

6. Metody minimalizacji skutków wyznaczenia

1. Ograniczenie rozprzestrzeniania, izolacja wyznaczenia:
 - Zimny okład (4 x dziennie po 20 min. przez 1 do 2 dni)
 - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **niebieską** etykietą
 - np Cisplatyna, Endoxan, Dakarbazyna, Etopozyd.
 2. Dyspersja i ułatwienie wchłaniania wyznaczonego leku:
 - Ciepły kompres (4 x dziennie po 20 min, przez 1 do 2 dni), zastosowanie hialuronidazy
 - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **czerwoną** etykietą
 - Docetaksel, Kabazitaksel, Paklitaksel
 - Winblastyna, Winkrystyna, Winorelbina
 - Viflunina (bez hialuronidazy)
 3. Leki niewymagające stosowania ciepłego bądź zimnego kompresu w razie wyznaczenia:
 - Opakowanie zewnętrzne oznaczone **zieloną** etykietą,
 - Kategoria wyznaczenia „N” (**leki niepowodujące groźnych powikłań po wyznaczeniu**)
 - Opcjonalnie, na zlecenie lekarza, możliwe zastosowanie zimnego okładu
 - Asparagina, Bleomycyna, Bortezomid, Cytarabina, Fludarabina, Gemcytabina, Kładrybina, Metotreksat, Pemetreksed
 - Przeciwciała monoklonalne
 - Okasliplatyna (UWAGA, kat. D) – nie stosować kompresów
7. W celu zwiększenia bezpieczeństwa podawania leków cytostatycznych i zmniejszenia liczby wyznaczeń należy wdrożyć następujące działania takie jak:
- a) regularne szkolenia dla personelu pielęgniarskiego w zakresie:
 - działań niepożądanych (w tym wynikających z wyznaczeń),
 - „Kaniulacji żył obwodowych i terapii płynami infuzyjnymi” – praktyczne z fantomem;
 - b) wprowadzenie etykietowania podawanych leków;
 - c) stosowanie zamkniętego systemu podawania leków cytostatycznych:
 - wprowadzenie do stosowania łącznika bezigłowego rekomendowanego przez organizację CDC co wpływa na zmniejszenie manipulacji przy kaniuli;
 - stosowanie strzykawek fabrycznie napełnionych roztworem NaCl 0,9% (wskazanych w leczeniu pacjentów z obniżoną odpornością).
 - d) zwiększenie implantacji portów naczyniowych;
 - e) systematycznie i szczegółowo prowadzona dokumentacja zdarzeń niepożądanych (wyznaczenie leku cytostatycznego) stanowi źródło informacji o przyczynach i okolicznościach wydarzenia;
 - f) system zgłaszania zdarzeń niepożądanych (wyznaczenie leku cytostatycznego) polegający na braku stygmatyzacji zachęca pracowników do zgłaszania ZN i wnikliwej analizy przyczynowo – skutkowej.

Najważniejsze jest zapobieganie wyznaczeniu, przede wszystkim poprzez kontrolę miejsca wkłucia (kontrola wizualna, próba aspiracji), podczas podawania leków cytostatycznych. W sytuacjach trudnego dostępu do żył obwodowych leki cytostatyczne podaje się przez cewnik do dużych naczyń lub do portu naczyniowego. Przestrzeganie reguł prawidłowego podawania leków cytostatycznych może znacznie ograniczyć objawy związane z wyznaczeniem. Cytostatyki mają z założenia działanie cytotoksyczne i w związku z tym są lekami, których podawanie wymaga szczególnej ostrożności, uwagi i wysokiego poziomu wyszkolenia ze strony personelu pielęgniarskiego. Personel podający preparaty cytostatyczne jest systematycznie szkolony i zna instrukcję postępowania w przypadku wyznaczenia leku. Każdy przypadek wyznaczenia leku cytotoksycznego jest rejestrowany i monitorowany, a kryterium mierzalności jest zapis w rejestrze zdarzeń niepożądanych. Właściwa współpraca personelu z pacjentami i ich rodzinami w zakresie rozpoznawania potrzeb chorego, ich zaspokajania, rozwiązywanie problemów, a także w zakresie działań edukacyjnych umożliwiają zapewnienie pacjentom profesjonalnej i bezpiecznej opieki podczas podawania leków cytostatycznych.

Bydgoszcz, dnia 5.I.2016

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
dr n. med. Anna Koper
Centrum Onkologii im. Prof. Franciszka Łukaszczyka
85-796 Bydgoszcz ul. dr I. Romanowskiej 2,
kopera@co.bydgoszczpl, tel. 052/3743204

Piśmiennictwo:

- Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J.: Opieka pielęgniarska w chemioterapii w: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne, PZWL, Warszawa 2011: 234-261.
- Rubach M.: Wyznaczenia leków stosowanych u chorych na nowotwory w: Krzakowski M., Podemski P., Warzocha K., Wysocki P., (red.), Onkologia kliniczna, Via Medica, Gdańsk 2014: 317-326.
- Rubach M.: Wyznaczenia leków przeciwnowotworowych w: Krzakowski M. (red.), Onkologia kliniczna, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006: 550-555.
- Kaźmierczak B.: Problemy pielęgnacyjne pacjentów w trakcie chemioterapii w: Koper A., Wrońska I. (red.), Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003: 1-19.
- Jędrusik Z., Koper A.: Opieka pielęgniarska w trakcie podawania cytostatyków w: Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2007; 1-2: 46-47.
- Koper A., Jędrusik Z.: Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami w : Biuletynie OIPIP, Bydgoszcz. 8/2008.
- I. Mader, P.R. Furst - Weger,, R.M. Mader, E. Nogler - Semelnitz, S. Wassertheurer.: Extravasation of Cytotoxic Agents, Wydawnictwo Springer Wien New York, 2010.
- Medycyna Praktyczna Onkologia 2015/04.
- Medycyna Praktyczna Onkologia 2013/3.

PROGRAM OPIEKI KOORDYNOWANEJ NAD Kobietą w ciąży FIZJOLOGICZNEJ

Kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu oraz położu to główny cel programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży, który powstaje w Narodowym Funduszu Zdrowia.

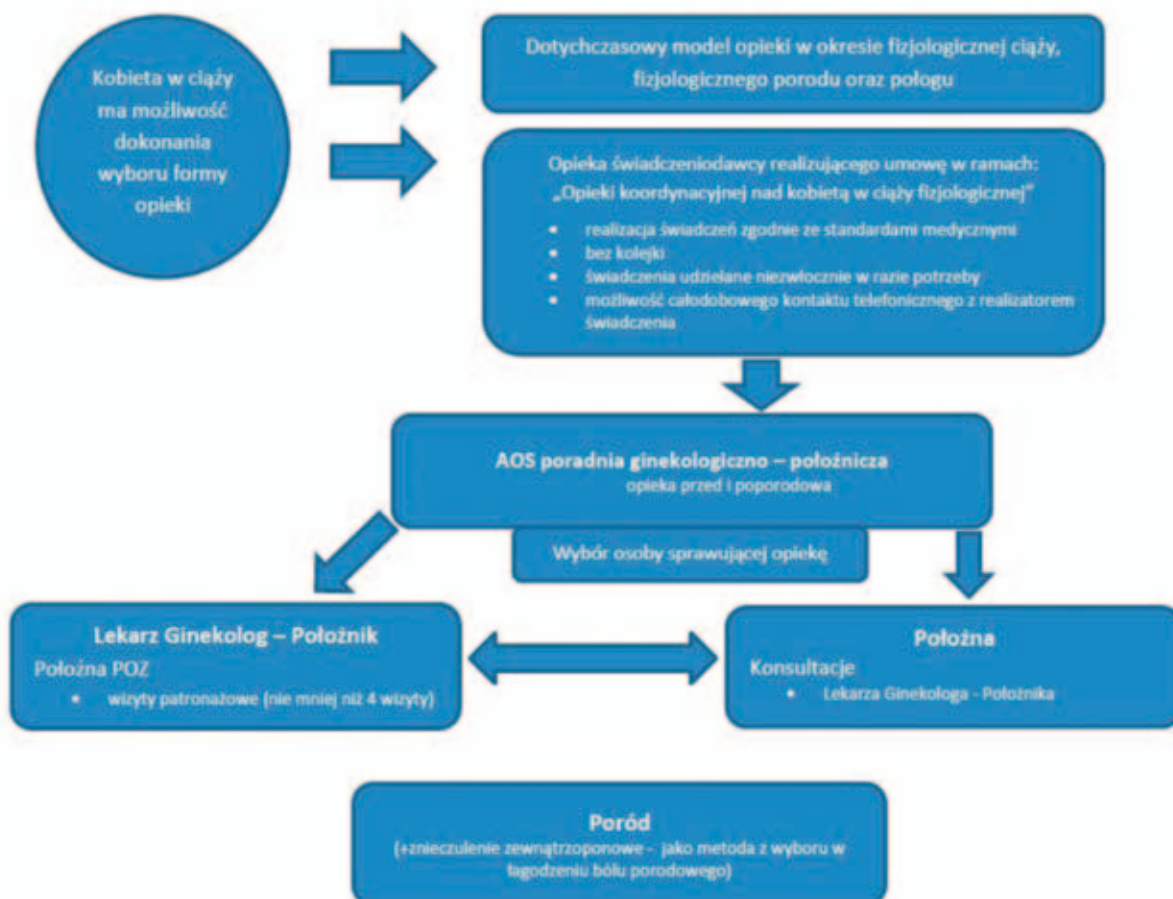
Założeniem projektu jest zapewnienie przyszłym mamom uzyskania pełnoprofilowej opieki w okresie ciąży, porodu oraz w okresie 6 tygodni po urodzeniu dziecka. Program miałby ruszyć w formie pilotażu w wybranych placówkach w całym kraju od pierwszego kwietnia przyszłego roku.

Proponowana forma opieki nad kobietami w ciąży ma docelowo zastąpić obecną formę opieki, która podzielona jest pomiędzy poszczególne zakresy świadczeń, od PÓZ, po-

przez ambulatoryjną opiekę specjalistyczną i leczenie szpitalne. Skutkuje to tym, że utrudnione jest zachowanie ciągłości opieki realizowanej przez ten sam zespół medyczny, jak również terminowe wykonanie wszystkich badań wynikających ze schematu opieki. W chwili obecnej kobieta w ciąży korzysta z ok. 5 porad w ramach ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej, pomimo tego, że ze standardu opieki wynika konieczność wykonania co najmniej 8 porad.

Wprowadzenie nowego modelu opieki koordynowanej ma na celu poprawę jakości opieki nad kobietą w ciąży poprzez:

- kompleksową opiekę oraz poprawę dostępności do



Opieka AOS nad kobietami w ciąży w 2014 roku



świadczeń we wszystkich tygodniach ciąży, podczas porodu i w okresie połogu;

- zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych bez kolejki przez ten sam zespół medyczny;
- udzielanie świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi niezwłocznie w razie potrzeby (dostępność 24h/dobę);
- realizację świadczeń zgodnie z przyjętymi standardami tj.:
 - a) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem [Dz.U. 2012, póź. 1100];
 - b) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardu postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. 2015, póź. 2007); • możliwość bieżącej konsultacji lub - w przypadku wskazań medycznych - objęcia opieką w ośrodkach III poziomu referencyjnego.

W ramach opieki koordynowanej zespół zapewniłby całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży aż do zakończenia okresu połogu. Opieka obejmować będzie także okres po urodzeniu dziecka, gwarantując wizyty położnej podstawowej opieki zdrowotnej w domu, w tym praktyczną edukację związaną z opieką nad noworodkiem oraz karmieniem piersią. Dzięki takiemu rozwiązaniu kobieta zyskuje kompleksową opiekę, a co za tym idzie poczucie bezpieczeństwa na każdym etapie ciąży i porodu oraz opieki nad nowonarodzonym dzieckiem.

Projekt wprowadzenia opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży przewiduje, że w I etapie od kwietnia 2016 roku, wprowadzony zostanie pilotaż dedykowany kobietom w ciąży fizjologicznej.

Będzie on poprzedzony konsultacjami, które przeprowa-

dzone zostaną w styczniu 2016 r., natomiast publikacja zarządzenia planowana jest na marzec 2016 r.

W związku z wejściem w życie w dniu 1 czerwca 2016 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ciąży patologicznej, w II etapie planowane jest wprowadzenie do pilotażu Programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży patologicznej.

Wprowadzenie nowej formy finansowania opieki nad kobietą w ciąży, powinno przynieść pozytywne efekty zarówno dla kobiet, jak i realizatorów programu. Ciężarne będą mogły uzyskać ciągłą opiekę realizowaną przez jeden zespół medyczny, dokonać wyboru, czy - w przypadku ciąży fizjologicznej - wiodącą osobą, która będzie się nią opiekować będzie położna czy lekarz ginekolog - położnik. Z kolei szpital - koordynator programu - będzie mógł zapewniając jakość, ciągłość i kompleksowość opieki skorzystać z nowego sposobu rozliczenia. Szpital, który zdecyduje się przystąpić do pilotażu może liczyć na wyższe finansowanie oparte o ryczałt. Obecnie średni poziom finansowania opieki nad kobietą w ciąży w ramach AOS i SZP to ok. 4 000 zł (*obliczony z danych retrospektywnych dla wszystkich kobiet, które urodziły w roku 2014*). W ramach pilotażu placówka, która zapewni kompleksową opiekę może liczyć na wyższe, atrakcyjniejsze finansowanie pod warunkiem zagwarantowania jakości opieki.

Do pilotażu mogą przystąpić te placówki, które deklarują minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczyć dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej. Warto podkreślić, że ciężarna będzie mogła zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży.

NFZ będzie monitorował parametry jakości poprzez ocenę wybranych kryteriów medycznych wskazanych przez ekspertów (w tym m.in. liczbę cięć cesarskich, umieralność okołoporodową), a także poprzez ocenę satysfakcji pacjentek w specjalnej ankiecie. Pacjentki odpowiedzą w niej m.in. na pytania: czy w sytuacjach nagłych mogła Pani liczyć na poradę lekarską w naszej poradni; czy w razie potrzeby, otrzymywała Pani skuteczne leczenie przeciwbólowe; czy w razie potrzeby, położna pomagała w czynnościach pielęgnacyjnych przy dziecku; czy, gdyby można cofnąć czas, wybrałaby Pani ponownie nasz szpital jako miejsce swojego porodu?

Pierwsze umowy na realizację programu miałyby być podpisywane od 1 kwietnia przyszłego roku. Pilotaż ma potrwać do 30 czerwca 2017 roku.

Stanowisko nr 1 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 lutego 2016 roku

W sprawie projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zauważa, że w ostatnim czasie został stworzony system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem, określony w szczególności poprzez:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);

- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997);

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

Wspomniany system dopiero zaczyna działać, głównie za sprawą wprowadzenia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1514), mającego na celu uszczelnienie opieki nad ciężarną, kobietą rodzącą, położnicą oraz noworodkiem, których efekty oraz skuteczność będzie można ocenić w dłuższej perspektywie czasu.

W świetle powyższego należałoby zastanowić się nad celowością i zagrożeniami wprowadzenia w życie tak daleko idących nowych rozwiązań organizacyjnych i prawnych w zakresie opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych istniejący system opieki nad kobietą w ciąży, w porodzie i połogu oraz noworodkiem w swoich założeniach zabezpiecza właściwą opiekę pod warunkiem realizacji przepisów prawa zawartych w wyżej wymienionych aktach prawnych. Zgodnie z założeniami na etapie tworzenia standardów opieki okołoporodowej miały być przeprowadzone szkolenia dla personelu medycznego poszczególnych szczebli opieki i szeroka kampania informacyjna dla społeczeństwa. Spełnienie tych warunków pozwoliłoby na zaistnienie w pełni skutecznego i efektywnego systemu opieki.

Jednocześnie poniżej przedstawiamy uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC):

1) W treści projektu wszystko jest podporządkowane poradnictwu ambulatoryjnemu – nie ma mowy o pracy z ciężarną, matką i noworodkiem w środowisku domowym. Pacjentka ma prawo do wizyt patronażowych w środowisku zamieszkania (w domu). W projekcie nie ma wskazanej opieki w środowisku domowym (nie jest także w projekcie finansowana taka procedura), w związku z czym istnieje obawa, że świadczenia przedporodowe i poporodowe będą realizowane wyłącznie w poradni ambulatoryjnej. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) daje kobietom ciężarnym również możliwość porodu w domu lub w domu narodzin, a taki model opieki tego nie zapewnia. Ograniczona praca w środowisku daje mniejsze efekty rozpoznawania problemów zdrowotnych i socjalnych oraz edukacji zdrowotnej rodziny.

2) Istnieje realne zagrożenie braku pełnej opieki położnej w małych miejscowościach i środowisku wiejskim, szczególnie dla mniej zamożnych pacjentek. Pacjentki z małych miejscowości, w których szpital jest oddalony o kilkanaście kilometrów, mogą mieć utrudniony regularny dostęp do świadczeń, w szczególności, gdy żaden lekarz czy położna z okolicy nie będą uczestniczyć w programie. Generuje to przede wszystkim niezadowolenie pacjentów oraz dodatkowe koszty (np. dojazdu).

3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/jej ciążę, gdyż będzie on zawężony do osób, które tworzą zespół w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).

4) Nie widzimy możliwości, aby była jednocześnie możliwa opieka wybranej położnej nad pacjentką w czasie ciąży, porodu, połogu. Z projektu wynika, że będzie nadal brak ciągłości w opiece – inny personel zajmuje się kobietą w ciąży, inny podczas porodu i w czasie połogu. Zmienia się tylko finansowanie świadczeń z korzyścią dla podmiotu koordynującego.

5) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych definicji pojęć: „rozporządzenie o opiece okołoporodowej” i „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej”, odpowiadających odpowiednio rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia

z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), przewidujących określone standardy związane z opieką okołoporodową, co należy uznać za konsekwencję wprowadzenia do zarządzenia nowego zakresu świadczeń zdrowotnych – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do zarządzenia, w związku z wprowadzeniem nowego zakresu świadczeń zdrowotnych, ani definicji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego (Dz. U. poz. 1997), ani żadnych odesłań do standardów określonych w tym rozporządzeniu. Chociaż standardy te stosuje się w postępowaniu medycznym w zakresie łagodzenia bólu porodowego w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (§ 2 cyt. rozporządzenia), to – zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC) – przedmiotem tej umowy ma być udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej również w zakresie leczenia szpitalnego. Rozporządzenie to – jak się wydaje – powinno być chociażby wskazane w § 1 ust. 2 wzoru przedmiotowej umowy, w którym zostały wskazane zasady i warunki wykonywania umowy. Nieuzasadnione bowiem wydaje się, aby standardy te nie były stosowane w sytuacji porodu przeprowadzanego w szpitalu;

6) Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informacyjne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r. Jak się wydaje, w projekcie chodzi o dane dotyczące usługobiorców (dane osobowe, jednostkowe dane medyczne oraz datę dokonania wpisu) przetwarzane w systemie informacji w ochronie zdrowia;

7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń

medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i połogiem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń

związanych z położnictwem w ramach AOS oraz leczenia szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych;

8) Do projektu został dołączony załącznik określający wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC), przy czym projekt nie przewiduje wprowadzenia takiego załącznika do zarządzenia (o takiej zmianie nie ma mowy w § 1 projektu). Wyłącznie na podstawie innych zmian do zarządzenia przewidzianych w projekcie można domniemywać, że przedmiotowy wzór ma stanowić nowy załącznik nr 2f do zarządzenia. Należy jednakże stwierdzić – biorąc pod uwagę kolejność załączników do zarządzenia – że załącznik ten powinien zostać umieszczony po załączniku nr 2d do zarządzenia a przed załącznikiem nr 2e do zarządzenia (wzór aneksu do umowy);

9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnotowuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”.

Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i połogu”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powsta-

Projekt wprowadza zmianę do zarządzenia, zgodnie z którą świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC) obowiązany jest do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej realizacji świadczeń w oparciu o narzędzie informacyjne udostępnione przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Pojęcie „elektroniczna dokumentacja medyczna” należy rozumieć zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy (...) o systemie informacji w ochronie zdrowia (...). Pamiętać przy tym należy, że odpowiednie przepisy tej ustawy (art. 11) wprowadzające obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wejdą w życie dopiero z dniem 1 sierpnia 2017 r.

je również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuację mogące skutkować nadużyciami.

10) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 5, wskazano parametr jakościowy do oceny udzielania świadczeń dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego – „odsetek ciężarnych, u których zrealizowany został pełny schemat opieki, przewidziany dla ciąży fizjologicznej i patologicznej zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia o opiece okołoporodowej oraz o opiece w ciąży patologicznej – 100%”. Powstaje wątpliwość, czy taki parametr jest możliwy do osiągnięcia.

11) Finansowanie i rozliczanie świadczenia Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KC):

- Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia.
- Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów.

12) Załącznik nr 2 – Warunki wymagane:

- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.3** – w przedstawionym projekcie uwzględniono zbyt małą liczbą położnych wchodzących w zespół (6 lekarzy + 1 położna). Może spowodować to niski poziom świadczeń zdrowotnych, brak czasu dla pacjenta: na edukację, profilaktykę. Należy podkreślić również, że zwiększy się czas na działania biurokratyczne, co jeszcze bardziej wpłynie na jakość świadczonych usług. Uważamy, że koniecznością jest dodanie położne: równoważnik co najmniej 0,44 etatu położnej na jedno łóżko dla pacjentek po porodzie w tym w systemie „matka z dzieckiem.”

Nadmieniam, iż takiego zapisu brakuje również w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 roku. W przywołanym Rozporządzeniu Ministra określono równoważniki zatrudnienia położnych dla neonatologii, lecz nie ma nic o opiece nad kobietą po porodzie, a przecież mamy do czynienia z przynajmniej dwójkiem pacjentów. Sytuacja ta powoduje zmniejszenie zatrudnienia w pionie położnych i obniżenie jakości świadczeń pielęgniarstwa.

- **W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki – minimalna l. porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t. c. – 600 rocznie)** – warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.
- **W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel** - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudniania, czy dodatkowego wynagradzania. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.

13) Załącznik nr 3 – Opis przedmiotu umowy, część P – opis świadczenia Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży:

- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym** – zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwagę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.
- **W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży** - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że w **ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.
- **W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia** - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.
- **W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń** - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich – poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).

14) Załącznik nr 5 – ankieta satysfakcji: Pytanie S7: Ocena położnych: Staranność wykonanych zabiegów/opatrunków – czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki.

15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne



Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

