



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

4 /2017
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

- 1 ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
1 ◆ INFORMACJA DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH – SMK
– SYSTEM MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH (SMK)
11 ◆ USTAWA O NAJNISZYM WYNAGRODZENIU ZASADNICZYM PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE
14 ◆ KORESPONDENCJA W SPRAWIE SPOSOBU USTALENIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
– STANOWISKO NR 9 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
– STANOWISKO PREZYDIUM OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
– PISMO WICEPREZES NRPIP DO PREZESA NRPIA STANU W MINISTERSTWIE ZDROWIA
– STANOWISKO NR 7 NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK
– PISMO PREZES NRPIA DO MINISTRA ZDROWIA
– PISMO SEKRETARZ STANU DO PREZESA NRPIA
– PISMO PREZES NRPIA DO MINISTRA ZDROWIA
26 ◆ APEL ORGANIZACJI PACJENTÓW, KONFERENCJA PREZESÓW TOWARZYSTW LEKARSKICH I SAMORZĄDÓW ZAWODÓW MEDYCZNYCH
29 ◆ KORESPONDENCJA PREZES NRPIA DO PREZESA NFZ ZESTAW PRZECIWWSTRZĄSOWY
32 ◆ KORESPONDENCJA PREZES NRPIA DO MZ W SPRAWIE REALIZACJI PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PIELEŃNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA W KOTEKSCIE REFORMY SYSTEMU OSWIATY
34 ◆ NOTATKA ZE SPOTKANIA W MINISTERSTWIE ZDROWIA W DNIU 10 LIPCA 2017R.
35 ◆ STANOWISKO XXII ZGROMADZENIA OGÓLNEGO ZWIĄZKU POWIATÓW POLSKICH
36 ◆ SZKODLIWOŚĆ PALENIA TYTONIU
– ANALIZA EKSPERCKA POLITYKI ZDROWOTNEJ
38 ◆ SPOTKANIE W PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOLE ZAWODOWEJ IM. ANGELUSA SILESUSA W WAŁBRZYCHU
– PREZENTACJA
– KORESPONDENCJA W SPRAWIE KSZTAŁCENIA PIELEŃNIAREK UKRAIŃSKICH POSIADAJĄCYCH DYPLOM BAKALAWRA
47 ◆ SYSTEM WERYFIKACJI PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU – INFORMACJA
48 ◆ TERMINARZ MEDYCZNY – NURSEUM
49 ◆ KONFERENCJE NAUKOWO- SZKOLENIOWE
– X JUBILEUSZOWY ZJAZD CENTRUM NAUKI O LAKTACJI
– ŚLĄSKA JESIEŃ ELEKTROKARDIOLOGICZNA
III ◆ PLATFORMA IBUK LIBRA

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELEŃNIARSTWA

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

PIELEŃNIARSTWA RATUNKOWEGO

– mgr WIESŁAW ZIELONKA Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
tel. 502 676 03, e-mail: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

PIELEŃNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław
tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95,
e-mail: kasiasalik1@wp.pl

PIELEŃNIARSTWA 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

PIELEŃNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

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

PIELEŃNIARSTWA 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.pielgniarka@4wsk.pl

PIELEŃNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO

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

OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK
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:

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

Bank Zachodni WBK 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:

Aleksandra Neter
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna Ś
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajcarz

Dyżur prawny:

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

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:

Iwona Michańczyk

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



Lato, urlopy za nami – pozostały wspomnienia i czas wracać do pracy. Co nowego nas czeka? Jakie zmiany? Co nas martwi? Co oburza?

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015r. poz.1991 z późn. zm.) od dnia 1 maja 2017r. zaczął obowiązywać System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK).

W przypadku kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych będą w nim przetwarzane dane w oparciu o art.67, art.71–73, art.76–79, art. 80 i 82 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z2016r. poz.1251 z późn.zm.) oraz § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

30 września 2016r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz.U. poz.1761). Oznacza to między innymi, że postępowania kwalifikacyjne na wszystkie rodzaje kształcenia, rozpoczynające się od dnia 1 lipca 2017r., będą odbywały się wyłącznie za pośrednictwem systemu SMK.

Na kolejnych stronach Biuletynu szczegółowe informacje, które będą bardzo pomocne.

Początki zawsze są trudne. Wniosek do weryfikacji i zatwierdzenia składa się tylko raz, należy jednak pamiętać, że warunkiem zatwierdzenia wniosku jest złożenie wniosku o weryfikację uprawnień do okręgowej izby za pomocą systemu SMK po wcześniejszym założeniu konta w tym systemie.

Ważne jest, aby dane podawane we wniosku zgadzały się

z tymi, które są wpisane w rejestrze pielęgniarek i położnych.

16 sierpnia weszła w życie ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Ustawa budzi wiele wątpliwości w zakresie stosowania jej zapisów w praktyce. Świadczą o tym liczne telefony i pytania. W tym numerze – korespondencja NIPiP, stanowiska Prezydium NRPIP, NRPIP oraz OZZPIP w przedmiotowej sprawie.

24 sierpnia 2017r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu odbyło się spotkanie pt. „Współpraca pracodawców, samorządów uczelni wyższych remedium na postępujący brak specjalistycznej opieki pielęgniarskiej”.

To tylko nieliczne sprawy, tematycznie zamieszczone na kolejnych stronach Biuletynu Informacyjnego.

Serdecznie zapraszam

*Maria Pałeczka
Przewodnicząca ORPIP*

INFORMACJA DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK)

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1991 z późn. zm.), od dnia 1 maja 2017 r. za pośrednictwem **Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych** zwanego dalej SMK będą przeprowadzane:

- postępowania kwalifikacyjne dopuszczające do specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego, specjalistycznego i dokształcającego,
- składanie wniosków o dopuszczenie do egzaminu państwowego.

DO KORZYSTANIA Z SMK NIEZBĘDNE BĘDĄ:

- dostęp do Internetu,
- adres e-mail,
- zainstalowana wersja oprogramowania Java 7 z najnowszą aktualizacją,
- przeglądarka internetowa Mozilla Firefox, Internet Explorer (najnowsze wersje).

Kształcenie rozpoczęte do dnia 30 czerwca 2017 r. będzie kontynuowane do chwili jego zakończenia na dotychczasowych zasadach.

Kształcenie rozpoczynające się od dnia 1 lipca 2017 r. będzie prowadzone wyłącznie za pośrednictwem SMK.

ABY UZYSKAĆ ZATWIERDZENIE WNIOSKU ZA POŚREDNICTWEM SMK NALEŻY:

- zaktualizować dane w Rejestrze Pielęgniarek i Położnych:
 - arkusz aktualizacyjny (naniesione wszystkie informacje w nim zawarte)
 - dokumenty potwierdzające ukończenie szkoleń podyplomowych (kurs dokształcający, specjalistyczny, kwalifikacyjny, szkolenie specjalizacyjne)

Wnioski składane w formie papierowej przyjmowane będą w siedzibie izby – wyłącznie przez pielęgniarkę/położną, pielęgniarza osobiście.

Osoby, które ukończyły szkolenia podyplomowe, które nie można wybrać z listy (np. szkolenie specjalizacyjne z organizacji i zarządzania, w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego) nie są wpisywane za pośrednictwem SMK, muszą być wpisane do rejestru pielęgniarek i położnych.

Brak udokumentowanego, ukończonego szkolenia podyplomowego w rejestrze pielęgniarek

i położnych będzie podstawą do odrzucenia wniosku

Każda osoba, która ukończy szkolenie rozpoczęte po 1 lipca 2017r. ma obowiązek udokumentować to w rejestrze pielęgniarek i położnych (dyplom, zaświadczenie złożyć w OIPiP w Wałbrzychu). Oryginał jest własnością uczestnika szkolenia, my potwierdzamy za zgodność.

Wszelkie informacje dotyczące zatwierdzenia wniosku za pośrednictwem SMK można otrzymać dzwoniąc pod numer 74 842 33 25.

SYSTEM MONITOROWANIA KSZTAŁCENIA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH (SMK)



ZAŁOŻENIE KONTA

W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie **założenie konta w tym systemie**.

Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć założyć konto.

Jeżeli nic się nie otwiera proszę zobaczyć czy u dołu strony nie wyświetla się komunikat z informacją "Ta strona sieci Web chce uruchomić następujący dodatek: Java..." i kliknąć zezwól. Jeżeli nie ma nawet komunikatu należy zainstalować darmowe oprogramowanie Java do pobrania tutaj <https://www.java.com/pl/download/>

niczną w zakresie SMK można uzyskać telefonicznie:

(22) 597 09 75,

(22) 492 50 05,

(22) 597 09 80,

(22) 492 50 19,

(22) 597 09 76,

(22) 203 27 66

oraz mailowo: **smk-serwis@csioz.gov.pl.**

Pomoc świadczona w dni robocze, w godzinach od 9.00 do 15.00.

3. E-mail mógł trafić do katalogu „spam”, proszę sprawdzić zawartość katalogu.

Wypełniamy wniosek o założenie konta użytkownika a następnie naciskamy przycisk złóż wniosek o założenie konta.

UWAGA!: Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2”

Powinniśmy otrzymać komunikat:

Na podany we wniosku adres e-mail przesłana zostanie informacja na temat założonego w SMK konta oraz informacja o założeniu konta na P2 SA.

W wiadomości dotyczącej założenia konta na P2 SA zostanie przesłane hasło, które należy zmienić podczas pierwszego logowania (szczegóły procesu zostaną wskazane w wiadomości od P2 SA).

W przypadku nie otrzymania e-maila z hasłem:

1. Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2” (jeżeli w procesie składania wniosku o założenie konta wskazane pole nie zostało pominięte, należy powtórnie złożyć wniosek).
2. Mógł wystąpić błąd podczas rejestracji konta (niepoprawny adres e-mail – możliwość weryfikacji tylko w oparciu o kontakt z infolinią SMK). Pomoc tech-

WNIOSEK O MODYFIKACJĘ UPRAWNIENI

Następnie należy ponownie wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć przycisk zaloguj w P2

Następnie klikamy Login/Hasło i za pomocą hasła które otrzymaliśmy na adres e-mail podany we wniosku logujemy się. **Loginem jest adres e-mail.**

Po zalogowaniu się do systemu będziemy mieli możliwość wyboru kontekstu pracy (po założeniu konta będziemy mieli tylko jedną rolę), którą należy wybrać.



Wybierz kontekst pracy

Nazwa roli	Grupa biznesowa	Grupa funkcjonalna	Podmiot	
Rola zerowa	Rola bez uprawnień	Użytkownik		Wybierz

Po wybraniu roli zerowej należy kliknąć na kafelek Wnioski o modyfikację uprawnień.

Na kolejnej stronie klikamy Nowy wniosek o modyfikację uprawnień.

Po wypełnieniu pól we wniosku o modyfikację uprawnień należy w części dodatkowe informacje zaznaczyć następujące pozycje:

- Jako grupa biznesowa odpowiednio:
 - Pielęgniarka
 - Położna

Grupa funkcjonalna:

- Użytkownik

Jednostka akceptująca wniosek:

- OIPIP
- i klikamy wybierz.

Po wybraniu Okręgowej Izby klikamy dalej

Na następnej stronie podajemy dane o numerze PWZ (Numer PWZ składa się z 7 cyfr plus litera A lub P na końcu) a w liście specjalizacji dane o ukończonych kształceniach. Pole tytuł naukowy uzupełniamy tylko w przypadku posiadania tytułu profesora.





Filtrowanie

Imię

Nazwisko

Stan


Wyczyść **Szukaj**

Pełna nazwa podmiotu

Pełna nazwa podmiotu	Skrócona nazwa podmiotu	Pełna nazwa jednostki	Skrócona nazwa jednostki	Województwo	Miasto	Nip	Akcje
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPIP w Białej Podlaskiej	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej	OIPIP w Białej Podlaskiej	Lubelskie	Biała Podlaska	5422084766	
Wybierz							
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPIP w Białymstoku	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku	OIPIP w Białymstoku	Podlaskie	Białystok	5422084766	


Podmiot Wybierz

Nowy podmiot

Anuluj Dalej 

Wniosek o modyfikację uprawnień

Pielegniarka

Numer PWZ 


Izba pielęgnarska która wystawiła pwz

Wystawca

Rodzaj

stałe ▼

Lista specjalizacji

Dodaj 

Pozostałe dane

Tytuł naukowy Stopień wojskowy Uczelnia

Następnie klikamy zapisz i powinniśmy zobaczyć komunikat:

Poprawnie wykonano akcję: Zapisz.

Dalej

Po kliknięciu dalej należy wybrać opcję podpisania wniosku w zależności od posiadanych podpisów:

Podpis EPUAP (bez konieczności przychodzenia do OIPiP) jeżeli dane podane we wniosku pokrywają się z danymi posiadanymi przez OIPiP). Szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj

<http://epuap.gov.pl/wps/portal>

Podpis kwalifikowany (bez konieczności przychodzenia do OIPiP) jeżeli dane podane we wniosku pokrywają się z danymi posiadanymi przez OIPiP).

Wniosek papierowy (najpierw drukuj potem złóż wniosek papierowy, **konieczna wizyta w OIPiP**).

Powrót Anuluj Podpisz podpisem EPUAP i wyślij Podpisz podpisem kwalifikowanym i wyślij Edytuj

Drukuj Złóż wniosek papierowy

Po podpisaniu wniosku zobaczymy potwierdzenie o poprawnym wykonaniu akcji.

Teraz musimy poczekać aż Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zweryfikuje wniosek. Jeśli wszystkie dane będą poprawnie wprowadzone to po kolejnym zalogowaniu oprócz roli zerowej będą mogli Państwo wybrać rolę Pielęgniarki/Położnej na której będą mogli Państwo już pracować w systemie.

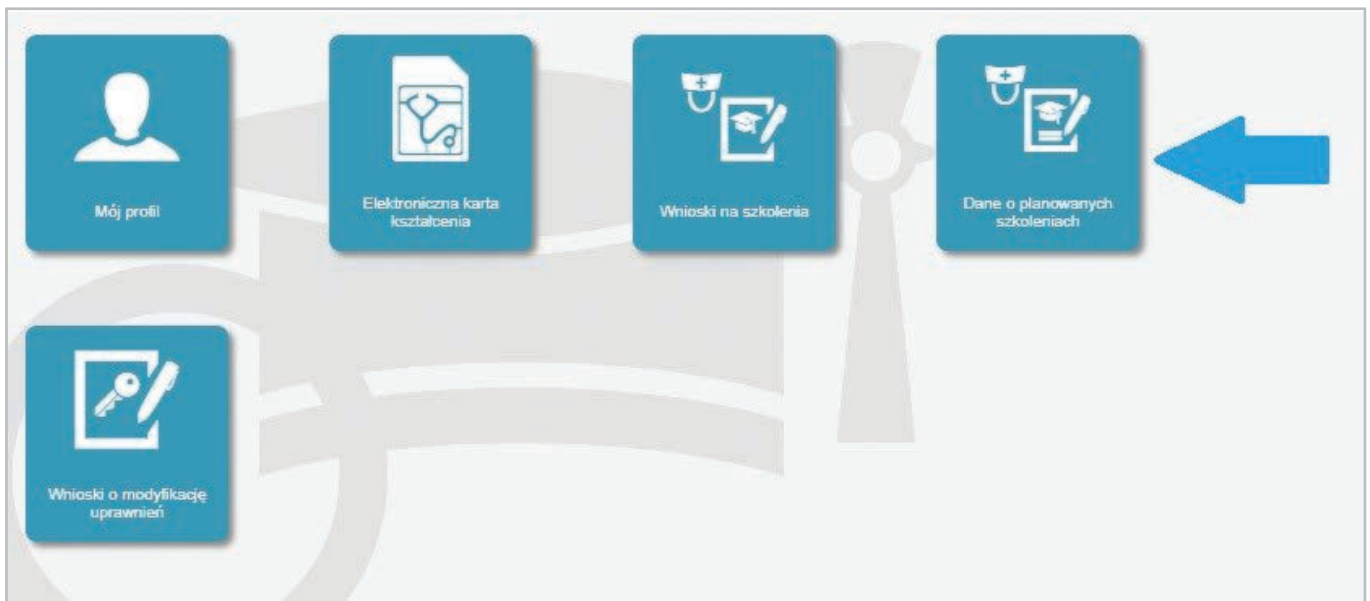
POPRAWIANIE DANYCH WPROWADZONYCH PRZY ZAKŁADANIU KONTA:

W przypadku potrzeby poprawienia np. nazwiska w dopelniaczu mamy możliwość dokonania zmian po zalogowaniu systemu poprzez wejście w kafelek "mój profil" a następnie na samym dole kliknięciu przycisku edytuj.

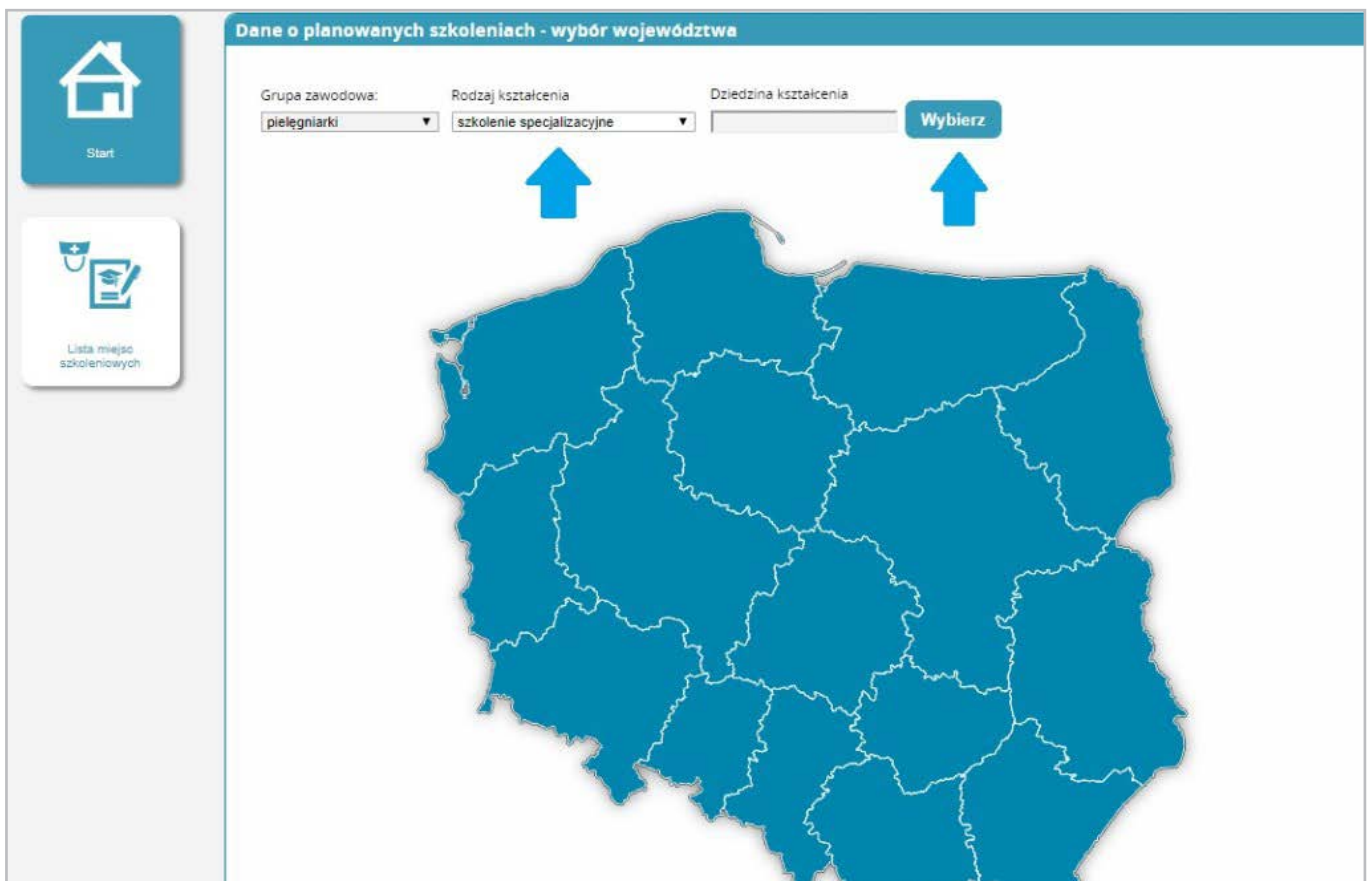
Po dokonaniu zmian musimy pamiętać o ponownym zaznaczeniu oświadczeń i kliknięciu przycisku zapisz.

ZAPISYWANIE SIĘ NA KURSY/SZKOLENIA

Po zalogowaniu się do systemu wchodzimy w kafelek "Dane o planowanych szkoleniach"



Następnie wybieramy rodzaj kształcenia a potem dziedzinę kształcenia poprzez przycisk wybierz.



Po kliknięciu wybierz wybieramy już konkretną dziedzinę poprzez kliknięcie w pole Akcje i naciśnięcie przycisku “Wybierz”

Filtrowanie

Nazwa dziedziny kształcenia

Kod

Rodzaj kształcenia
 szkolenie specjalizacyjne

Grupa zawodowa

Status
 Aktywna

Wyczyść Szukaj

Dziedziny kształcenia

Nazwa	Kod	Rodzaj kształcenia	Grupa zawodowa	Status	Akcje
Pielęgniarstwo chirurgiczne	N10	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Wybierz Szczegóły					
Pielęgniarstwo chirurgiczne	N16	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki i położne	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo geriatryczne	N05	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo onkologiczne	N13	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo operacyjne	N11	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	N15	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	N19	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo pediatryczne	N09	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo psychiatryczne	N14	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo ratunkowe	N28	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarzek	N01	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Ochrona zdrowia pracujących	N02	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo neonatologiczne	N18	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki i położne	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo internistyczne	N23	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵
Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki	N12	szkolenie specjalizacyjne	pielęgniarki	Aktywna	⌵

<< < 1-15 z 15 > >> na Stronie: 10 30 40


Pokazuje nam się mapa z liczbą prowadzonych szkoleń wybieramy województwo na terenie którego chcemy odbyć szkolenie.

Dane o planowanych szkoleniach - wybór województwa


Grupa zawodowa: pielęgniarci
 Rodzaj kształcenia: szkolenie specjalizacyjne
 Dziedzina kształcenia: Pielęgniarstwo chirurgiczne **Wybierz**

Województwo	Liczba szkoleń
Pomorskie	85
Warmińsko-Mazurskie	95
Zachodniopomorskie	100
Kujawsko-Pomorskie	144
Podlaskie	80
Wielkopolskie	185
Mazowieckie	306
Łódzkie	95
Dolnośląskie	85
Lubelskie	40
Świętokrzyskie	110

Pojawi nam się lista z datami rozpoczęcia oraz organizatorami kształcenia poprzez pole akcje wybieramy u którego organizatora i w jakim terminie chcemy się kształcić i klikamy złożyć wnioszek.



Start



Lista miejsc szkoleniowych

Filtrowanie

Program kształcenia **Wybierz**

Nazwa

Planowana data rozpoczęcia
od **Wybierz**
do **Wybierz**

Planowana data zakończenia
od **Wybierz**
do **Wybierz**

Rodzaj kształcenia

Grupa zawodowa

Organizator kształcenia podyplomowego **Wybierz**

Dziedzina Kształcenia

Plany kształcenia

Dziedzina kształcenia	Organizator kształcenia podyplomowego	Data rozpoczęcia	Data zakończenia	Miejscowość odbywania się zajęć	Akcje
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-11-24	2019-05-26		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-10-20	2019-05-24		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-09-16	2019-04-27		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-10-06	2019-04-29		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2018-04-27	2019-09-27		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-10-27	2019-05-27		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-09-15	2019-04-15		
Pielęgniarstwo chirurgiczne		2017-12-02	2019-05-11		

<< < 1-8 z 8 > >> na Stronie: 10 z 40

Anuluj

Pojawia nam się wniosek na kształcenie które wybraliśmy i wprowadzamy niezbędne dane:

Zatrudnienie

Nazwa i adres podstawowego miejsca pracy

Nazwa okręgowej izby pielęgniarzek i położnych, właściwej dla miejsca zatrudnienia

Wybierz

Staż pracy

Ogółem W okresie ostatnich pięciu lat Zgodny z kierunkiem

! ! ! ←

Potwierdzenie stażu pracy

Dodaj ←

Czy w ciągu ostatnich 5 lat odbywała Pani / odbywał Pan specjalizację dofinansowaną ze środków publicznych (przy czym przez „odbywanie specjalizacji” rozumie się również przerwanie specjalizacji / rezygnację ze specjalizacji w trakcie jej trwania)?

Tak Nie

Jeżeli TAK, proszę podać datę zaliczenia specjalizacji / przerwania specjalizacji / rezygnacji ze specjalizacji

Pozostałe dane

Srednie zawodowe	Licencjat pielęgniarstwa	Licencjat położnictwa	Licencjat w innej dziedzinie	Magister pielęgniarstwa	Magister położnictwa	Magister w innej dziedzinie	Stopień naukowy doktora	Stopień naukowy doktora habilitowanego
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

←

Data uzyskania dyplomu Tytuł zawodowy Numer PWZ Data uzyskania PWZ PWZ wydane przez

! ! ! !

←

Akceptujemy oświadczenia i klikamy zapisz, Następnie klikamy Dalej,

Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte w profilu użytkownika, a w szczególności dane osobowe, dane dotyczące miejsca pracy, wykształcenia i specjalizacji są aktualne.

! ←

Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego: 'Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.'

! ←

Zapisz **Anuluj**

↑

Poprawnie wykonano akcję: Zapisz.

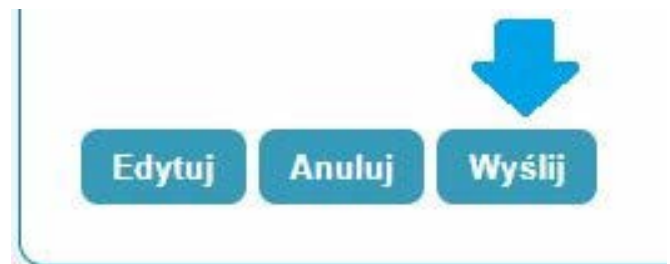
Dalej ←

Przenosi nas do Listy wniosków na szkolenia gdzie ponownie wybieramy wniosek który przed chwilą robiliśmy poprzez pole akcje i klikamy szczegóły.



Przesuwamy stronę na sam dół wniosku gdzie tym razem pojawił nam się przycisk wyślij na który klikamy.

W tym momencie nasz wniosek trafił do organizatora kształcenia i oczekuje na rozpatrzenie.



USTAWA O NAJNIŻSZYM WYNAGRODZENIU ZASADNICZYM PRACOWNIKÓW WYKONUJĄCYCH ZAWODY MEDYCZNE

16.08.2017 r. weszła w życie ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawa budzi wiele wątpliwości w zakresie stosowania jej zapisów w praktyce.



USTAWA z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Art. 1.

Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Art. 2.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;
- 2) podmiot leczniczy – podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, 1948 i 2260);
- 3) pracownik wykonujący zawód medyczny:
 - a) osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,
 - b) osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej

polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo -zdrowotnej.

Art. 3. 1.

Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

- 1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;
- 2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa or-

ganizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

- 3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;
- 4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:

- a) kierownik podmiotu leczniczego,
- b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; Dziennik Ustaw – 2 – Poz. 1473
- 5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:

- a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w pełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.

3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.1)).

4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze

pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.

Art. 4.

Kontrolę wykonywania przepisów art. 3 przeprowadza:

- 1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na zasadach określonych w tej ustawie;
- 2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy (Dz. U. z 2017 r. poz. 786 i 962).

Art. 5.

W porozumieniu albo zarządzeniu określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia osoby zatrudnionej w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonywującej zawodu medycznego, tak aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Przepisy art. 4 stosuje się odpowiednio.

Art. 6. 1.

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

- 1) 2017 r. – 0 zł;
- 2) 2018 r. – 64 086 tys. zł;
- 3) 2019 r. – 102 457 tys. zł;
- 4) 2020 r. – 195 666 tys. zł;
- 5) 2021 r. – 302 924 tys. zł;
- 6) 2022 r. – 727 171 tys. zł;
- 7) 2023 r. – 727 171 tys. zł;
- 1) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173 i 2250 oraz z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139, 1200, 1292, 1321, 1386 i 1428. Dziennik Ustaw – 3 – Poz. 1473
- 8) 2024 r. – 727 171 tys. zł;
- 9) 2025 r. – 727 171 tys. zł;
- 10) 2026 r. – 727 171 tys. zł;
- 11) 2027 r. – 727 171 tys. zł.
2. Liczbę wolnych miejsc szkoleniowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów w poszczególnych dziedzinach medycyny w trybie rezydentury ustala się na dany rok, uwzględniając limit wydatków określony w ust. 1 pomniejszony o wysokość środków budżetowych przeznaczonych na sfinansowanie kosztów związanych z realizacją obowiązkowych staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów.
3. Organem właściwym do monitorowania wykorzystania limitu wydatków, o których mowa w ust. 1, oraz wdrożenia mechanizmu korygującego, o którym mowa w ust. 2, jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 7.

Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Art. 8. W 2017 r. porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 3, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 9.

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

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej:
A. Duda
Dziennik Ustaw – 4 – Poz. 1473

Załącznik do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. (poz. 1473) WSPÓŁCZYNNIKI PRACY

LP.	GRUPY ZAWODOWE WEDŁUG KWALIFIKACJI WYMAGANYCH NA ZAJMOWANYM STANOWISKU	WSPÓŁCZYNNIK PRACY
1.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3.	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4.	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją	1,05 – 4,095
8.	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73 – 2,847
9.	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64 – 2,496
10.	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9, wymagający średniego wykształcenia	0,64

Co to oznacza praktycznie:

Art. 3 ust. 1 pkt 5), ppkt a) na dzień **1 lipca 2017 r.** wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

Art. 7. Do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i **kwoty 3900 zł brutto**.

W w/w rubrykach w poz. 7- 9 – dotyczy pielęgniarek i położnych, obok współczynnika pracy, kolorem czerwonym wpisana jest kwota najniższego wynagrodzenia zasadniczego, która wliczona jest zgodnie z art. 7 ustawy. Różnica pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym (kwota w kolorze czerwonym) a wynagrodzeniem zasadniczym pielęgniarki/pielęgniarsza i położnej, od 1 lipca 2017r. musi zostać podwyższona co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę – art. 3 ust. 1 pkt 5) ppkt a).

Ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie uzyskała akceptacji Samorządu Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

KORRESPONDENCJA W SPRAWIE SPOSOBU USTALENIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

MACZELNA RADA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
z siedzibą w Warszawie
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10
tel. (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60

Stanowisko Nr 9 Prezydium

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 22 sierpnia 2017 roku

w sprawie pilnej nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Skierowane do

Ministra Zdrowia

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), Prezydium NRPiP wnosi o pilną jej nowelizację z uwagi na bardzo krzywdzące i nierówne traktowanie osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej wobec innych grup wykonujących zawody medyczne.

Prezydium NRPiP popiera działania strony rządowej dotyczące kompleksowego uregulowania kwestii wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Jednak w związku z brakiem akceptacji przez Ministerstwo Zdrowia postulatów dotyczących wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zawartych w Stanowisku Nr 7 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych ponownie apelujemy w tej sprawie.

Prezydium NRPiP wnosi o dokonanie pilnej nowelizacji przedmiotowej ustawy w następujących kwestiach:

- I. Zmiana Załącznika do ustawy – tabeli określającej współczynniki pracy w pkt 7-9 w następujący sposób:
 1. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,05;
 2. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarka lub położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,0;
 3. Pielęgniarka lub położna bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 0,74.
- II. Niezależnie od powyższego, treść Załącznika do ustawy powinna być sformułowana w sposób jednoznacznie przewidujący, że wyższy współczynnik pracy przysługuje pielęgniarce lub położnej **posiadającej** wykształcenie wyższe (magister pielęgniarstwa, magister położnictwa) lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa.
- III. Wprowadzenie wyraźnego zapisu w art. 3 ust. 3 ustawy, określającego, że środki finansowe zagwarantowane pielęgniarkom i położnym w ramach zawartego Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NRPiP, i określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 roku poz. 1793 z późn. zm.) na wzrost wynagrodzeń w latach 2015-2019 i lata następne, są niezależne od uregulowań wynagrodzenia przewidzianego w ustawie z dnia 08 czerwca 2017 r.

Prezydium NRPiP stanowczo sprzeciwia się jakimkolwiek, niekorzystnym dla pielęgniarek i położnych zmianom w zakresie realizacji w/w Porozumienia. Domagamy się kontynuacji przyjętych w nim zobowiązań, zgodnie z deklaracją obecnie urzędującego Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła.

Powyższe propozycje są wyrazem słuszych oczekiwań naszego środowiska w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę. Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej z uwagi na drastycznie i systematycznie rosnące niedobory kadry pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska

STANOWISKO PREZYDIUM OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

w sprawie wykonania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



Nasza organizacja od początku krytykowała sposób procedowania w/w Ustawy i sprzeciwiała się narzuconym przez Ministerstwo Zdrowia współczynnikom pracy, które są w naszym przekonaniu zaniżone i dała temu wyraz w jednoznacznie negatywnej opinii skierowanej do Ministra Zdrowia w dniu 27.10.2016 r. Sprzeciwiała się również nieracjonalnemu wydłużeniu okresu przejściowego dla tej ustawy i zamrożeniu na okres trzech lat współczynnika pracy na poziomie 3.900,-zł.

Brak akceptacji postulowanych przez OZZPiP współczynników pracy oczywiście całkowicie wywrócił również proponowany pierwotnie podział na grupy zawodowe. Podział na grupy zawodowe był nierozzerwalnie związany z postulowanymi przez OZZPiP współczynnikami pracy, a te miały zależeć od corocznych Komunikatów Prezesa GUS obejmujących obwieszczenie o przeciętnym wynagrodzeniu w gospodarce narodowej za poprzedni rok kalendarzowy.

Zgodnie z Komunikatem Prezesa GUS z dnia 09.02.2017r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2016 r. przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej w 2016 r. wyniosło 4.047,21 zł.

Propozycja OZZPiP złożona Ministerstwu Zdrowia w 2015r. (określała minimalne wynagrodzenie brutto i nie była związana z pracami nad w/w ustawą, bo takie nie były wówczas prowadzone) w pierwotnym brzmieniu przedstawiała się w następujący sposób:

- 1) Pielęgniarka/położna z tytułem magistra ze specjalizacją – 2-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej tj. 8.094,42 zł. miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego,
- 2) Pielęgniarka/położna ze specjalizacją – 1,75-krotność przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej tj. 7.082,62 zł. miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego,
- 3) Pielęgniarka/położna bez specjalizacji – 1,5-krotność

przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w gospodarce narodowej tj. 6.070,81 zł. miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

Kpiną ze strony Ministerstwa Zdrowia jest ogłaszanie obecnie jakoby OZZPiP zgodził się na podział pielęgniarek i położnych na trzy grupy. Prawda jest taka, że taka zgoda była tylko i wyłącznie w przypadku powiązania tych trzech grup z proponowanymi przez nas współczynnikami pracy (oraz spłaszczeniem różnic pomiędzy poszczególnymi trzema grupami). Nieuczciwie i obraźliwie jest obecnie twierdzenie przez Ministerstwo Zdrowia, że podział pielęgniarek i położnych jest zgodny z wolą Związku Zawodowego. Prawda jest taka, że Ministerstwo Zdrowia przyjęło z naszej propozycji tylko to co było z ich punktu widzenia dla strony rządowej wygodne tj. podział na trzy grupy zawodowe. Ministerstwo Zdrowia milczy natomiast co do publicznej informacji o tym, że samo jednostronnie zaproponowało abstrakcyjnie niskie współczynniki pracy, nie pisze że drastycznie zaniżyło współczynnik pracy dla ostatniej (trzeciej) grupy zawodowej pielęgniarek i położnych (współczynnik 0,64), a także w sposób kompletnie nieracjonalny zwiększyło różnice pomiędzy trzema grupami. Przykładowo w naszej propozycji różnica pomiędzy pierwszą, a trzecią grupą wynosiła 25%. W propozycji współczynników pracy w wersji Ministerstwa Zdrowia ta różnica pomiędzy pierwszą a trzecią grupą wynosi już 39,05%.

Skoro Ministerstwo Zdrowia nie zaakceptowało naszej pierwotnej propozycji rozumianej jako propozycja kompleksowa, to powinno się podział naszych grup zawodowych przeprowadzić analogicznie do innych grup medycznych mających tak jak pielęgniarki tytuł licencjata, magistra, specjalizację i przypisać do nich takie same współczynniki pracy. Jeżeli wolą Ministerstwa Zdrowia było tak duże zredukowanie współczynników pracy, przy jednoczesnym wprowadzeniu tak odległych czasowo przepisów przejściowych to w naszej ocenie należało

rozbudować podział pielęgniarek i położnych na grupy zawodowe (dodając do tych trzech grup jeszcze przynajmniej dwie tj. pielęgniarki/położne z wykształceniem magisterskim oraz pielęgniarki/położne z licencjatem) oraz spłaszczyć różnice pomiędzy tymi grupami. To się niestety nie stało. Nasze postulaty w trakcie rozmów były ignorowane, a Ministerstwo Zdrowia ostatecznie przeforsowało najpierw w Rządzie, a potem w Parlamencie ustawę w swoim brzmieniu.

Podkreślamy: nie jest to ustawa, która otrzymała akceptację Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych!

Szczególnie wrażliwa społecznie jest ocena postępowania Ministerstwa Zdrowia, które przyjęło – również jednostronnie – podział na grupy zawodowe pozostałych pracowników medycznych. Dotyczy to szczególnie poz. 6 z Tabeli stanowiącej załącznik do ustawy tj. grupy farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w poz. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji. **Dla tej grupy zawodowej został przypisany współczynnik pracy na poziomie 0,73. Tymczasem pielęgniarki i położne posiadające wykształcenie wyższe, bez specjalizacji zostały usytuowane w poz. 9 dla której przypisano współczynnik pracy 0,64.**

Przypominamy również, że stronie społecznej do opinowania projektu ustawy o najniższym wynagrodzeniu przedstawiono podział grup zawodowych w innym kształcie, niż zostało to ostatecznie przyjęte. Pozycja nr 10 miała określony współczynnik pracy wynoszący 0,525 i w grupie tej znajdowali się pracownicy medyczni ze średnim wykształceniem – z wyłączeniem pielęgniarek, które obecnie tytuł zawodu pielęgniarki/położnej uzyskują w toku studiów wyższych, natomiast kwalifikacje pielęgniarek po liceach medycznych są uznane w Unii Europejskiej i nie ma podstaw prawnych, aby te pielęgniarki pomiędzy sobą różnicować – zwłaszcza, że te z długoletnim stażem pracy są bardzo często mistrzami w zawodzie. Komitet Stały Rady Ministrów w toku konsultacji rządowych nad projektem ustawy zmienił powyższą propozycję współczynników pracy i tym działaniem spowodował, że pielęgniarki z wyższym wykształceniem zrównane zostały we współczynnikach pracy z pracownikami o niższych kwalifikacjach zawodowych.

Czym się kierowało przy takim podziale Ministerstwo Zdrowia – kompletnie nie wiadomo. Przecież te grupy zawodowe powinny być usytuowane na tym samym poziomie. OZZPiP apelował o to, ale nie było żadnej reakcji ze strony Ministerstwa Zdrowia.

W uzasadnieniu projektu ustawy Ministerstwo Zdrowia wskazywało na art. 183c Kodeksu pracy zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie **wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku** (art. 183c § 3 Kodeksu pracy).

Wprowadzając takie zróżnicowanie pomiędzy grupą zawodową z poz. 6 (współczynnik pracy 0,73), a pielęgniarka-

mi i położnymi z wykształceniem wyższym (które przypisane są do poz. 9 ze współczynnikiem pracy 0,64) Ministerstwo Zdrowia doprowadziło w w/w ustawie do rozwiązań dyskryminujących nasze Koleżanki i Kolegów wykonujących zawód pielęgniarki i położnej i posiadających wyższe wykształcenie.

OZZPiP próbował w toku procesu legislacji doprowadzić do zmiany w/w zapisu (kierując postulaty do posłów i senatorów, którzy kierowali Interpelacje w tej sprawie), ale nie uzyskano żadnej zmiany. Jedyna nadzieja to obecnie próba wystąpienia z inicjatywą ustawodawczą w celu nowelizacji krzywdzącego zapisu. Z taką prośbą Związek wystąpi do Prezydenta RP prosząc go o podjęcie tej inicjatywy.

Ostatnia również niezmiernie wrażliwa kwestia to siłowe wprowadzenie do ustawy przez MZ dodatkowego zapisu, że pracodawcy dla potrzeb realizacji w/w ustawy będą mogli posiłkować się środkami jakie otrzymują na podstawie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz.U. z 2015r. poz. 1400 z późn. zm.).

Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych informuje publicznie, że Związek nie był autorem wprowadzenia do w/w ustawy art. 3 ust. 3. Przypominamy, że przepis ten brzmi:

Art. 3 ust. 3. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm).

Przepisy te zostały wprowadzone w trakcie prac nad w/w ustawą z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, bez konsultacji z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i bez jego akceptacji.

W tym miejscu pozostaje się odwołać do preambuły jaka została zapisana w Porozumieniu między OZZPiP, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ministerstwem Zdrowia i Narodowym Funduszem Zdrowia z dnia 23.09.2015r. Porozumienie to miało na celu:

- zapewnienie właściwego miejsca pielęgniarkom i położnym w systemie świadczeń opieki zdrowotnej,
- miało zadbać o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentami, poprzez zabezpieczenie ilości wykwalifikowanych kadr na należytych poziomach,
- miało stworzyć warunki powodujące wzrost atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej.

Żupełnie inny cel przyświecał natomiast wprowadzeniu w/w ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawa ta ma wprowadzić w odniesieniu do pracowników wykonujących zawody medyczne przepisy gwarantujące ochronę wynagrodzenia zasadniczego, **a dla grup zawodowych pracowników najmniej zarabiających ma stanowić gwarancję stopniowego – rozłożonego w czasie – podwyższania wynagrodzeń zasadniczych.** Celem tej ustawy jest ustalenie

najniższych wynagrodzeń zasadniczych, a więc minimalnego poziomu, poniżej którego pracodawca nie może ustalić wynagrodzenia zasadniczego. W ocenie Ministerstwa Zdrowia ustalenie dolnej granicy wysokości wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych ma pozwolić na stopniowe likwidowanie sygnalizowanego przez organizacje pracobiorców zjawiska wprowadzania oszczędności w podmiotach leczniczych poprzez ograniczanie wysokości wynagrodzeń.

Dodatkowo w/w ustawa ma stanowić systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do zniwelowania w latach 2017–2021 dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń podstawowych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie będzie mogło być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone na dzień 31 grudnia 2021 r.

Środki zapisane w Porozumieniu, a następnie w znowelizowanym Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. miały uatrakcyjnić wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej oraz zachęcić do podejmowania tego zawodu w Polsce i zatrzymać emigrację zarobkową. Ustawa o najniższym wynagrodzeniu zasadniczym (...) miała natomiast spowodować, że w podmiotach leczniczych w których poziomy wynagrodzeń zasadniczych odbiegają od średniej kraju zostanie wymuszony stopniowy ich wzrost. W efekcie spłaszczą się różnice w poziomach wynagrodzeń naszej grupy zawodowej w różnych podmiotach leczniczych i zostanie zahamowany

negatywny trend „podkupywania” pracowników przez podmioty lecznicze mające wyższe poziomy wynagrodzeń. Przy takim jak w/w zapisie art. 3 ust. 3 ustawy procesy wzajemnego „podkupywania” pracowników nasilił się tym bardziej, że pielęgniarek i położnych z roku na rok ubywa. Pierwszym momentem sprawdzenia będzie data 01.10.2017r. tj. data wejścia w życie obniżonego wieku emerytalnego. Co wówczas Pracodawcy zrobią, gdy nagle z rynku pracy ubędzie skokowo duża grupa pielęgniarek i położnych?

W tych warunkach Prezydium Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych apeluje do Pracodawców, aby realizując stopniowe wzrosty wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych nie posilkowali się w tym celu środkami otrzymywanymi jako środki oddzielnie wydzielone przez NFZ dla pielęgniarek i położnych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia. Skoro pozostali pracownicy medyczni mają otrzymać wzrosty wynagrodzeń ze środków własnych wypracowanych przez wszystkich pracowników Pracodawcy, to najbardziej sprawiedliwie społecznie byłoby pokrycie tych ustawowych wzrostów dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych także ze środków własnych Pracodawców.

*W imieniu Prezydium
Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku
Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Krystyna Ptok*



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.228.2016

Warszawa, dnia 28 października 2016r.

Pan
Piotr Warczyński
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W odpowiedzi na pismo, które wpłynęło do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w dniu 6 października 2016 roku, znak: DSP.0212.3.2016.EK(10) w sprawie przedstawienia opinii do projektu ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, uprzejmie informuję, iż Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o odrzucenie powyższego projektu w całości.

W projekcie ustawy nie wskazuje się źródeł finansowania projektowanych wynagrodzeń w podmiotach leczniczych. Zakłada się, iż skutek finansowy, który musiałby zostać poniesiony przez podmioty lecznicze w przypadku jednorazowego podwyższenia wynagrodzeń do docelowego poziomu najniższych wynagrodzeń obliczonych w sposób określony w projektowanej ustawie szacowany jest na około 6,7 mld zł w skali kraju i będzie obciążał podmioty lecznicze już od 2017 roku. Ministerstwo Zdrowia nakładając dodatkowe obciążenia na podmioty lecznicze nie zakłada w tym okresie zwiększenia wydatków na służbę zdrowia. W uzasadnieniu czytamy, iż podwyższenie najniższych wynagrodzeń „w założeniu ma się odbywać w oparciu o środki finansowe, które są dostępne w systemie, bez kreowania odrębnego źródła finansowania dla pracowników służby zdrowia”. Podmioty, których działalność opiera się wyłącznie o świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych pozbawione są więc możliwości sfinansowania wydatków na dodatkowe koszty wynagrodzeń. W strukturze kosztów, wynagrodzenia stanowią około 60-70% wszystkich kosztów wydatkowanych na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Wzrost tej grupy kosztów wskutek realizacji zapisów projektu ustawy wpłynie w sposób znaczący na pogorszenie się, i tak już trudnej (z powodu ciągłego niedofinansowania) sytuacji podmiotów leczniczych, a w szczególności szpitali. Projekt ustawy zakłada także, iż ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia uwzględnia sytuację i możliwości finansowe podmiotu leczniczego. Tak sformułowany zapis jest sprzeczny z podstawowymi założeniami projektowanej ustawy, skoro z góry zakłada się, że podmiot leczniczy może nie wprowadzić wzrostu wynagrodzeń powołując się na brak możliwości finansowych.

Projekt ustawy nie wprowadza jednoznacznych zapisów odnoszących się do kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych dokonanego na podstawie przepisów wydanych zgodnie z art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 z późn. zm.), zgodnie z Porozumieniem dwustronnym zawartym w dniu 23 września 2015 roku z Ministrem Zdrowia i Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak jest jednoznacznej gwarancji, że po 1 stycznia 2017 roku kolejne dwie transze zostaną wypłacone. Zaproponowane zapisy w projekcie ustawy budzą duże wątpliwości w tym zakresie. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że obecny wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zostanie zastąpiony projektowaną ustawą, w której nie gwarantuje się środków finansowych na podwyższenie wynagrodzeń.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie wyraża zgody na próby zmiany w zakresie wykonania Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku i oczekujemy realizacji przyjętych w nim zobowiązań. Wypracowany wówczas kompromis osiągnięty został z trudem i zapewnia obecnie spokój społeczny.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje dalszą kontynuację prac nad ustawowym uregulowaniem wynagrodzeń pracowników medycznych, z uwzględnieniem przedkładanego niejednokrotnie stanowiska NRPiP, aby minimalne wynagrodzenie miesięczne pielęgniarki i położnej ustalane było na podstawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale roku poprzedniego, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, przy zastosowaniu następujących krotkości:

- 1) pielęgniarki i położne – 1,50;
- 2) pielęgniarki i położne posiadające kurs kwalifikacyjny – 1,75;
- 3) pielęgniarki i położne posiadające specjalizację lub tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa albo tytuł zawodowy magistra położnictwa – 2,00.

W opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych uregulowanie na poziomie ustawowym minimalnego wynagrodzenia za pracę dla pielęgniarek i położnych pozwoliłoby na powstrzymanie nasilającej się ucieczki osób wykonujących zawody pielęgniarki i położnej poza te zawody albo poza granice państwa, jak również stale rosnącą dysproporcję między zarobkami pielęgniarek i położnych a innymi zawodami medycznymi. Pozwoliłoby to również na zwiększenie atrakcyjności zawodów pielęgniarki i położnej, a w konsekwencji na zachęcenie absolwentów studiów pielęgniarstwa i położniczych do podejmowania zatrudnienia w kraju. Efekty te przełożyłyby się na wzrost wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Rzeczypospolitej Polskiej na tysiąc mieszkańców i – w poważnym stopniu – na zbliżenie polskich warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej oraz poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku

Wiceprezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Mariola Łodzińska



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych


Stanowisko Nr 7
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 16 marca 2017 r.

w sprawie określenia minimalnego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że należy wnioskować o zapisy w aktach prawnych gwarantujące wynagrodzenie minimalne dla pielęgniarek i położnych na poziomie przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS przy zachowaniu następującej krotkości:

- 1) dla pielęgniarek/położnych – 1,5 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.
- 2) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa, magistra położnictwa lub z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa - 1,75 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.
- 3) dla pielęgniarek/położnych z tytułem magistra pielęgniarstwa , magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa - 2,0 przeciętnego minimalnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale poprzedniego roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

Sekretarz NRPiP


Joanna Walewander

Prezes NRPiP


Zofia Małas



NACZELNA IZBA PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NiPiP-NRPiP-DM-0025.138.2017

Warszawa, dnia 30 maja 2017r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z otrzymywanymi od członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych sygnałami o zaprzestaniu wypłacania podwyżek wynagrodzeń pielęgniarkom i położnym zatrudnionym w organach lub jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia albo nadzorowanych przez Ministra, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przekazanie informacji o wysokości środków finansowych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia tym podmiotom na podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w latach 2015 – 2017, a także przewidzianych do przekazania tym podmiotom w latach 2018 – 2019.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina zobowiązanie podjęte przez Ministra Zdrowia, zgodnie z którym wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w organach lub jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Zdrowia albo nadzorowanych przez Ministra miały wzrastać analogicznie do wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia, przewidzianych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

Zwiększenie wynagrodzeń w 2015 r. i z początkiem 2016 r. oraz niezwiększenie wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych we wspomnianych wyżej organach lub jednostkach organizacyjnych w okresie późniejszym (analogicznie do terminów przewidzianych w przepisach wymienionych wyżej rozporządzeń) powoduje coraz większe zróżnicowanie

wynagrodzeń w ramach jednej grupy zawodowej z pokrzywdzeniem pielęgniarek i położnych, których wynagrodzenia finansowane są z budżetu państwa.

Powyższa sytuacja jest nieuzasadniona i niczym nieusprawiedliwiona. Może również stać się powodem podejmowania przez zainteresowane pielęgniarki i położne decyzji o rezygnacji z zatrudnienia w sferze budżetowej, co z kolei pogłębiłoby istniejące już problemy z obsadą personalną jednostek budżetowych.

W związku z powyższym, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się o udzielenie informacji, jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Z. Małas
Zofia Małas

PPK.0762.10.2017.JJ

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 maja 2017 r. w sprawie podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Porozumienie zawarte w dniu 23 września 2015 r. pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem NFZ i Ministrem Zdrowia, jak również wynikające z niego rozporządzenie

Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146), zwane dalej rozporządzeniem OWU i rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), w sposób bezpośredni dotyczą wyłącznie pielęgniarek i położnych zatrudnionych w podmiotach posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Natomiast zgodnie z § 1 ust. 10 ww. Porozumienia, Minister Zdrowia zobowiązał się jedynie do przedstawienia do 10 października 2015 r. propozycji średniego wzrostu wynagrodzeń wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi, w przeliczeniu na etat/równoważnik etatu pielęgniarki/położnej, w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia, finansowanych z budżetu państwa.

Realizując powyższe, Minister Zdrowia poinformował Panią Prezes oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, że możliwe jest uruchomienie w 2015 roku środków na sfinansowanie podwyżek wynagrodzeń w kwocie średnio 400 zł brutto miesięcznie na etat (wraz z pochodnymi od wynagrodzeń) dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w tych jednostkach, od dnia 1 września do końca 2015 r. Wskazał również, że w ustawie budżetowej na 2016 r. nie zabezpieczono żadnych środków na kolejną transzę podwyżek, natomiast ewentualne podwyżki w latach następnych będą uzależnione od możliwości budżetu państwa.

Ponadto informuję, że w ustawie budżetowej na 2016 rok zostały zagwarantowane środki pozwalające na sfinansowanie skutków podwyżek z roku 2015, natomiast w ustawie budżetowej na 2017 rok w rezerwie celowej zostały zabezpieczone środki pozwalające na przyznanie kolejnej transzy podwyżki w wysokości średnio 400 zł na etat miesięcznie z wyrównaniem od dnia 1 stycznia br. Wniosek o uruchomienie tych środków został już skierowany do Ministra Finansów.

Reasumując, uprzejmie informuje, że kwestia podwyżek dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia finansowanych z budżetu państwa nie została uregulowana w żadnych przepisach i przyznanie środków na podwyżki dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w danej jednostce znajduje się w wyłącznej kompetencji dyrektora tej jednostki.

z wyrażenia *5.10.2015*

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU

Józefa Szczurek-Żelazko



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.149.2017

Warszawa, dnia 9 czerwca 2017r.

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z procedowaniem Komisji Zdrowia nad rządowym projektem ustawy *o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (druk nr 1583)*, w imieniu środowiska pielęgniarek i położnych, zwracam się z prośbą o zgłoszenie i poparcie zaproponowanych zmian do wyżej wymienionego projektu ustawy.

W tabeli zawartej w załączniku do projektu ustawy określającej współczynniki pracy proponujemy nowe następujące brzmienie pozycji nr 8 i 9:

8.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo albo pielęgniarka lub położna, ze specjalizacją	1,00
9.	Pielęgniarka lub położna, bez specjalizacji	0,73

Uzasadnienie

Projekt w obecnym kształcie zakłada, iż pielęgniarki i położne są jedyną grupą zawodową, dla której ustala się najniższe współczynniki pracy, co będzie skutkowało najniższymi wynagrodzeniami wśród pracowników medycznych. W stosunku do innych grup pracowników medycznych zostało wprowadzone rozgraniczenie wskaźników pracy dla osób z wyższym wykształceniem lub osób z wykształceniem średnim. W przypadku pielęgniarek i położnych obecny projekt zakłada, iż w jednej grupie (pozycja nr 9) będą pielęgniarki z tytułem magistra pielęgniarstwa lub magistra położnictwa, licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa a także z wykształceniem średnim – dla których przewidziano najniższe wynagrodzenie o wskaźniku 0,64, co – biorąc pod uwagę przyjętą kwotę bazową w wysokości 3.900,00 zł – daje kwotę 2.496,00 zł brutto (około 1.685,00 zł netto). Wobec powyższego, w opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych taka konstrukcja projektu stanowi deprecjonowanie zawodów

pielęgniarki i położnej, przy założeniu, iż od 2000 roku pielęgniarki i położne są kształcone na poziomie studiów wyższych, po ukończeniu których otrzymują tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa albo tytuł licencjata pielęgniarstwa lub położnictwa. Wraz ze zmianą kształcenia zwiększył się zakres ich kwalifikacji i kompetencji.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę na fakt, iż w związku z drastycznie i systematycznie rosnącymi niedoborami personelu pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia w Ministerstwie Zdrowia powołano Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, którego zadaniem jest wypracowanie systemowych rozwiązań pozwalających na przeciwdziałanie stale rosnącemu deficytowi pielęgniarek i położnych.

Przypomnieć należy, iż w kolejnych pięciu latach uprawnienia emerytalne uzyska około 80 tysięcy pielęgniarek, co przy obecnym stanie 200 tysięcy zatrudnionych pielęgniarek w systemie, będzie stanowiło około 40 % pielęgniarek, które prawdopodobnie przejdą na emeryturę. Nieatrakcyjne warunki pracy i płacy powodują, iż rocznie tylko około 30 % absolwentów podejmuje pracę w tym zawodzie. Należy bezwzględnie podjąć działania, które zachęcałyby absolwentów studiów pielęgniarstwa i położnictwa do podejmowania zatrudnienia w kraju, poprzez między innymi zwiększenie poziomu wynagradzania tych zawodów do warunków i poziomu istniejących w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z Małas

Zofia Małas

Apel Organizacji Pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i Samorządów Zawodów Medycznych

Szanowny Pan
Andrzej Duda
Prezydent RP

Szanowny Panie Prezydencie,

W imieniu ponad 100 organizacji pacjentów, naukowych towarzystw lekarskich i samorządów zawodów medycznych przekazujemy Panu nasz wspólny apel o podjęcie właściwych decyzji i zdecydowanych działań w celu zwiększenia finansowania ze środków publicznych ochrony zdrowia w Polsce do przynajmniej 6% PKB. Z naszego codziennego doświad-

czenia wiemy, że jest to poziom, który powinniśmy osiągnąć w ciągu najbliższych paru lat, ponieważ już za kilka lat oczekiwania i żądania skutecznego leczenia oraz starzenie się społeczeństwa będą wymagały jeszcze większych nakładów. Dobitnie wskazują na to porównania wydatków na leczenie w Polsce z krajami, w których ochrona zdrowia jest w ocenie pacjentów na poziomie, którego oczekują także Polacy.

W odpowiednio finansowanych dziedzinach medycyny już jesteśmy w stanie uzyskiwać w Polsce wyniki na poziomie najlepszych w Europie. To nie brak umiejętności czy chęci, lecz niedostatek środków powoduje, że leczenia na oczekiwanym poziomie w większości dziedzin nie możemy jeszcze zapewnić.

Kiedy zdrowie się psuje, staje się rzeczywiście najważniejszą w życiu sprawą. Pacjenci, ich bliscy i pracownicy ochrony zdrowia wiedzą o tym doskonale. W polityce zdrowie jest od dawna zaniedbywane. Podejmowane są tylko doraźne działania organizacyjne, które bez odpowiednich środków nie dają szans na poprawę systemu ani dla pacjentów, ani dla pracowników. Zwiększenie finansowania jest jednym z wielu potrzebnych działań, ale jest najbardziej podstawowym, absolutnie niezbędnym i najpilniejszym warunkiem zadbania o potrzeby zdrowotne Polaków.

Ta fundamentalna decyzja wymaga zgody wszystkich głównych sił politycznych Polski, w poczuciu odpowiedzialności za rozwój kraju i tworzenie fundamentów poprawy jakości życia naszego społeczeństwa. Pacjenci i pracownicy ochrony zdrowia oczekują więc od Pana pozytywnej odpowiedzi na ten

apel.

Wszystkie zmiany w ochronie zdrowia powinny być wprowadzane na podstawie propozycji wypracowanych wspólnie przez pacjentów i pracowników medycznych ze wsparciem głównych sił politycznych. Powinny być sprawdzane w niewielkiej skali i dostosowywane do rzeczywistych potrzeb i możliwości, zanim zaczną obowiązywać wszystkich. Wspólny apel środowisk pacjentów i pracowników medycznych jest także deklaracją zaangażowania, woli porozumienia oraz współpracy.

Sygnatariusze Apelu
Warszawa, 12 lipca 2017 r.

Apel Organizacji Pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i Samorządów Zawodów Medycznych z dnia 26 czerwca 2017 r. w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

W trosce o zabezpieczenie prawa pacjentów do korzystania z wysokiej jakości opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a także zważając na interes społeczeństwa w zapewnieniu sprawnego funkcjonowania opieki zdrowotnej w nadchodzących latach, sygnatariusze niniejszego apelu reprezentujący środowisko pacjentów oraz osób wykonujących zawody medyczne zwracają się do Rządu, polityków i wszystkich osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i kształtowanie polityki zdrowotnej o pilne zwiększenie nakładów publicznych na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB oraz dokonanie koniecznych zmian służących poprawie działania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Zwracając uwagę na:

- trwające od wielu lat poważne niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia w Polsce, które sprawia, że pomimo dokładania starań przez pracowników zaangażowanych w udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jak i osoby zarządzające systemem ochrony zdrowia nie da się w obecnych realiach zapewnić funkcjonowania tego systemu na poziomie odpowiadającym oczekiwaniom pacjentów,

- wynikające z niedoboru środków finansowych ograniczenie dostępności do leczenia, jak również ciągłe zadłużanie się placówek ochrony zdrowia,

- nieprzejrzyste zasady wyceny świadczeń zdrowotnych i duże, często nieuzasadnione obiektywnymi względami, różnice w poziomie finansowania pomiędzy poszczególnymi grupami świadczeń,

- niewłaściwe zasady finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych powodujące, że podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych co roku wykonują znaczną liczbę tzw. ponadlimitowych świadczeń nie mając pewności, że koszt tych świadczeń zostanie im zwrócony,

- szybko rosnące i w pełni uzasadnione oczekiwania pa-

centów wobec systemu ochrony zdrowia związane ze stale zwiększającymi się możliwościami współczesnej medycyny,

- istotne zmiany demograficzne zachodzące w polskim społeczeństwie, określane mianem starzenia się społeczeństwa, bardzo szybko zwiększające zapotrzebowanie na usługi w zakresie ochrony zdrowia,

- brak sprzyjających warunków organizacyjnych i finansowych dla kształcenia w zawodach medycznych, co już obecnie przekłada się na zbyt małą liczbę personelu medycznego, a wnieodległej perspektywie może praktycznie pozbawić pacjentów opieki w niektórych dziedzinach medycyny,

- słuszne oczekiwania środowisk medycznych w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę, podpisane pod niniejszym apelem organizacje pacjentów wspólnie z Konferencją Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządami zawodów medycznych apelują do Rządu, polityków, administratorów ochrony zdrowia i wszystkich osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki zdrowotnej o szybkie zwiększenie publicznych nakładów na ochronę zdrowia do ponad 6% PKB. Zwiększenie poziomu finansowania powinno nastąpić w ciągu paru lat i musi być kontynuowane w kolejnych latach, ponieważ już w kilkuletniej perspektywie nakłady na poziomie 6% PKB będą niewystarczające.

W ślad za zwiększeniem nakładów na opiekę zdrowotną postulujemy również wprowadzenie zasad finansowania świadczeń, które umożliwią diagnostykę i leczenie dobrej jakości bez zadłużania podmiotów leczniczych. Zmiany powinny polegać przede wszystkim na poprawie finansowania niedostatecznie wycenionych świadczeń.

Za niezmiernie ważne uznajemy także odbudowanie w społeczeństwie zaufania do systemu ochrony zdrowia m. in. poprzez realistyczne określanie oczekiwań i celów oraz wyłączenie wpływu nieustannych zmian i obietnic politycznych

na funkcjonowanie ochrony zdrowia. W ocenie sygnatariuszy tworzenie zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej i ich zmiany powinny zawsze rozpoczynać się od wolnego od wpływów politycznych dialogu pomiędzy pacjentami i fachowymi pracownikami ochrony zdrowia. Zalecamy także daleko idącą ostrożność we wprowadzaniu zmian systemowych w ochronie zdrowia. Powinny one uwzględniać realne możliwości wynikające z poziomu finansowania oraz być poprzedzone działaniami pilotażowymi zanim zostaną wprowadzone w życie w skali całego kraju.

Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej. Obecny system opieki zdrowotnej nie jest

zdolny do funkcjonowania na oczekiwanym przez Polaków poziomie. Przy niedostatecznym poziomie finansowania nawet najlepsze rozwiązania w zakresie zarządzania ochroną zdrowia i dobra organizacja pracy nie są w stanie zapewnić odpowiedniego poziomu świadczeń i ich dobrej dostępności dla pacjentów.

Należy więc jak najszybciej poprawić finansowanie, co jest niezbędnym warunkiem poprawy sytuacji pacjentów i zapewnienia fachowym pracownikom medycznym możliwości wykonywania zawodu w Polsce, w odpowiednich, godnych warunkach.

Warszawa, 26 czerwca 2017

Sygnatariusze Apelu organizacji pacjentów, Konferencji Prezesów Towarzystw Lekarskich i samorządów zawodów medycznych, z dnia 26.06.2017 r., w sprawie poprawy finansowania ochrony zdrowia w Polsce

- 1 Centrum Terapii i Wspomagania Rozwoju Warszawa
- 2 Federacja Pacjentów Polskich
- 3 Fundacja 3-4 Start
- 4 Fundacja Carita Życ Ze Szpiczakiem
- 5 Fundacja Insulinooporność – zdrowa dieta i zdrowe życie
- 6 Fundacja MyPacjenci
- 7 Fundacja Na Rzecz Osób Niewidomych i Stabowidzących
- 8 Fundacja NeuroPozytywni
- 9 Fundacja Onkologiczna Nadzieja
- 10 Fundacja Światło dla Życia
- 11 Grupa Wsparcia Chorych na Nowotwory Mieloproliferacyjne
- 12 Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych
- 13 Krajowa Izba Fizjoterapeutów
- 14 Krajowe Forum na rzecz terapii chorób rzadkich – ORPHAN
- 15 Mazowieckie Stowarzyszenie Osób z Chorobą Parkinsona
- 16 Naczelna Izba Aptekarska
- 17 Naczelna Izba Lekarska
- 18 Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych
- 19 Obywatelski Parlament Seniorów
- 20 Ogólnopolskie Stowarzyszenie Implantologii Stomatologicznej
- 21 Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”
- 22 Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych
- 23 Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pomocy Chorym Na Przewlekłą Białaczkę Szpikową
- 24 Polska Federacja Pacjentów Dialtransplant
- 25 Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych
- 26 Polska Unia Onkologii
- 27 Polska Unia Organizacji Pacjentów
- 28 Polski Związek Niewidomych
- 29 Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne
- 30 Polskie Stowarzyszenie Diabetyków
- 31 Polskie Stowarzyszenie Na Rzecz Dzieci Chorych Na Padaczkę
- 32 Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera
- 33 Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Zespołem Pradera-Williego
- 34 Polskie Towarzystwo Alergologiczne
- 35 Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- 36 Polskie Towarzystwo Badania Bólu
- 37 Polskie Towarzystwo Bioetyczne
- 38 Polskie Towarzystwo Chirurgii Dziecięcej
- 39 Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej
- 40 Polskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej, Rekonstrukcyjnej i Estetycznej
- 41 Polskie Towarzystwo Chirurgii Podstawy Czaszki
- 42 Polskie Towarzystwo Chorób Płuc
- 43 Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
- 44 Polskie Towarzystwo Dietetyki
- 45 Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej
- 46 Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych
- 47 Polskie Towarzystwo Epileptologii
- 48 Polskie Towarzystwo Farmakologiczne
- 49 Polskie Towarzystwo Gastroenterologii
- 50 Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
- 51 Polskie Towarzystwo Hematologów i Transfuzjologów
- 52 Polskie Towarzystwo Hepatologiczne
- 53 Polskie Towarzystwo Higieniczne
- 54 Polskie Towarzystwo Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej
- 55 Polskie Towarzystwo Internistów Polskich
- 56 Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
- 57 Polskie Towarzystwo Kardo-TorakoChirurgów
- 58 Polskie Towarzystwo Krioterapii
- 59 Polskie Towarzystwo Leczenia Ran
- 60 Polskie Towarzystwo Lekarskie
- 61 Polskie Towarzystwo Medycyny i Techniki Hiperbarycznej
- 62 Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
- 63 Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy
- 64 Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej
- 65 Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii
- 66 Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej
- 67 Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego
- 68 Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS69 Polskie Towarzystwo Nefrologiczne
- 70 Polskie Towarzystwo Neonatologiczne
- 71 Polskie Towarzystwo Neurochirurgów
- 72 Polskie Towarzystwo Neurofizjologii Klinicznej
- 73 Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych
- 74 Polskie Towarzystwo Okulistyczne
- 75 Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej
- 76 Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej
- 77 Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne
- 78 Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi
- 79 Polskie Towarzystwo Patologów
- 80 Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne
- 81 Polskie Towarzystwo Rehabilitacji
- 82 Polskie Towarzystwo Stomatologiczne
- 83 Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO
- 84 Polskie Towarzystwo Transplantacyjne

85 Polskie Towarzystwo Wrodzonych Wad Metabolizmu
 86 Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych
 87 Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego
 88 Polskie Towarzystwo Nowotworów Głowy i Szyi
 89 Porozumienie Rezydentów OZZL
 90 Retina AMD Polska
 91 Stowarzyszenie Centrum Inicjatyw Obywatelskich
 92 Stowarzyszenie Chorych na Boreliozę
 93 Stowarzyszenie Chorych na Choroby Reumatyczne
 94 Stowarzyszenie Chorych Na Choroby Reumatyczne – Leszno Wlkp.
 95 Stowarzyszenie Chorych na Czerniaka
 96 Stowarzyszenie Kobiet z Problemami Onkologiczno-Ginekologicznymi
 „Magnolia”
 97 Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych

98 Stowarzyszenie Mężczyzn Z Chorobami Prostaty „GLADIATOR” im. Prof. T. Koszarowskiego
 99 Stowarzyszenie Osób z Niewydolnością Układu Pokarmowego „Apetyt Na Życie”
 100 Stowarzyszenie Pomocy Chorym Dzieciom LIVER
 101 Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Nowotwory Krwi
 102 Towarzystwo Chirurgów Polskich
 103 Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych
 104 Warszawskie Stowarzyszenie Amazonek
 105 Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków „WAMO”
 106 Wielkopolskie Stowarzyszenie Reumatyków i Ich Sympatyków im. Hanka Żechowskiej
 – Koło Podkarpackie „PODAJ DALEJ”
 107 Zgierskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych

KORESPONDENCJA PREZES NRPIP DO PREZESA NFZ ZESTAW PRZECIWWSTRZAŚOWY



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.87.2017 TV

Warszawa, dnia 25.04.2017r.

Pan
 Andrzej Jacyna
 Prezes
 Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezesie

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uprzejmie prosi o wprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w warunkach zawierania i realizacji umów w zakresie pielęgniarskiej

opieki długoterminowej domowej, zapisu dotyczącego składu zestawu przeciwwstrząsowego w wyposażeniu nesesera pielęgniarskiego w analogiczny sposób jak skład zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, z wyłączeniem produktów leczniczych zakwalifikowanych do kategorii dostępności Lz.

W załączniku Nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach realizacji świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej neseser pielęgniarski powinien być wyposażony m.in. w zestaw przeciwwstrząsowy Załącznik ten nie określa składu zestawu.

Z informacji przekazywanych przez świadczeniodawców wynika, że NFZ wymaga od pielęgniarek realizujących świadczenia z zakresu pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej posiadania w zestawie przeciwwstrząsowym m.in. 6% HAES do wlewów kroplowych, produktu leczniczego z kategorią dostępności Lz (lecznictwo zamknięte).

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 listopada 2008r w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności (Dz.U. z 2016r., poz.1769)

mówi, iż produkt leczniczy zalicza się do kategorii dostępności „ stosowane wyłącznie w lecznictwie zamkniętym – Lz”, w przypadku, gdy z uwagi na swe właściwości farmakologiczne, sposób podawania, wskazania, innowacyjność lub ze względu na interes zdrowia publicznego jest zarezerwowany dla leczenia, które może być prowadzone tylko w lecznictwie zamkniętym.

W kwestii realizacji zlecenia lekarskiego zawierającego lek przeznaczony do stosowania wyłącznie w lecznictwie zamkniętym przez pielęgniarki i położne rodzinne wypowiedział się również Departament Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia wskazując, iż powinny one odmówić wykonania takiego zlecenia jako niezgodnego z przepisami prawa (kopia pisma w załączeniu).

Ponadto z informacji uzyskanych od pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki długoterminowej domowej wynika, że 6%HAES w praktyce nie jest stosowany, będący obowiązkowo w zestawie ulega przeterminowaniu i musi być utylizowany. Takie postępowanie prowadzi do niegospodarności.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi jak we wstępie.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP

Zofia Małas

Zofia Małas



Narodowy Fundusz Zdrowia
Centrala w Warszawie
Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia 11.05, 2017 r.

Pani/Pan
Dyrektor
Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
wszyscy

W załączeniu przekazuję pismo pani Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie składu zestawu przeciwwstrząsowego, który powinien znajdować się w neseserze pielęgniarskim.

Dodatkowo informuję, że Fundusz wystąpi do Ministerstwa Zdrowia z wnioskiem o wpisanie wyposażenia nesesera pielęgniarskiego używanego w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 j.t.), analogicznie jak ma to miejsce w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.


Zastępca Dyrektora
Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Narodowego Funduszu Zdrowia
Leszek Szalak

KORRESPONDENCJA PREZES NRPIP DO PREZESA NFZ

W SPRAWIE REALIZACJI PROFILAKTYCZNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA
W KONTEKŚCIE REFORMY SYSTEMU OŚWIATY



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPIP-NRPIP-DM.002.134.2017.TK

Warszawa, dnia 18.07.2017r

Pan

Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z napływającymi do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych prośbami pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania, uprzejmie proszę o wyjaśnienie czy zmiany w systemie edukacji spowodują wprowadzenie nowych okresów przeprowadzania u dzieci i młodzieży badań przesiewowych oraz profilaktycznych badań lekarskich (bilansowych), jeśli tak to w jakim czasie.

W ocenie pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania reforma oświaty wymaga odpowiedniego przygotowania się do prawidłowej realizacji opieki nad dziećmi i młodzieżą, w tym także odpowiedniej organizacji pracy pielęgniarki szkolnej.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPIP

Zofia Małas

Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 21-08-2017

MDL.0762.5.2017.WS

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowno Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo NIPIP-NPIP-DM.002.134.2017.TK w sprawie realizacji profilaktycznych świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w kontekście reformy systemu oświaty, uprzejmie wyjaśniam, co następuje.

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone są prace nad nowymi aktami prawnymi regulującymi opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Do czasu wejścia w życie nowych przepisów, w roku szkolnym 2017/2018 profilaktyczne badanie lekarskie oraz testy przesiewowe powinny być wykonywane w dotychczasowych terminach. Zatem, w przypadku młodzieży w 14 roku życia, testy przesiewowe i profilaktyczne badania lekarskie powinny być wykonane u uczniów nowoutworzonych klas VII szkoły podstawowej.

Z wyrazami szacunku

Józefa Szczurek-Żelazko

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 10 lipca 2017r.



W dniu 10 lipca 2017r. odbyło się spotkanie przedstawicieli Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych (Prezes Zofia Małas, Wiceprezes Mariola Łodzińska, Wiceprezes Sebastian Irzykowski, członek Prezydium Andrzej Tytuła) z Panią Wiceminister Józefą Szczurek – Żelazko.

Spotkanie zostało zorganizowane na prośbę samorządu i dotyczyło siedmiu zagadnień:

- projekt ustawy o POZ,
- prace nad projektem ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym,.
- zmian w kształceniu podyplomowym pielęgniarek położnych,
- System Monitorowania Kształcenia Podyplomowego,
- Karta Specjalisty Medycznego,
- kontynuacja wynagrodzeń wynikająca z OWU z dnia 14 września 2015 r.,
- dotacja dla samorządu na rok 2017.

Podniesiona została kwestia obaw środowiska pielęgniarek i położnych związanych z projektem Ustawy o Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Jako niepokojący wskazano zapis dotyczący daty granicznej 31 grudnia 2024r., po której świadczeniobiorca nie będzie mógł dokonać wyboru pielęgniarki i położnej spoza Zespołu POZ. Poinformowano o zagrożeniach wynikających z zapisów projektu Ustawy o POZ, co w konsekwencji będzie miało wpływ na ograniczenie samodzielności i funkcjonowania praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych w Polsce.

Trwające prace nad założeniami do projektu Ustawy o Zdrowiu Dzieci i Młodzieży były powodem do zwrócenia uwagi na brak udziału przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w pracach legislacyjnych. Taki tryb procedowania umożliwi udział ekspertów merytorycznie i praktycznie przygotowanych do tworzenia prawa, które na etapie opiniowania mogą powodować liczne rozbieżności. Pani Wiceminister zaproponowała formułę spotkań roboczych. W ocenie Pani Wiceminister założenia do projektu wzmacniają rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Ma stać się ona koordynatorem w tym obszarze i zajmować central-

ną pozycję w stosunku do innych specjalistów działających w medycynie szkolnej. Zmiany demograficzne mają zostać wykorzystane dla wzmocnienia opieki nad uczniem poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, które mimo zmniejszenia liczby szkół oraz uczęszczających do nich dzieci i młodzieży nie spowoduje ograniczenia środków na realizację zadań.

Poruszone zostały kwestie zmiany w systemie kształcenia podyplomowego i stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w tym obszarze. Wskazano na potrzebę zdefiniowania katalogu organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Pani Wiceminister dostrzega potrzebę zmiany funkcjonowania systemu zarówno w zakresie organizacji kształcenia jak i jego merytorycznego funkcjonowania. Prace będą kontynuowane w ramach pracy Zespołu ds. strategii.

Spotkanie było okazją do przedstawienia szerokiej listy problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem System Monitorowania Kształcenia zarówno z perspektywy okręgowej izby pielęgniarek i położnych, organizatora kształcenia podyplomowego jak i pielęgniarki/położnej korzystającej z aplikacji SMK. Najczęstsze problemy dotyczyły sposobów weryfikacji danych pielęgniarki/położnej, niedopracowania systemu w zakresie rejestracji uczestników na szkolenia. W związku deficytami Systemu Monitorowania Kształcenia w wielu obszarach zaproponowano, aby Minister Zdrowia korzystając ze swoich uprawnień zawiesił do końca roku lub do czasu usunięcia wszystkich usterek System Monitorowania Kształcenia. Pani Wiceminister zapewniła, iż podejmie stosowne działania i wzmocni nacisk na Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia do przyspieszenia prac oraz szybsze usuwanie usterek i błędów.

W związku z rozpoczęciem przez samorząd lekarski prac nad kartą specjalisty medycznego zwrócono się z pytaniem czy w chwili obecnej Ministerstwo Zdrowia podjęło działania nad tożsamymi rozwiązaniami dla pielęgniarek i położnych. W chwili obecnej brak aktywności Ministerstwa Zdrowia w tym obszarze.

Kolejnym poruszonym obszarem była ustawa o sposobie

ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych oraz jej wpływ na realizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawiciele samorządu zwrócili na deficyty przyjętej przez Sejm ustawy w zakresie braku umocowania magistra pielęgniarstwa i położnictwa w odrębnym przedziale oraz braku akceptacji środowiska dla współczynnika pracy określonego dla pielęgniarek i położnych bez specjalizacji na poziomie 0,64. Pani Wiceminister wyjaśniała iż zgodnie z uchwaloną przez Sejm ustawą najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzedzającym (do końca 2019 r. zamiast przeciętnego wynagrodzenia przyjmowana będzie kwota 3,9 tys. zł brutto). Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie osiągnięta dopiero po upływie okresu przejściowego – do końca 2021 r. Najniższe miesięczne wynagrodzenie określone w ustawie dotyczy zasadniczego wynagrodzenia brutto, nie obejmuje więc dodatków za pracę zmianową oraz wystugę. Do nowych przepisów będą musiały dostosować się wszystkie placówki medyczne – zarówno publiczne, jak i nie-

publiczne. Zwrócono uwagę na fakt, iż dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków finansowych, które przeznaczone zostałyby na wykonanie zadań nakładanych na podmioty lecznicze omawianą ustawą. Samorząd obawia się, iż środki zostaną na ten cel przekazane w ryczałcie, który będzie nowym sposobem finansowania zostaną przeznaczone na sfinansowanie podwyżek dla innych pracowników medycznych. W stosunku do pielęgniarek i położnych pracodawcy wykorzystują środki płynące z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż ustawa wprost nie reguluje tego zagadnienia i wskazała na rolę zakładowych organizacji związków zawodowych oraz porozumień jakie mogą i powinny zawierać z pracodawcą. Zwrócono się z pytaniem o realizację kolejnej transzy dodatku dla pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Stacji Sanitarno – Epidemiologicznych. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż dotacja zostanie niebawem przekazana wojewodom, co spowoduje wypłatę środków z wyrównaniem od stycznia 2017r.

W sprawie dotacji dla samorządu na rok 2017 Pani Wiceminister poinformowała, że dotacje są w trakcie realizacji.



STANOWISKO
XXII Zgromadzenia Ogólnego
Związku Powiatów Polskich
 Kołobrzeg, 11 maja 2017 r.

w sprawie opieki pielęgniarstwa w domach pomocy społecznej

Związek Powiatów Polskich apeluje o zmianę regulacji prawnych w kierunku gwarantującym pensjonariuszom domów pomocy społecznej właściwy poziom opieki pielęgniarstwa. W domach pomocy społecznej, pomimo iż są placówkami opiekuńczymi i nie posiadają uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, opieka zdrowotna jest tam koniecznością. Wielu z mieszkańców DPS-ów to osoby chore i niesamodzielne, często wymagające intensywnych zabiegów pielęgnacyjnych. Sytuacja zdrowotna pensjonariuszy z reguły ma charakter trwały, co oznacza, że czasowe umieszczanie tych osób w zakładach opiekuńczo-leczniczych nie jest realnym rozwiązaniem problemu konieczności zapewnienia właściwej opieki pielęgniarstwa.

Jednostki samorządu terytorialnego podejmują ogromny trud finansowy by zapewnić mieszkańcom domów jak najlepszą opiekę, jednak z uwagi na ograniczone możliwości ogromnym problemem jest zapewnienie środków na podwyższenie wynagrodzeń personelu medycznego. Status pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej jest zdecydowanie odmienny od statusu pielęgniarek pracujących

w podmiotach leczniczych. Ich wynagrodzenia nie podlegają finansowaniu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, skutkiem czego nie zostały one objęte systemem podwyżek przewidzianych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarki zatrudnione w domach pomocy społecznej nie będą również objęte projektowanymi przepisami ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zwracamy uwagę, że zakres obowiązków i odpowiedzialności pielęgniarek zatrudnionych w domach pomocy społecznej jest niejednokrotnie większy niż pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Nierówności płacowe prowadzą do sytuacji, w której wykwalifikowana kadra pielęgniarska rezygnuje z pracy w domach pomocy społecznej, co w praktyce pogarsza sytuację mieszkańców tych domów.

Obecnie toczą się prace nad ustawą o Narodowej Służbie Zdrowia. Przypominamy, że zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji RP władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki m.in. osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

SZKODLIWOŚĆ PALENIA TYTONIU

Źródło > Ministerstwo Zdrowia

Dym tytoniowy zawiera ponad 4 000 związków chemicznych, w tym ponad 40 znanych czynników rakotwórczych oraz szereg środków toksycznych. Nie ustalono żadnego bezpiecznego poziomu narażenia na dym, ani też nic nie wskazuje na to, aby dalsze badania naukowe miały go określić. W 1993 roku środowiskowy dym tytoniowy został zaliczony do kategorii znanych czynników rakotwórczych u ludzi przez Amerykańską Agencję Ochrony Środowiska, w 2000 roku – przez amerykański Departament Zdrowia i Usług Społecznych, a w 2002 roku – przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO IARC). Ponadto w 2000 roku rząd fiński, w 2001 roku rząd niemiecki, a w 2009 roku Rada UE zaliczyły go do kategorii czynników rakotwórczych w miejscu pracy.

Według badań przeprowadzonych przez Uniwersytet w Bristolu przeciętny palacz żyje 10 lat krócej niż osoba niepaląca. Każdy papieros kosztuje 11 minut życia! Obliczono również, że przeciętny palacz (mężczyzna) od 17 do 71 roku życia wypala 311 688 papierosów.

Palenie tytoniu nie tylko naraża na utratę zdrowia, ale i pogarsza wygląd skóry. U palaczy wcześniej występują zmarszczki, opóźnia się gojenie ran oraz zaostrza się stan wielu schorzeń skóry (np. trądziku oraz łuszczycy). Palenie doprowadza również do przebarwienia i pokrycia kamieniem zębów, wystąpienia nieświeżego oddechu i żółcenia palców.

Palenie tytoniu niesie za sobą poważne skutki zdrowotne. Palacze są szczególnie narażeni na:

- Choroby układu oddechowego – rozedmę płuc, prze-

wlekłe zapalenie oskrzeli, raka płuc, raka języka, raka wargi, raka jamy ustnej, raka krtani, raka tchawicy, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową, gruźlicę.

- Choroby układu krążenia – chorobę niedokrwinną serca, zawał mięśnia sercowego, miażdżycę, zarostową kończyn dolnych, nadciśnienie tętnicze, tętniaka aorty.
- Inne choroby: raka nerki, raka pęcherza moczowego, raka przełyku, wrzody żołądka oraz dwunastnicy, przepukliny jelitowe, choroby oczu (katarakty, niedowidzenia, degenerację plamkową), impotencję, upośledzenie płodności



Analiza ekspercka polityki zdrowotnej ograniczającej palenie tytoniu w Polsce w kontekście realizacji celów i zadań „Strategii Walki z Rakiem w Polsce w latach 2015-2024” - badanie Delphi

CEL BADANIA:	NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI – I RUNDA BADANIA
Dokonanie oceny spójności polityki ograniczającej palenie tytoniu w Polsce z działaniami zakładanymi w tym zakresie w „Strategii Walki z Rakiem w Polsce w latach 2015-2024”.	CELE I ZADANIA POLITYKI OGRANICZAJĄCEJ ZDROWOTNE NASTĘPSTWA PALENIA TYTONIU W POLSCE
METODOLOGIA	Główne cele określone w „Strategii Walki z Rakiem w Polsce” oraz „Narodowym Programie Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu” zostały ocenione jako spójne: średnia ocena wyniosła 4, w skali od 1 do 5, gdzie 5 oznaczało najwyższy stopień spójności. Wysoko (oceny od 3,6 do 4,0) oceniono także spójność poszczególnych częściowych działań i zadań bezpośrednio dotyczących ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu.
W badaniu wykorzystano tzw. metodę delficką (ang. <i>Delphi study</i>) - prowadzoną na odległość dyskusję grupy ekspertów. W ramach metody celowo dobrany panel ekspertów kilkakrotnie - zazwyczaj dwa lub trzy razy - proszony jest o wyrażenie anonimowych opinii na zadany temat, a także ocenę i skomentowanie opinii innych uczestników badania. W większości przypadków dyskusja ta ma sformalizowany, ustrukturalizowany i celowy charakter i jest prowadzona przy pomocy przygotowanej wcześniej ankiety.	75% ekspertów uznało konieczność uzupełnienia „Strategii Walki z Rakiem” o wskaźniki realizacji proponowanych działań.
W ramach realizacji badania, 128 ekspertów, w tym m.in. przedstawiciele administracji publicznej, środowiska naukowego, organizacji pozarządowych aktywnych na polu zdrowia publicznego oraz mediów, poproszono o dokonanie oceny spójności dwóch wskazanych przez zespół badawczy dokumentów. Ocenie poddano „Strategię Walki z Rakiem w Polsce 2015-2024” oraz obecną edycję Narodowego Programu Ograniczania Zdrowotnych Następstw Palenia Tytoniu, tj. dokumenty kluczowe z punktu widzenia walki z epidemią nowotworów złośliwych oraz polityki ograniczającej zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Analizie poddano zarówno oceny przyznane przez ekspertów obydwu dokumentom jak i zgodność wyrażonych przez nich opinii.	71% ekspertów uznało, że uszczegółowienia wymagają proponowane w „Strategii Walki z Rakiem” działania w zakresie biernego palenia, edukacji społecznej, egzekwowania przepisów zakazujących reklamy tytoniu oraz polityki podatkowej wobec wyrobów tytoniowych.
REALIZACJA BADANIA	NOWE WYZWANIA I PROBLEMY
Badanie rozpoczęto w lutym 2017 roku. Po dokonaniu selekcji ekspertów oraz opracowaniu ankiety badawczej (faza przygotowawcza badania), pierwszą rundę badań terenowych przeprowadzono w kwietniu 2017 r. – wówczas 28 spośród 128 zaproszonych ekspertów wypełniło przesłany drogą elektroniczną kwestionariusz (wskaźnik odpowiedzi wyniósł 21,9%).	Oba dokumenty zostały nisko ocenione w kwestii ich adekwatności do problemu używania papierosów elektronicznych oraz wyzwań związanych z obecnością na rynku nowych wyrobów tytoniowych (1 było najczęściej pojawiającą się oceną w przypadku obydwu dokumentów).
Zgodnie z założeniami badawczymi, zebrane dane i wnioski wykorzystano do przygotowania koncepcji drugiej części badania (faza analityczna pierwszej rundy), której celem było wypracowanie wspólnego stanowiska odnośnie kwestii, w których opinie ekspertów były najbardziej rozbieżne. Wyślane w lipcu 2017 r. zaproszenie do udziału w kolejnej rundzie badania skierowano wyłącznie do 28 ekspertów, którzy wcześniej wzięli aktywny udział w badaniu. Ostateczna liczba ekspertów w drugiej części badania wyniosła 24 osoby (wskaźnik odpowiedzi na poziomie 85,7%).	Oba dokumenty wymagają poszerzenia o rozwiązania uwzględniające partnerstwo publiczno-prywatne i udział organizacji pozarządowych w realizowanych działaniach. Ekspertcy zwrócili także uwagę na niską innowacyjność działań proponowanych w obydwu dokumentach. Potrzebom tym przyznano najwyższy priorytet (5 w skali od 1 do 5).
NAJWAŻNIEJSZE WNIOSKI:	NAJWAŻNIEJSZE WYNIKI – II RUNDA BADANIA
	CELE I ZADANIA POLITYKI OGRANICZAJĄCEJ ZDROWOTNE NASTĘPSTWA PALENIA TYTONIU W POLSCE
	„Strategię Walki z Rakiem” należy uzupełnić przede wszystkim o problematykę biernego palenia tytoniu oraz o działania związane z ochroną Polaków przed tym zjawiskiem (42% ekspertów przydzieliło najwyższą rangę temu problemowi).
	NOWE WYZWANIA I PROBLEMY
	Zdaniem 67% ekspertów oba dokumenty powinny zostać uzupełnione o działania związane z obecnością na rynku e-papierosów i nowych wyrobów tytoniowych.
	Dzieci i młodzież, kobiety oraz osoby z niskim wykształceniem były najczęściej wskazywane przez ekspertów jako najbardziej priorytetowe grupy docelowe działań informacyjnych opisanych w obu dokumentach.
	→ Oba dokumenty powinny w większym stopniu uwzględniać zagrożenia związane z obecnością na rynku e-papierosów i nowych wyrobów tytoniowych;
	→ Dzieci i młodzież, kobiety oraz osoby z niskim wykształceniem powinny być głównymi grupami docelowymi działań informacyjnych dotyczących zdrowotnych następstw palenia;
	→ Problem biernego palenia powinien być uwzględniony w „Strategii Walki z Rakiem”;
	→ Działania proponowane w „Strategii Walki z Rakiem” powinny zostać opisane bardziej szczegółowo i uwzględniać wskaźniki ich realizacji.

Badanie zostało zrealizowane przez zespół badawczy Zakładu Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii-Instytutu w Warszawie [Krzysztof Przewoźniak – kierownik projektu, Jakub Łobaszewski, Paweł Koczkodaj] w ramach grantu naukowego przyznanego przez Fundację Polska Liga Walki z Rakiem w konkursie ONKOGRANTY

SPOTKANIE W PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOLE ZAWODOWEJ IM. ANGELUSA SILESIUSA W WAŁBRZYCH

24 sierpnia 2017r. w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu na zaproszenie Prezydenta Miasta Wałbrzycha dr Romana Szelemeja, Prezesa Dolnośląskich Pracodawców Artura Mazurkiewicza oraz Prorektora ds. dydaktycznych i studenckich PWSZ AS doc. dr Małgorzaty Babińskiej odbyło się spotkanie pt. *Współpraca pracodawców, samorządów uczelni wyższych remedium na postępujący brak specjalistycznej opieki pielęgniarskiej.*

Coraz bardziej odczuwalny brak na rynku pracy pielęgniarek i położnych, coraz większy niepokój o zapewnienie świadczeń zdrowotnych był głównym tematem spotkania. Obawy i niepokój w przedmiotowej sprawie w swoim wystąpieniu podkreślił Prezydent Wałbrzycha Pan Roman Szelemej. Pani Violetta Rzepka – Dyrektor Instytutu Zdrowia PWSZ przedstawiła problemy związane z organizacją zajęć praktycznych studentom II roku na kierunku pielęgniarstwo.

Jak bardzo trudna sytuacja kadrowa jest na terenie działania OIPiP w Wałbrzychu – na terenie 5 powiatów: wałbrzyskiego, świdnickiego, dzierzoniowskiego, ząbkowickiego i kłodzkiego przedstawiłam w prezentacji. Dane na podstawie rejestru pielęgniarek i położnych.

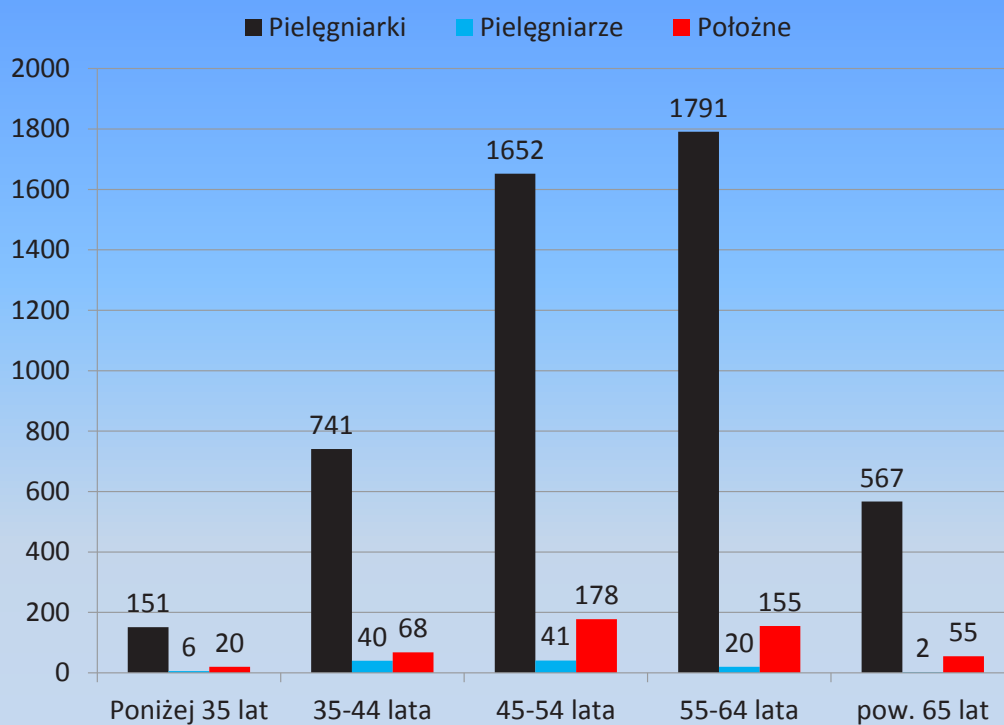


Prezentacja: sytuacja kadrowa na terenie działania OIPiP w Wałbrzychu

**W Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu zarejestrowanych jest 5487
osób w tym:**

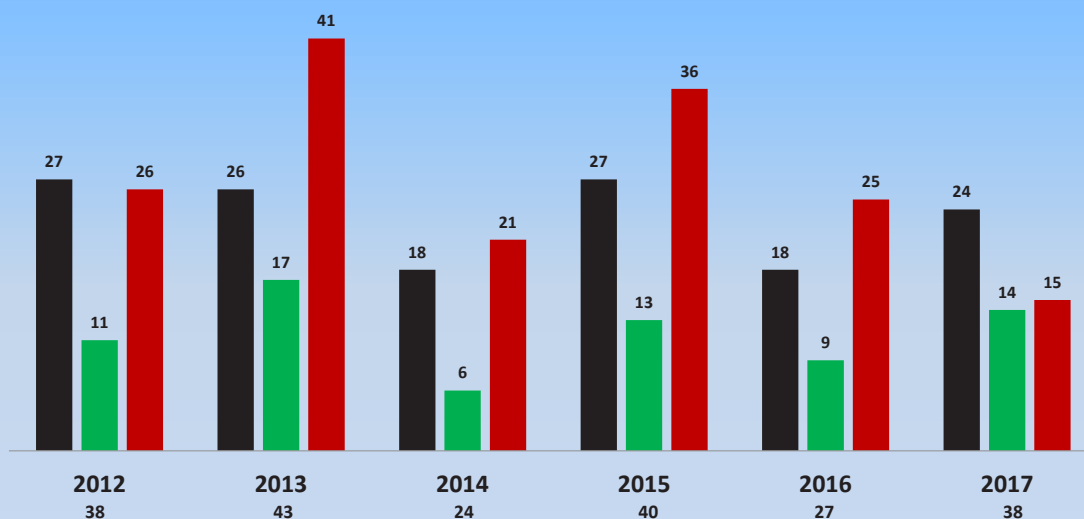
- **4902 pielęgniarki**
- **476 położnych**
- **109 pielęgniarzy**

Podział wiekowy



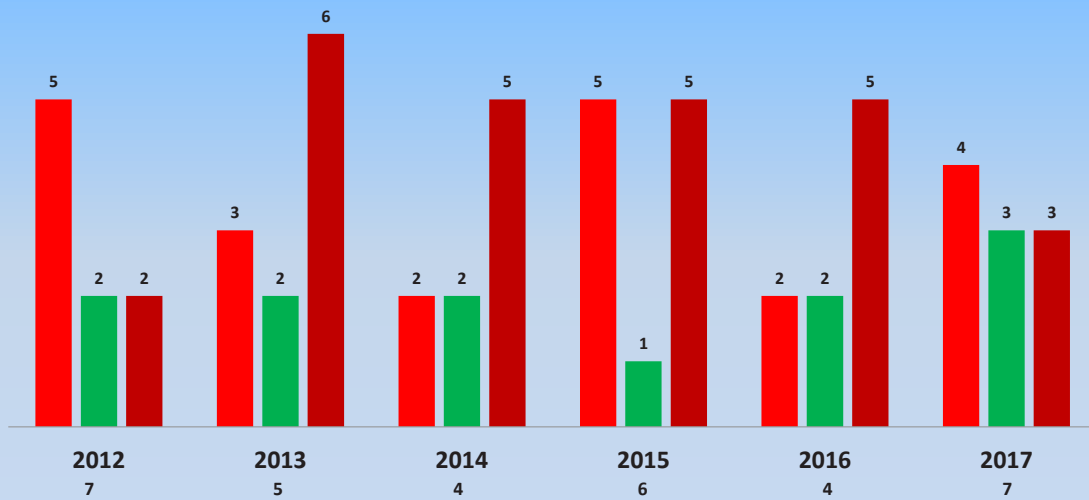
Dane z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych za lata 2012-2017 - Pielęgniarki

- stwierdzenie PWZ i wpis do rejestru
- absolwenci
- wykreślenia, zaprzestanie, wygaśnięcie



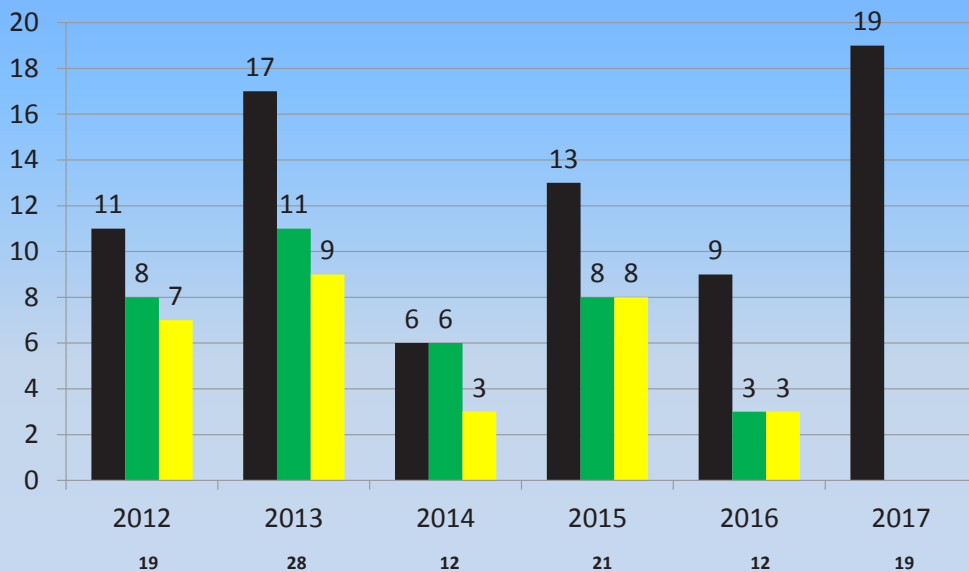
Dane z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych za lata 2012-2017 - Położne

- stwierdzenie PWZ i wpis do rejestru
- absolwenci
- wykreślenia, zaprzestanie, wygaśnięcia

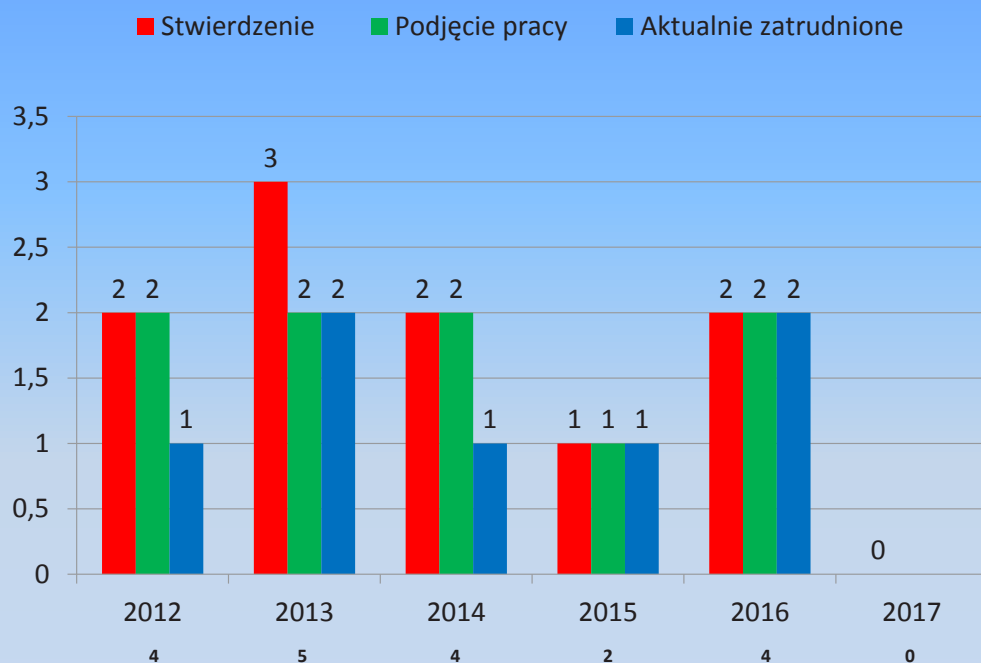


Stwierdzone PWZ pielęgniarkom, absolwentom z uwzględnieniem zatrudnienia

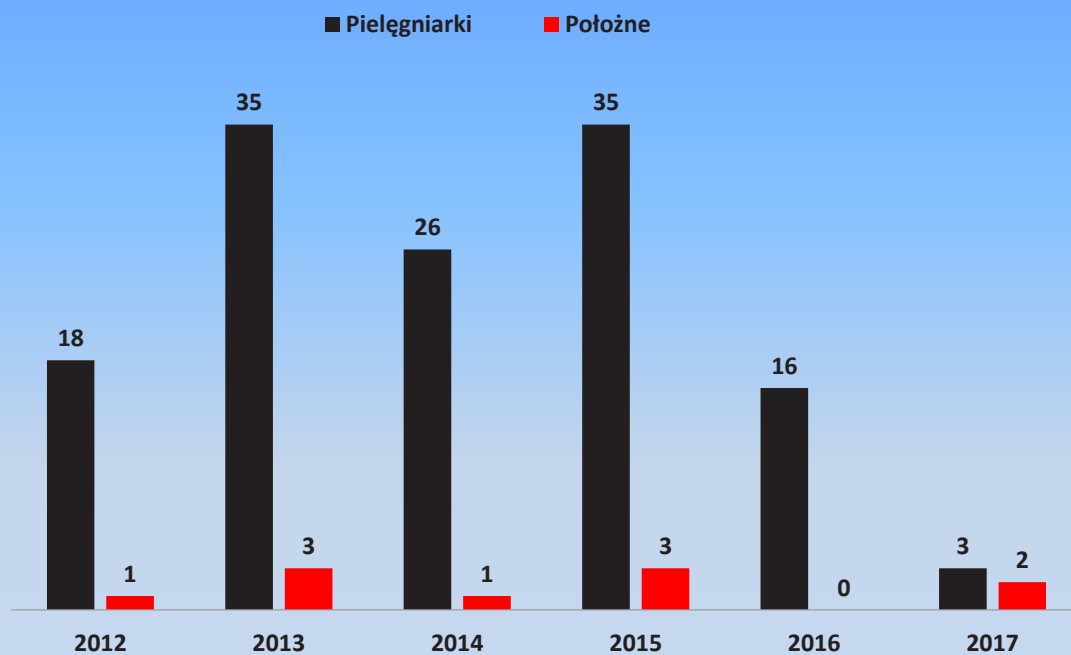
- Stwierdzenie
- Podjęcie pracy
- Aktualnie zatrudnione



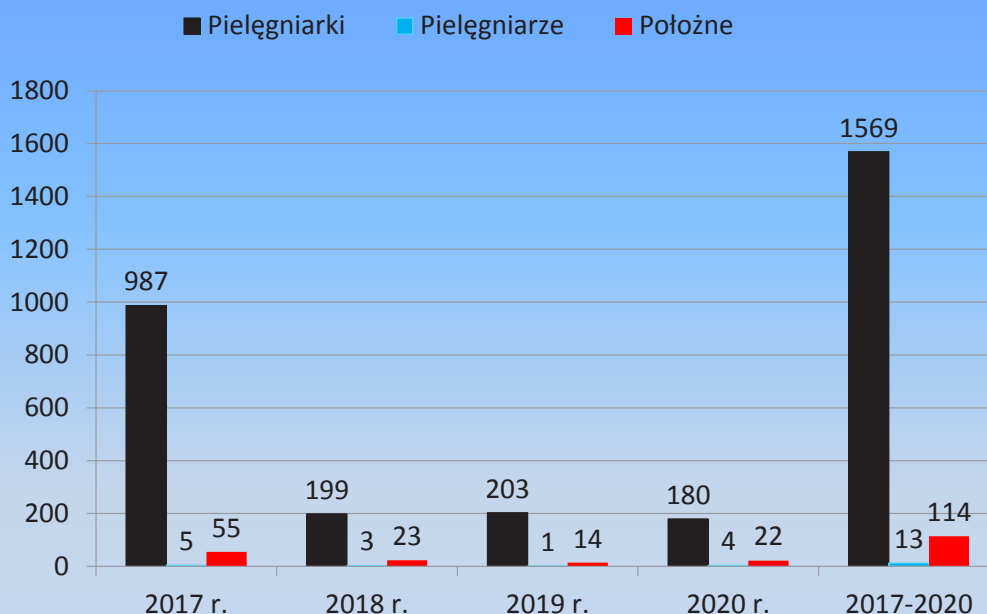
Stwierdzone PWZ położnym, absolwentom z uwzględnieniem zatrudnienia



Wydane zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych pielęgniarkom i położnym w latach 2012-2017



LICZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH, KTÓRE OSIĄGNĄ WIEK EMERYTALNY W LATACH 2017-2020



Art. 35. 1. Cudzoziemcowi może być przyznane prawo wykonywania zawodu na stałe albo na czas określony, jeżeli:

- 1) posiada zezwolenie na osiedlenie się;
- 2) włada językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej;
- 3) przedstawi zaświadczenie o wykonywaniu zawodu pielęgniarki lub położnej na podstawie przepisów obowiązujących w państwie, w którym dotychczas wykonywał zawód;
- 4) przedstawi zaświadczenie odpowiedniego organu państwa, którego jest obywatelem, że nie został pozbawiony prawa wykonywania zawodu lub prawo to nie zostało zawieszono i nie toczy się przeciwko niemu postępowanie w sprawie pozbawienia lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu;
- 5) posiada świadectwo ukończenia szkoły pielęgniarskiej lub szkoły położnych bądź uzyskane w innym państwie świadectwo uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia takiej szkoły, zgodnie z odrębnymi przepisami, pod warunkiem że spełnia minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej;
- 6) ma pełną zdolność do czynności prawnych;
- 7) jego stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub wykonywanie zawodu położnej;
- 8) odbył 6-miesięczny staż adaptacyjny we wskazanym podmiocie leczniczym;
- 9) wykazuje nienaganną postawę etyczną.

Zezwolenie na pobyt stały udziela się cudzoziemcowi w oparciu o przepisy ustawy z dnia 12.XII.2013r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2013r. poz. 1650) oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.

Wszystkie sprawy związane z uzyskaniem zezwolenia załatwiane są w Dolnośląskim Urzędzie Wojewódzkim

Dyplom poświadczający ukończenie studiów wyższych na kierunku pielęgniarstwo, uzyskany w innym państwie niż państwo członkowskie może zostać uznany na terytorium RP w procedurze nostryfikacji (Rozp. Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19.08.2015r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą oraz w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów wyższych na określonym poziomie kształcenia)

We Wrocławiu nostryfikacji dyplomu można dokonać na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich – Wydział Nauk o Zdrowiu przy ul. Bartla 5 (Dziekanat)

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Angelusa Silesiusa w Wałbrzychu

Pierwsi absolwenci - 2019r.



Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku

Pierwsi absolwenci - 2018r. – 18 pielęgniarek

- 2019r. – 22 pielęgniarki
- 2020r. – 30 pielęgniarek

KORESPONDENCJA W SPRAWIE KSZTAŁCENIA PIĘGNIAREK UKRAIŃSKICH POSIADAJĄCYCH DYPLOM BAKALAWRA

Szanowna Pani Prezes!

W odpowiedzi na pismo z dnia 5 kwietnia 2017 r., znak: NIPiP-NRPIP-OIE.060.39.2017, w sprawie wątpliwości zgłaszanych przez uczelnie zainteresowane kształceniem pielęgniarek ukraińskich, posiadających dyplom *bakalawra*, przekazuję stanowisko Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

Zgodnie z *Umową między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy o wzajemnym uznawaniu akademickim dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni, sporządzonej w Warszawie w dniu 11 kwietnia 2005 r.* pielęgniarka ukraińska posiadająca dyplom studiów pierwszego stopnia (bakalawra), może kontynuować naukę w polskiej uczelni i uzyskać dyplom studiów drugiego stopnia (magisterski). Kontynuacja nauki na studiach magisterskich nie wymaga nostryfikacji dyplomu ukończenia studiów pierwszego stopnia. Powyższa umowa gwarantuje osobom, które uzyskały wykształcenie w jednym z państw-stron tej umowy, możliwość kontynuacji kształcenia w placówkach drugiego państwa (jest to tzw. uznanie do celów akademickich). Osoby te nie otrzymują jednak żadnego dokumentu stwierdzającego równoważność ich dyplomów z odpowiednimi dyplomami polskimi.

Uczelnie, które posiadają uprawnienia do nadawania stopnia doktora w dziedzinie nauk o zdrowiu,

2 porażenie

Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Zińkowska
radca ministra



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61, Fax. (22) 327 61 60

NIPiP-NRPIP-DM.0022.87.2017

Warszawa, dnia 5 lipca 2017r.

Szanowny Panie Ministrze

W związku z nasilającym się problemem w systemie kształcenia na poziomie studiów II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo, a mianowicie możliwości kwalifikacji do tego kształcenia pielęgniarek ukraińskich posiadających dyplom bakalawra, prosimy o wyjaśnienie następujących wątpliwości.

Uczelnie kształcące pielęgniarki na poziomie studiów drugiego stopnia oraz okręgowe rady pielęgniarek i położnych jako instytucje przyznające prawo wykonywania zawodu zgłaszają wątpliwości czy ukraiński absolwent z dyplomem bakalawra pielęgniarstwa może być rekrutowany na pielęgniarskie studia magisterskie na równoważnych zasadach z polskim absolwentem licencjata pielęgniarstwa.

Oczywistym jest, że absolwent ukraińskiej szkoły pielęgniarskiej nie jest objęty zasadami uznawania kwalifikacji zawodowych w oparciu o zapisy dyrektywy unijnej 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych. Z drugiej jednak strony porównanie zapisów Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Gabinetem Ministrów Ukrainy o wzajemnym uznawaniu akademickim dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni, sporządzonej w Warszawie w dniu 11 kwietnia 2005 r. (M.P. 2006 Nr 79 poz. 783) z zapisami ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1251, z późn. zm.) prowadzi do uzasadnionych wątpliwości interpretacyjnych. Ww. umowa przewiduje bowiem w art. 5, że ukończenie na Ukrainie studiów, w wyniku których zostały uzyskane kwalifikacje *bakalawra* uprawnia do kontynuowania studiów na kolejnym poziomie kształcenia w polskiej szkole wyższej, zgodnie z obowiązującym polskim prawem wewnętrznym. Z kolei zapis art. 35 ust. 1 pkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadza wymóg nostryfikacji dyplomu pielęgniarskiego uzyskanego przez cudzoziemca w innym państwie w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki. W konsekwencji powstaje wątpliwość, czy uczelnie kształcące pielęgniarki mogą kwalifikować na studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo w Polsce osoby posiadające kwalifikacje *bakalawra* uzyskane na uczelni ukraińskiej bez wcześniejszej nostryfikacji dyplomu *bakalawra* czy też mogą żądać uzupełnienia różnic programowych w trakcie odbywania przez taką osobę studiów magisterskich.

W interpretacji Ministra Zdrowia (pismo w załączeniu) pielęgniarka ukraińska posiadająca dyplom studiów I stopnia (bakalawra) może kontynuować naukę w polskiej uczelni i uzyskać dyplom studiów II stopnia (magisterski) oraz nie wymaga to nostryfikacji dyplomu ukończenia studiów I stopnia. Ze względu na taką interpretację Ministra Zdrowia Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych dbając o jakość i status zawodu polskiej pielęgniarki oraz przestrzegając prawa polskiego i europejskiego wnosi jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPIP

Z. Małas

Zofia Małas

MINISTERSTWO
NAUKI I SZKOLNICTWA WYŻSZEGO

Departament Współpracy Międzynarodowej

DWM.WUW.185.1281.2017.EW

Warszawa, 28 lipca 2017 r.

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z dnia 5 lipca br. (NIPiP-NRPiP-DM.0022.87.2017) w sprawie ukraińskich dyplomów *bakalawra pielęgniarstwa*, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego przekazuje następujące wyjaśnienia.

Zagraniczny dyplom może być uznany w Polsce do celów dalszego kształcenia w oparciu o umowy międzynarodowe, zaś w przypadku ich braku – na podstawie art. 191a ust. 3 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - *Prawo o szkolnictwie wyższym* (Dz. U. z 2016 r., poz. 1842, z późn. zm.).

Od dnia 20 czerwca 2006 r. między Polską i Ukrainą obowiązuje *Umowa o wzajemnym uznawaniu akademickim dokumentów o wykształceniu i równoważności stopni podpisana dn. 11 kwietnia 2005 r.*, która w art. 5 stanowi, że ukończenie na Ukrainie studiów, w wyniku których zostały uzyskane kwalifikacje *bakalawra*, uprawnia do kontynuowania studiów na kolejnych poziomach kształcenia w szkole wyższej państwa drugiej Strony, **zgodnie z obowiązującym prawem wewnętrznym każdego z państw Stron**. Oznacza to, iż posiadacz ukraińskiego dyplomu *bakalawra* może kontynuować naukę w polskich instytucjach szkolnictwa wyższego na studiach drugiego stopnia i studiach podyplomowych bez konieczności jego nostryfikacji.

Kierunek „pielęgniarstwo” objęty jest w Unii Europejskiej harmonizacją kształcenia, zaś Polska jako państwo członkowskie UE ma obowiązek zapewnienia skuteczności prawa unijnego.

Standardy kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa określone zostały przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (w porozumieniu z Ministrem Zdrowia) w *rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa* (Dz. U. z 2012 r., poz. 631). Standardy te uwzględniają wymogi dotyczące kształcenia i szkolenia, przygotowujące do wykonywania ww. zawodów, określone w przepisach unijnych. Ponadto, z przepisów rozporządzenia dotyczących studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo wynika, że mogą je podejmować tylko osoby, które ukończyły studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Stwierdzenie równoważności ukraińskiego dyplomu ukończenia studiów wyższych z jego polskim odpowiednikiem do celów innych, niż kontynuacja kształcenia, jest możliwe wyłącznie w drodze nostryfikacji, na podstawie rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 19 sierpnia 2015 r. w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów wyższych uzyskanych za granicą oraz w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów wyższych na określonym poziomie kształcenia (Dz. U. z 2015 r. poz. 1467). Nostryfikacji dokonują rady jednostek organizacyjnych polskich uczelni, uprawnionych do nadawania stopnia naukowego doktora określonej dziedziny nauki lub sztuki, prowadzące kształcenie na kierunku, który potwierdza zagraniczny dyplom.

Z poważaniem

Zastępca Dyrektora
Departamentu Współpracy
Międzynarodowej
Danuta CZARNECKA
Danuta CZARNECKA

SYSTEM WERYFIKACJI PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Na stronie nipip.pl/weryfikacja-pwz jest dostępna finalna wersja systemu weryfikacji PWZ (bez potrzeby wprowadzania hasła: Weryfikacja17).

Weryfikacja PWZ służy sprawdzeniu czy konkretna osoba posiada prawo wykonywania zawodu i jest zarejestrowana (nie będzie wyświetlana lista osób)

W celu wyszukania osoby konieczne podanie jest następujących danych:

1. **Peselu** z **Nr** **PWZ** (7 cyfrowy numer z literą 'P' lub 'A' na końcu), lub za pomocą dodatkowych opcji wyszukania
2. **Imion** (pierwszego i drugiego wymaganego) i **Nazwiska** oraz **Nr** **PWZ** (7 cyfrowy numer z literą 'P' lub 'A' na końcu), lub
3. **Imion** (pierwszego i drugiego wymaganego) i **Nazwiska** oraz **Peselu**.

W przypadku pkt 2 i 3 drugie imię wpisujemy po spacji po pierwszym imieniu i jest ono wymagane jeżeli osoba nie wpisze dokładnie takich samych imion i nazwiska do systemu weryfikacji jak te które podała do CRPIP system nie wyszuka jej.

Baza danych jest aktualizowana w porach nocnych co 24 godziny. System ogranicza liczbę zapytań do 20 w czasie 24 godzin z danego adresu ip. System pokaże tylko następujące statusy:

- Osoba zarejestrowana

- Osoba o danych (dane po których szukano) jest pielęgniarką/pielęgniarem (lub położnym/położną) wpisaną/ym do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez (nazwa izby)
- Osoba z zaprzestaniem
- Osoba o danych (dane po których szukano) jest pielęgniarką/pielęgniarem (lub położnym/położną) wpisaną/ym do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez (nazwa izby) obecnie zaprzestał/a wykonywania zawodu
- Osoba z wpisanym skreśleniem
- Osoba o danych (dane po których szukano) jest osobą skreśloną z rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych.
- Osoba z wygaszonym PWZ
- Osoba o danych (dane po których szukano) posiada wygaszone prawo wykonywania zawodu i nie może wykonywać zawodu.
- Brak takiej osoby
- Brak takiej osoby (dane po których szukano), prosimy o sprawdzenie danych lub wyszukanie po dodatkowych opcjach. W przypadku błędnego wyniku weryfikacji prosimy o kontakt z właściwą Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w celu aktualizacji danych.

KONTAKT OIPI

PIERWSZA W POLSCE APLIKACJA DLA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I FIZJOTERAPEUTÓW



Już ponad 2400 polskich pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów korzysta z Terminarza Medycznego NURSEUM. Bezpłatna aplikacja stworzona przez lubelski startup Nurseum sp. z o.o. ułatwia użytkownikom wykonywanie codziennej pracy. Stanowi cenną pomoc zwłaszcza w zakresie żmudnych i męczących obowiązków biurowych. Narzędzie działa na komputerach stacjonarnych, laptopach, tabletach i smartfonach.

Terminarz Medyczny NURSEUM to odpowiedź na ogrom zadań, z jakimi zmagają się każdego dnia pielęgniarki, położne i fizjoterapeuci. Ma na celu uproszenie i zautomatyzowanie dużej części obowiązków, przede wszystkim żmudnej „papierologii”. Pozwala skutecznie zorganizować czas i zgromadzić wiele potrzebnych informacji w jednym miejscu. Ułatwia prowadzenie bazy pacjentów. Z narzędzia można korzystać na laptopach, tabletach i smartfonach. Stanowi efekt wielomiesięcznej pracy lubelskiego startupu Nurseum sp. z o.o., w skład którego wchodzi specjaliści z zakresu medycyny i farmacji.

JAKIE FUNKCJONALNOŚCI MOŻNA ZNALEŹĆ W TERMINARZU MEDYCZNYM NURSEM?

- 1) **Kalendarz:** Elektroniczny kalendarz służy zapisywaniu planowanych wizyt i zabiegów u pacjentów, razem z notatkami odnośnie każdej osoby. System przypomina o zbliżających się wizytach.
- 2) **Pacjenci:** Dzięki bazie pacjentów możliwe jest łatwe eksportowanie, gromadzenie, uzupełnianie, edytowanie i eksportowanie danych o pacjentach. Wystarczy połączenie z internetem, by z dowolnego urządzenia uzyskać dostęp do niezbędnych informacji.
- 3) **Wydarzenia:** W odpowiedniej zakładce znajduje się na bieżąco aktualizowane kalendarium z różnorodnymi kursami, szkoleniami, seminariami, warsztatami, wykładami i konferencjami branżowymi, razem z istotnymi informacjami na ich temat.
- 4) **Baza Wiedzy:** Zapewnia szeroki wybór profesjonalnych artykułów medycznych i farmaceutycznych. Zawiera między innymi informacje o wyrobach medycznych, pielęgnowaniu

pacjenta, dawkowaniu leków, instrukcjach obsługi poszczególnych urządzeń medycznych.

- 5) **Aktualności:** W sekcji z aktualnościami znajdują się artykuły pisane na bloga Terminarza Medycznego NURSEUM. Zawierają cotygodniowy „Przegląd dla Pielęgniarek i Położnych” – spis najbardziej istotnych wiadomości z branży. Dotyczą też istotnych informacji odnośnie rozwoju aplikacji.
- 6) **Raporty:** Za pomocą tej opcji można błyskawicznie wygenerować zestawienia statystyczne, na przykład odnośnie wizyt z danego miesiąca albo rodzajów wykonywanych zabiegów.

JAK ROZPOCZĄĆ KORZYSTANIE Z TERMINARZA MEDYCZNEGO?

W przypadku pracy z laptopem trzeba zarejestrować się na stronie, a potem zalogować na powstałe konto. Natomiast przy używaniu tabletu lub smartfonu (tylko z systemem Android) należy pobrać aplikację, po czym zarejestrować się i zalogować w Terminarzu Medycznym. Obsługa systemu jest bardzo intuicyjna.

Więcej informacji odnośnie Terminarza znajduje się na stronie internetowej. Można też dołączyć do cotygodniowego newslettera branżowego, śledzić fan page oraz zapisać się do zamkniętej grupy na Facebooku.

Więcej informacji:
Arkadiusz Bieniek
Zespół Marketingu Terminarza Medycznego
tel.: +48 722 344 644
e-mail: marketing@nurseum.pl

KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE

X Jubileuszowy Zjazd Centrum Nauki o Laktacji 8-10.06.2017

Dr n. med Magdalena Nehring-Gugulska podsumowała dziesięć lat działalności Centrum Nauki o Laktacji.

Głównym celem fundacji było wypracowanie skutecznego systemu opieki laktacyjnej. Projekt realizowany był przez stworzenie procedury laktacyjnej. Przez dziesięć lat odbyło się 184 kursów, na których przeszkolono 471 osoby, które otrzymały Certyfikaty Doradców Laktacyjnych oraz 84 osoby uzyskały międzynarodowy certyfikat IBCLC. Systematycznie prowadzone są szkolenia wyjazdowe w całej Polsce. Nauka o laktacji, która jest nauką na świecie stała się także nauką w Polsce. Zamierzeniem fundacji jest, aby porada laktacyjna znalazła się w koszyku świadczeń refundowanych. Na ubiegłorocznym zjeździe obecny minister zdrowia Konstanty Radziwiłł obiecał wdrożyć poradę laktacyjną do standardu opieki nad matką i dzieckiem. Fundacja konsekwentnie zamierza przypominać panu Ministrowi o dotrzymaniu słowa.

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku?

Badania dotyczące opieki położniczej środowiskowej i ginekologa położnika w kontekście propagowania karmienia naturalnego. Badania były przeprowadzane za pomocą ankiety internetowej. Ankieta składała się z 44 pytań. Uzyskano 5939 odpowiedzi. Ponad 40% matek zostało odwiedzanych więcej niż czterokrotnie. 75% matek objętych opieką zaznaczało zaangażowanie i kompetencje położniczych w propagowaniu karmienia piersią. Matki otrzymały informację o korzyściach karmienia naturalnego, o karmieniu na żądanie wyłącznie przez 6 miesięcy oraz wiedzę na temat problemów we wczesnym okresie laktacji. Uzyskane informacje były przydatne i wspierające w ocenie matek. Położne omawiały i obserwowały akt ssania oraz w zależności od potrzeby dokonywały korekty. 25% matek dowiedziało się, że nie należy używać smoczka uspokajacza w pierwszych czterech tygodniach życia dziecka. Na podstawie ankiety do-



Karmienie piersią to nie tylko żywienie. Wiedza o mleku matki pokazuje, że proces laktacyjny powinien być postrzegany w różnych aspektach, nie tylko jako najzdrowsze najtańsze indywidualnie dopasowane do potrzeb dziecka żywienie. Jest to element cyklu reprodukcyjnego człowieka.

konano podsumowania pracy położniczych środowiskowych wypełniających opiekę nad matką i dzieckiem do szóstego tygodnia po porodzie zgodnie obowiązującym standardem okołoporodowym. Podstawa porady laktacyjnej obejmuje informowanie o korzyściach karmienia, rekomendacjach i zasadach postępowania, instruktaż i korekta techniki karmienia, ocena wskaźników skutecznego karmienia. Matki w większości otrzymały zachętę by karmić piersią oraz po-

moc praktyczną przystawianiu dzieci do piersi. Gorzej wypadło wsparcie matek karmiących, kobiety zgłaszały niepokój z powodu obaw z ilości pokarmu, który jest główną przyczyną zaprzestania karmienia piersią. Badania ankietowe pozwalają stwierdzić, że znaczna grupa położniczych potrafi udzielić porady laktacyjnej zgodnie zobowiązującym standardem (Największą grupą zawodową która posiada tytuł CDL są położne). Pozostałe położne środowiskowe powinny systematycznie podnosić swoje kwalifikacje. Znacznie gorzej wypadli w tej ankiecie lekarze ginekolodzy – położnicy. Lekarze ograniczają swoją opiekę nad matką karmiącą do pytania o karmienie piersią, ale nie pytają jak sobie radzą i czy mają jakieś problemy. Matki wyczuwają ten brak zainteresowania i w razie trudności nie zgłaszają się do nich o wsparcie.

Karmienie piersią to nie tylko żywienie. Wiedza o mleku matki pokazuje, że proces laktacyjny powinien być postrzegany w różnych aspektach, nie tylko jako najzdrowsze najtańsze indywidualnie dopasowane do potrzeb dziecka żywienie. Jest to element cyklu reprodukcyjnego człowieka. Jest też czynnikiem w rozwoju zachowań społecznym, emocjonalnym. Jest programowaniem żywienia obniżającego ryzyko chorób społecznych. Jest to czynnik prozdrowotny i proekonomiczny. W takich kryzysów, kataklizmów jest żywnością zapewniającą przetrwanie (wykład Barbary Wilson – City)

Profesor Marek Szczepanski swój wykład poświęcił składnikom mleka

ludzkiego, które biorą udział w stymulacji odporności swoistej i nieswoistej i wykazują działanie przeciwwzapalne i przeciwbakteryjne

Pani prof. Barbara Królikowska podkreślała znaczenie pokarmu dla wcześniaków oraz wpływ czynników perinatalnych, w tym sposobu zakończenia ciąży na skład mleka kobiecego. Badania na całym świecie dowodzą, że niedobory w składnikach mleka kobiecego mogą być przyczyną rozwoju schorzeń, w tym immunologicznych w późniejszym okresie życia. Dzieci urodzone przez cięcie cesarskie pozbawione są możliwości kolonizacji florą bakteryjną matki. Opóźniona laktogeneza, która wówczas występuje powoduje odroczenie podania pokarmu. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku dzieci urodzonych przed terminem.

Mleko kobiece chroni dzieci przed nadwagą i otyłością – temat ten na podstawie badań na świecie przybliżyła nam lek Urszula Bernatowicz –Łojko, IBCLC. Otyłość, z jej wszelkimi następstwami, jest konsekwencją rozwoju cywilizacji i w wielu krajach uważa się za epidemie. Problem dotyczy również populacji dziecięcej, nawet w najmłodszej grupie wiekowej. Przeprowadzone badania naukowe analizowały wpływ wczesnego okresu żywienia na rozwój nadwagi, otyłości u dzieci młodzieży, w tym związek karmienia piersią. Większość opublikowanych badań wskazuje na ochronny wpływ karmienia piersią w stosunku do rozwoju otyłości. Potwierdzono wprost proporcjonalną zależność ochronnego działania karmienia piersią na ryzyko rozwoju otyłości. Za-

obserwowano również długotrwały efekt ochronny na całe życie człowieka

Tematem bardzo ciekawym był temat rozpoznawania krótkiego wędzidełka. W tym roku podczas warsztatów poznaliśmy nowe techniki badania i diagnozy tego problemu. Statystyka polska wykazuje, że problem dotyczy około 10 % dzieci. Na warsztatach ćwiczyliśmy ocenę budowy i funkcję języka za pomocą skali Hazelbakera. Protokół oceny umiejętności ssania oraz skala Hazelbaker w modyfikacji Amir jest narzędziem do przesiewowego badania noworodków. Pozwala wykryć i skorygować nieprawidłowości w okresie stabilizacji laktacji: nieprawidłowy odruch ssania, zbyt płytkie chwytanie piersi, wąski kąt ust. Prawidłowe ssanie ma wpływ na prawidłowy zgryz oraz na prawidłowy oddech dziecka.

Wszystkie poruszane tematy były bardzo interesujące. Wiele wniosło do mojej praktyki położnej środowiskowej. Szczególnie pomocna jest w mojej pracy umiejętność zdiagnozowania problemów laktacyjnych oraz udzielanie wsparcia młodym matką.

*Przychodnia Specjalistyczna Regina i Walenty
Śliwa S.J. – Wałbrzych*

Anna Jakubik

*Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy
im. E Biernackiego – Wałbrzych
Lic.piel. Ewa Maciuszek*

ŚLĄSKA JESIEŃ ELEKTROKARDIOLOGICZNA

IX Jesienne Warsztaty Resynchronizacyjna II Śląska Konferencja Szkoleniowa dla Pielęgniarek i Techników Medycznych pod patronatem JM Rektora Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Prof dr hab. n. med. Przemysław Jałowieckiego.

W ramach konferencji odbyły się warsztaty programowania urządzeń wszczepianych dla pielęgniarek i techników medycznych.

Do ćwiczeń wykorzystano stymulatory pacjentów oraz programator. Była to dobra powtórka wiadomości i umiejętności, którą możemy wykorzystywać w naszej pracy.

Również dla zainteresowanych pielęgniarek odbyły się warsztaty z zastosowaniem nowych wytycznych resuscy-

tacji krążeniowo-oddechowej RKO prowadzonej przez pracowników Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Opieki Pielęgniarskiej Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wydziału Nauk o zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

Umiejętności, które posiadamy potwierdziły naszą fachowość przy licznie zebranym gronie pracowników medycznych podczas ćwiczeń.



Inauguracją konferencji były nowe wytyczne Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące;

- niewydolności serca
- dyslipidemii
- migotania przedsionków
- onkologii w kardiologii

NIEWYDOLNOŚĆ SERCA to zespół dolegliwości w którym dochodzi do zaburzenia zdolności serca do pompowania krwi i do utrzymywania przepływu krwi dostosowanego do potrzeb organizmu. Ta choroba serca jest następstwem uszkodzenia mięśnia sercowego, najczęściej wskutek choroby wieńcowej.

Ale są i inne przyczyny;

- nadciśnienie tętnicze
- schorzenia lub uszkodzenie zastawek
- kardiomiopatie, czyli choroby samego mięśnia sercowego
- migotanie przedsionków
- wrodzone wady serca
- zakażenie zastawek serca lub mięśnia sercowego

Niewydolność serca pogłębiają;

- infekcje
- choroby płuc
- nadczynność lub niedoczynność tarczycy
- nadciśnienie tętnicze
- choroby nerek
- błędy w przyjmowaniu leków stosowanych przy niewydolności, przyjmowanie dodatkowych leków
- przeciwbólowych
- nieprawidłowe żywienie
- nierówne bicie serca (migotanie przedsionków)
- niestabilna choroba wieńcowa

Główne objawy niewydolności serca;

- duszność
- zmęczenie
- nietolerancja wysiłku fizycznego
- obrzęki (jako następstwo zatrzymania wody w organizmie)
- zwiększona potrzeba oddawania moczu w nocy
- słaby apetyt
- zaparcia
- zawroty głowy
- czasami splątanie lub utrata pamięci

Objawy niewydolności serca według skali NYHA.

Skala NYHA na świecie jest używana do określania ciężkości objawów niewydolności serca. Skala wyróżnia cztery klasy niewydolności serca.

- Klasa I – chory nie ma ograniczeń aktywności fizycznej. Zwykła aktywność fizyczna, codzienne zajęcia nie wywołują duszności, zmęczenia ani kołatania serca.
- Klasa II – chory ma niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Objawy nasilają się podczas wysiłku fizycznego, ale ustępują gdy chory odpocznie.
- Klasa III – ograniczenie możliwości wysiłku fizycznego jest znaczne. Nawet tak niewielki wysiłek jak ubranie się, umycie czy przygotowanie posiłku nasila objawy choroby, głównie duszności. Ale w spoczynku objawy choroby się nie pojawiają.
- Klasa IV – chorzy nie są w stanie wykonać samodzielnie nawet najprostszej czynności bez zaostrzenia objawów choroby. Występują one nie

tylko podczas aktywności fizycznej, ale także w spoczynku, przez co chorzy stają się niesamodzielni i wymagają stałej opieki i pomocy osób trzecich.

Jak żyć z niewydolnością serca?

- regularnie wykonywać zalecone przez lekarza badania, które pozwalają kontrolować chorobę
- prowadzić higieniczny tryb życia
- regularnie wykonywać gimnastykę
- prawidłowo odżywiać się
- ograniczyć spożycie soli kuchennej (sprzyja ona zatrzymaniu wody w organizmie)
- unikać stresu, przeziębień, zakażeń
- regularnie szczepić się przeciw grypie
- ograniczyć picie do 1.5–2l/dobę (choroba upośledza mechanizmy usuwania wody z organizmu)
- nie przeciążać organizmu; jeść 4–5 posiłków dziennie
- rozstać się z papierosami
- ograniczyć spożycie alkoholu

Leczenie niewydolności serca musi być dostosowane do stopnia zaawansowania choroby i towarzyszących temu objawów. Prawidłowa terapia to przyjmowanie leków, zmiana stylu życia, diety, wysiłek fizyczny i trening wysiłkowy.

MIGOTANIE PRZEDSIONKÓW

MP jest najczęstszą tachyarytmią nadkomorową. Częstość jej występowania w populacji ogólnej ocenia się na 0.4–1% i wzrasta wraz z wiekiem pacjentów, u osób >80 roku życia wynosi już ok. 8%. Charakteryzuje się nieskordynowanym pobudzeniem przedsionków prowadzącym do ich nieefektywnego hemodynamicznie skurczu. Migotanie przedsionków dzielimy na napadowe, przetrwałe i utrwalone.

Do chorób predysponujących do powstawania MP zaliczamy m.in.

- wady zastawkowe serca
- chorobę niedokrwinną serca
- kardiomiopatie
- nadczynność tarczycy

Najczęstszymi objawami MP są;

- kołatania serca
- bóle w klatce piersiowej
- duszności
- upośledzona tolerancja wysiłku
- zawroty głowy czy utraty przytomności

Pierwszym objawem może być incydent zatorowy.

Arytmia prowadzi do upośledzenia jakości życia, obniżenia rzutu serca, powikłań zatorowo-zakrzepowych a także kardiomiopatii tachyarytmicznej.

W leczeniu MP mamy 2 strategie postępowania, strategię kontroli częstości rytmu i strategię kontroli rytmu. Postępowanie z chorym z MOP należy rozpocząć od oceny wskazań do leczenia przeciwzakrzepowego.

DYSLIPIDEMIA

Jest najczęściej wynikiem interakcji czynników środowiskowych (m.in. nieprawidłowa dieta, mała aktywność fizyczna, palenie tytoniu) oraz predyspozycji genetycznych. Może występować także w przebiegu innych chorób lub pod wpływem stosowania leków.

Podstawowym warunkiem skutecznego leczenia dyslipidemii jest zmiana stylu życia, a następnie wdrożenie farmakoterapii. Głównym celem leczenia hipolipemizującego jest zmniejszenie stężenia cholesterolu całkowitego oraz frakcji LDL.

CHOROBY ONKOLOGICZNE A CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA

Pacjent cierpiący na chorobę nowotworową są szczególnie narażeni na schorzenia kardiologiczne, co niestety zbyt często jest marginalizowane, doprowadzając do niepotrzebnych zgonów. Co druga osoba z chorobą nowotworową ma kłopoty z sercem.

Chorzy u których wykryto chorobę nowotworową często cierpią również na choroby kardiologiczne utrudniające w wielu przypadkach leczenie onkologiczne. Z powodu toksyczności leczenia przeciwnowotworowego dochodzi do wtórnego uszkodzenia narządów wewnętrznych, przede wszystkim układu sercowo-naczyniowego. Do najczęstszych schorzeń układu krążenia można zaliczyć m.in. nadciśnienie, zakrzepicę żylną i zatorowość płucną oraz najpoważniejszą i najczęściej spotykaną – niewydolność mięśnia sercowego.

Nie bagatelizujemy chorób układu krążenia przy chorobie nowotworowej

Bardzo istotnym elementem rekonwalescencji pacjentów onkologicznych jest opieka kardiologiczna- zarówno przed przystąpieniem do terapii przeciwnowotworowej jak i podczas trwania samego leczenia.

Aby odnieść pełen sukces w terapii, opieka kardiologiczna jest wręcz niezbędna. Istnieje więc konieczność terapii i monitorowania wydolności serca oraz rozpoznanie we wczesnym stadium jego uszkodzenia.

Monitorowanie pacjentów poddanych chemioterapii czy radioterapii powinno obejmować ocenę wyjściową mięśnia sercowego, regularne kontrole w trakcie leczenia i po jego zakończeniu.

Następną sesją konferencji była sesja elektroradiologiczna, w której przedstawiono rozwój elektroradiologii w diagnostyce kardiologicznej.

Omówiono:

- badanie echokardiograficzne
- Tomografia Komputerowa przydatne w kardiologii
- rezonans magnetyczny

ECHO serca – badanie echo serca pozwala przedstawić na ekranie monitora obraz serca i naczyń krwionośnych uzyskany za pomocą ultradźwięków. Badanie to wykonuje się dla oceny morfologii serca, czyli jego obrazu anatomicznego oraz dla oceny jego pracy. Aparaty służące do wykonania badania umożliwiają obliczenie różnych

parametrów służących ocenie stanu i pracy serca.

O potrzebie wykonania badania echo serca decyduje lekarz kardiolog. Badanie to jest podstawowym badaniem w diagnozowaniu i monitorowaniu przebiegu wielu chorób serca w tym wad wrodzonych i nabytych, niewydolności serca, kardiomiopatii, nadciśnienia tętniczego – dla oceny powikłań, nadciśnienie płucnego, chorób dotyczących aorty, choroby wieńcowej u chorych po zawale serca i w jeszcze wielu innych schorzeniach. Jest jednym z podstawowych badań służących do diagnozowania takich objawów jak; szmery sercowe, duszność, niektóre rodzaje bólów we klatce piersiowej, omdlenia, niektóre rodzaje arytmii. Badanie echo jest również pomocne w trakcie leczenia choroby nowotworowej w celu uniknięcia lub szybkiego wykrycia sercowych powikłań chemio i radioterapii.

Tomografia Komputerowa jest kluczowym badaniem w zatorowości płucnej, tętniakach aorty. Pozwala na ocenę wskazań do operacji jak i ocenę warunków technicznych i dokładnego zaplanowania zabiegu oraz u pacjentów po operacji wszycia pomostów aortalno-wieńcowych w celu oceny ich funkcjonowania.

Może służyć również do diagnostyki pacjentów kwalifikowanych do leczenia operacyjnego

(np. wymiany zastawki wewnątrzsercowej)

TK umożliwia ocenę budowy naczyń i serca, funkcji komór serca i zastawek. Wykorzystywane jest do diagnostyki chorobowy wieńcowej, niektórych wad serca i naczyń u dorosłych, nowotworów serca, chorób osierdzia.

Diagnostyka kardiologiczna Rezonansu Magnetycznego to nieinwazyjna metoda obrazowania serca w oparciu o technikę rezonansu magnetycznego jest coraz powszechniej stosowana na świecie w diagnostyce klinicznej. Rezonans magnetyczny dzięki zastosowaniu szybkich sekwencji; FAST- CARD, FIESTA – stał się obok badań naczyniowych, echokardiografii, tomografii komputerowej oraz scyntygrafii cenna metodą w diagnostyce chorób serca.

Znaczącą zaletą tej metody badania jest możliwość nieinwazyjnej oceny zmian morfologicznych i czynnościowych serca. Metoda jest bezpieczną i nie wymaga w wypadku badań czynnościowych stosowania środków kontrastowych. Obrazowanie MR cechuje naturalny kontrast pomiędzy jamami serca wypełnionymi krwią a strukturami je otaczającymi

Wskazania do zastosowania rezonansu magnetycznego w kardiologii;

- potwierdzona wrodzona wada serca lub jej podejrzenie
- nabyte choroby dużych naczyń/m.in. podejrzenie rozwarstwienia aorty, diagnostyka tętniaków
- aorty, ocena t. płucnej, żył płucnych i systemowych
- diagnostyka guzów serca i osierdzia
- ocena przerostu mięśnia sercowego w kardiomiopatii przerostowej
- ocena żywotności mięśnia sercowego

- diagnostyka ropni okołozastawkowych
- zapalenie mięśnia sercowego

W RM nie bada się naczyń wieńcowych pod kątem stopnia rozwinięcia zmian miażdżycowych, ani w diagnozowaniu arytmii serca.

Kolejna sesja to sesja elektrokardiologiczna zawierała wiadomości o zintegrowanej opiece zespołu terapeutycznego nad pacjentem kwalifikującym się do implantacji urządzeń antyarytmicznych i rehabilitacji po ich implantacji.

Wszczepienie układu stymulującego

Stymulator (rozzrusznik) serca jest urządzeniem wielkości baterii do telefonu komórkowego (35 x25x6mm, waga 25–30gramów), który nadzoruje rytm serca i w razie potrzeby przy pomocy impulsów elektrycznych pobudza serca powodując, że bije bardziej regularnie. Stosowany jest w przypadku zbyt wolnej lub nieregularnej pracy serca oraz w przypadku obecności bloków w drogach elektrycznych serca. Bateria wszczepionego urządzenia wystarcza na 7 – 10lat.

Zabieg wszczepienia stymulatora przeprowadzony jest w znieczuleniu miejscowym przez kompetentny zespół lekarzy kardiologów z pełnym zabezpieczeniem sprzętowym i lekowym.

W pierwszym etapie wprowadza się do wnętrza serca 1 lub 2 elektrody pod kontrolą aparatury rentgenowskiej o niskiej energii promieniowania. Następnie nad lewą pierś wytworza się „kieszonkę” w której umieszczone jest urządzenie. Stymulatora jest połączony z elektrodami. Zabieg kończy założenie wchtłanianych szwów, które nie wymagają usuwania.

Powikłania opisywanego zabiegu są rzadkie. Najczęstsze z nich to ;

- przemieszczenie elektrody w obrębie serca – 1–3% (konieczny powtórny zabieg)
- odma opłucnowa i/lub krwiak opłucnej – ok.1.5% (konieczne założenie drenażu ssącego do opłucnej)
- krwiak w łożu stymulatora – ok.2% (może wymagać odbarczenia)
- zakażenie łożu stymulatora – ok.5% (może wymagać jego usunięcia wraz z elektrodą i założenie nowego po przeciwnej stronie)
- szybkie narośnięcie progu stymulacji – 0.25% (wymagające zabiegu korekcyjnego lub wymiany elektrod)
- przebicie ściany serca – poniżej 0.1% (konieczność nakłucia osierdzia, ewentualnie potrzeba zabiegu kardiochirurgicznego)
- zapalenie żył lub zakrzepy żyłne (konieczność leczenia farmakologicznego)

Życie po zabiegu wszczepienia stymulatora, należy przestrzegać następujących zaleceń;

- jeśli poza wszczepieniem stymulatora powinni Państwo dodatkowo przyjmować jakieś leki to na-



- leży
 - je przyjmować je nadal
 - systematycznie poddawać się badaniom kontrolnym
 - -stale nosić przy sobie paszport stymulatora
 - jeśli odczuwają Państwo anomalie związane zabięciem niezwłocznie skontaktować się z lekarzem
- Urządzenia, które można używać bez zastrzeżeń
- telewizory, odbiorniki radiowe, słuchawki, wieże stereo lub inne urządzenia audiowizualne
 - telefony bezprzewodowe
 - suszarki do włosów, golarki elektryczne i inne urządzenia elektryczne w łazience
 - pralki, odkurzacze, kuchenki mikrofalowe, zmywarki i inne urządzenia gospodarstwa domowego
 - komputery, urządzenia sieci bezprzewodowej, telefaksy, kopiarki, drukarki itp.
 - wszystkie urządzenia kuchenne
 - można telefonować – telefon komórkowy trzymać po przeciwnej stronie niż wszczepiony
 - stymulator, nie przechowywać go w pobliżu serca.

Należy skonsultować się z lekarzem myśląc o używaniu;

- maszyny wywołujące silne wibracje (np. wiertarki)
- broni palnej
- urządzeń elektrycznych z silnymi polami elektrycznymi, przewody wysokiego napięcia,
- urządzenia nadawcze radiowe, telewizyjne i radarowe, nieekranowe systemy zapłonowe.
- spawarki i zgrzewki elektryczne
- indukcyjne płyty grzejne w kuchniach elektrycznych
- mierniki grubości tkanki tłuszczowej

Podróże zarówno samolotem (na lotnisku zgłosić personelowi posiadanie stymulatora), statkiem, pociągiem czy samochodem (zawsze zapinać pasy) nie stanowią problemu.

Wizyty u lekarza – przed każdym badaniem należy poinformować lekarza, dentystę, personel pielęgniarki lub szpitalny, że mają Państwo wszczepiony stymulator serca.

Wszczepienie kardiowertera-defibrylatora

Wszczepialny kardiowerter-defibrylator jest urządzeniem wielkości 80x60x12mm (objętość ok.40cm³) i wadze 80gramów, które monitoruje rytm serca. Wysyła impulsy elektryczne pobudzające serce w razie, gdy bije zbyt wolno tak samo jak rozrusznik serca. Może także wywołać elektrowstrząs (defibrylacja lub kardiowerter) aby przywrócić prawidłowy rytm serca, gdy serce bije zbyt szybko i chaotycznie (migotanie komór, szybki częstoskurcz komorowy).

W przypadku wolniejszego częstoskurczu komorowego potrafi wystąpić serię impulsów przerywających tę arytmie bez elektrowstrząsu. Bateria urządzenia wystarcza na 4-5

lat.

Europejskie standardy określają wskazania do wszczęcia ICD na podstawie;

- a. stwierdzenia groźnych dla życia arytmii komorowych jak zatrzymanie krążenia, migotanie komór, utrwalony częstoskurcz komorowy (tzw. prewencja wtórna) lub
- b. stwierdzenia choroby serca obciążonej zagrożeniem takimi arytmiami (tzw. prewencja pierwotna)

Wskazania te ustalono na podstawie wszechstronnych badań klinicznych przez doświadczonych lekarzy kardiologów. Zabieg wszczęcia kardiowertera-defibrylatora przeprowadzony jest w znieczuleniu miejscowym i częściowo ogólnym przez zespół kardiologów oraz anestezjologa. Zabieg polega na wprowadzeniu do wnętrza serca 1 lub 2 elektrod. Dla ustalenia właściwego położenia elektrod w sercu używa się aparatury rentgenowskiej o niskiej energii promieniowania. Następnie nad lewą pierś wytworzona jest pod skórą kieszonka, gdzie po połączeniu z elektrodą umieszcza się urządzenie.

Bardzo rzadko stwierdzone podczas zabiegu anomalie anatomiczne zmuszają do wykonania zabiegu po przeciwnej stronie klatki piersiowej.

Dla oceny prawidłowego działania wszczętego urządzenia konieczne jest wywołanie w czasie zabiegu migotania komór, które ustąpi po wyzwoleniu przez kardiowerter-defibrylator szoku elektrycznego. Jego nieprzyjemne skutki w czasie zabiegu będą zminimalizowane przez znieczulenie ogólne.

Powikłania opisywanego zabiegu są rzadkie. Najczęstsze z nich to ;

- przemieszczenie elektrody w obrębie serca – 1–3% (konieczny powtórny zabieg)
- odma opłucnowa i/lub krwiak opłucnej – ok.115% (konieczne założenie drenażu ssącego do opłucnej)
- krwiak w łożu kardiowertera-defibrylatora – ok.2% (może wymagać odbarczenia)

Kardiowerter-defibrylator tak jak żaden inny „lek” wydłuża życie. Jak podają liczne badania kliniczne ICD ma bardzo dobrze udokumentowane działanie w redukcji zgonów w prewencji wtórnej. Jednakże prawidłowa kwalifikacja do implantacji ma decydujące znaczenie dla pacjenta.

ABLACJA – to zabieg, mający na celu zniszczenie lub odizolowanie obszaru serca, który powoduje powstawanie arytmii.

Zabieg jest wykonywany przezskórnie więc należy do procedur małoinwazyjnych. Dzięki zniszczeniu (ablacji) obszarów, które sprzyjają powstawaniu lub przenoszeniu się arytmii pacjent może zostać całkowicie wyleczony. Czasem ablacja ma na celu odizolowanie obszarów powodujących powstawanie arytmii (np. izolacja żył płucnych), wtedy czynnik powodujący arytmię nie jest usunięty ale jego wpływ na resztę serca zostaje zablokowany lub orga-

niczny.

W czasie ablacji lekarz dociera specjalną elektrodą ablacyjną w obszar serca, który powoduje nieprawidłową aktywność elektryczną serca. Przy pomocy elektrody dostarczane jest ciepło (ablacja RF) lub zimno

(krioablacja) niszcząc tkankę i wytwarza się małą bliznę, która nie przewodzi impulsów elektrycznych. Kluczowe dla skuteczności ablacji jest znalezienie właściwego miejsca w sercu i precyzyjne wygrzanie (lub wymrożenie) odpowiedniego obszaru tkanki

Wskazania – najczęściej ablacji wykonuje się u osób z migotaniem przedsionków, wskazaniem są również inne zaburzenia rytmu jak trzepotanie przedsionków, tachykardie nadkomorowe czy tachykardie komorowe.

Ablacje wykonuje się przy pomocy długich, cienkich cewników nazywanych elektrodami ablacyjnymi. Wprowadza się je przez wktucie w okolicach pachwiny i poprzez naczynia krwionośne dociera do serca. Zabieg wykonywany jest na sali operacyjnej i wymaga z reguły dwudniowego pobytu w szpitalu. Pacjent podczas zabiegu jest znieczulony miejscowo w okolicy miejsca wktucia elektrody, w niektórych przypadkach stosuje się znieczulenie ogólne.

Skuteczność; skuteczność określa się na 70% przy napadowym migotaniu przedsionków i 50% przy utrwalonym migotaniu przedsionków.

Ryzyko związane z ablacją – najczęściej występującym powikłaniem jest krwiak w miejscu wktucia który zdarza się u 2–3% pacjentów, ablacja może też wywołać inne powikłania jak zator mózgowy lub płucny (1%) lub znacznie rzadziej tamponadę serca czy zwężenie żył płucnych.

Wszczęcie urządzenia (stymulatora) resynchronizującego

Urządzenie resynchronizujące) CRT) to urządzenie o wymiarach 43x31x10mm, wadze ok. 40gramów, które stymuluje serca likwidując opóźnienia w skurczu poszczególnych części lewej komory dla poprawy wydolności serca.

Zalecenia:

- ciężka niewydolność serca istotnie ograniczająca możliwość wykonywania wysiłków z powodu
- obniżonej funkcji serca (pozawałowa, pozapalna lub wrodzona kardiomiopatia)
- obecność zaburzeń przewodzenia w sercu (blok odnogi, szeroki zespół QRS)

Zabieg przeprowadzany jest w znieczuleniu miejscowym. Zabieg polega na wprowadzeniu do wnętrza serca 2 lub najczęściej 3 elektrod. Dla ustalenia właściwego położenia elektrod w sercu używa się aparatury rentgenowskiej o niskiej energii promieniowania. Następnie nad lewą pierś wytworzona jest pod skórą kieszonka w której umieszczone jest urządzenie. System udaje się założyć u 95% chorych, a korzyści z jego zastosowania odczuwa 70% pacjentów.

Powikłania:

- przemieszczenie elektrody w obrębie serca – 1–3% (konieczny powtórny zabieg)
- odma opłucnowa i/lub krwiak opłucnej – ok.1.5% (konieczne założenia drenażu ssącego do opłucnej)
- krwiak w łożu stymulatora -ok.2% (może wymagać odbarczenia)
- zakażenia łoża stymulatora ok.0.5% (może wymagać jego usunięcia wraz z elektrodą i założenia nowego)
- po przeciwnej stronie)
- szybkie narośnięcie progu stymulacji – 0.25% (wymagające zabiegu korekcyjnego lub wymiany elektrod)
- przebicie ściany serca – poniżej 0000.1% (konieczność zabiegu kardiochirurgicznego lub nakłucia ściany
- klatki piersiowej)
- zapalenie żył lub zakrzepy żyłne (konieczność leczenia farmakologicznego)

Rehabilitacja kardiologiczna po wszczępieniu urządzeń antyarytmicznych to przede wszystkim aktywność fizyczna.

- aktywność fizyczna w czasie wolnym dozwalana jest po 6 tygodniach od implantacji ICD
- decyzję o terminie rozpoczęcia ćwiczeń ustala kardiologii na konsultacji
- należy unikać gwałtownych ruchów kończyną po stronie wszczępienia ze względu na ryzyko dyslokacji lub złamania elektrod.
- unikać sportów, które mogłyby doprowadzić do urazu okolicy wszczępienia urządzenia
- zalecane jest zaprzestanie ćwiczeń na 6 tygodni w razie interwencji ICD
- zakaz uprawiania sportu wyczynowego

Ćwiczenia muszą być dostosowane do podstawowej choroby.

W ostatnim dniu konferencji odbyła się sesja poświęcona powikłaniom elektroterapii. Przedstawiono w niej doświadczenia dotyczące usuwania elektrod wewnątrzsercowych.

Wymieniano się doświadczeniami, które preferują różne metody czy techniki usuwania elektrod.

Uzyskano bardzo zbliżone efekty, dlatego też nie zalecono żadnej z technik jako obowiązującej.

Pozostawione elektrody są potencjalnym źródłem infekcji. Uszkodzone i złamane elektrody mogą przemieszczać się do jam serca. Zwiększa się ryzyko wystąpienia zakrzepicy, zatorowości płucnej, dysfunkcji zastawki trójdzielnej i groźnych arytmii

Kwalifikacja do zabiegu oparta jest na stanie klinicznym pacjenta oraz możliwości postępowania (zabieg kardiochirurgiczny/usuwanie przezżyłne) i wyważeniu akceptowalnego ryzyka przez pacjenta do korzyści płynących z wykonania zabiegu.

Zabieg usuwania przeprowadzony jest w znieczule-

niu miejscowym i częściowo ogólnym. W trakcie zabiegu używa się aparatury rentgenowskiej o niskiej energii promieniowania

GRUPY WSKAZANE DO USUWANIA ELEKTROD

Grupa I – odelektrodowe zapalenia wsierdzia, sepsa, arytmia wywołana pozycją elektrody, zatorowość związana z elektrodą, okluzja żylna uniemożliwiająca implantację nowej elektrody, interferencja między elektrodami oraz infekcja łoża wszczępienia urządzenia

Grupa II -dotyczy przewlekłego bólu w okolicy umiejscowienia rozrusznika serca oraz nieaktywne elektrody u osoby młodej

Powikłania duże;

- krwawienie wywołane uszkodzeniem ścian dużych żył klatki piersiowej lub ścian serca (tamponada,
- krwawienie do jamy opłucnowej bądź śródpiersia)
- zator płucny z uwolnioną wegetacją czy też masywny powietrzny powodujące zaburzenia hemodynamiczne

Powikłania małe;

- krwawienie niewymagające interwencji chirurgicznej krwawienie do worka osierdziowego jamy opłucnowej
- zatorowość płucna leczona zachowawczo
- odma opłucnowa
- istotny krwiak bądź zakrzepica żylna w miejscu dostępu

Kończącym tematem konferencji było odelektrodowe zapalenie wsierdzia i infekcje łoża. Przedstawiono definicje, etiologię, sposób zapobiegania i leczenie wg wytycznych ESC.

Ciekawe były prezentacje obrazów echokardiografii przezklatkowej i przezprzełykowej u tych pacjentów. Interesujący był obraz echokardiograficzny wnętrza prawego serca i żyły głównej górnej tuż po usunięciu elektrod. Omówiono także sposób antybiotykoterapii u chorych z odelektrodowym zapaleniem wsierdzia w zależności od zaawansowania choroby oraz problem czasowej stymulacji pacjentów zależnych od rytmu stymulatora po zabiegach usunięcia elektrod z powodu infekcji. Ten praktyczny blok tematyczny zakończył spotkanie konferencji. Uczestnicy otrzymali certyfikaty. Mamy nadzieję, że wiedza zdobyta przez uczestników jesiennej konferencji znacząco przyczyni się do lepszego rozpoznawania oraz pozwoli na kontynuowanie dokładniejszej i pełnej wiedzy, opiece nad pacjentami szczególnie po implantacji urządzeń wszczępionych

Zespół Opieki Zdrowotnej -Kłodzko
Barbara Soboń
Barbara Gargas

WIRTUALNA CZYTELNIA



Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni dla pielęgniarek i położnych
Wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim
na platformie IBUK LIBRA.

Korzystaj z platformy IBUK Libra:

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz Internet

Stwórz własną półkę z książkami myIBUK:

- dodawaj zakładki
- rób notatki bezpośrednio w tekście
- wyszukuj słowa i frazy
- taguj ważne fragmenty
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN

PROCEDURA NADANIA KODU PIN

- Członek samorządu składa wniosek do OIPiP (do pobrania na naszej stronie internetowej (www.oipip.walbrzych.pl) w zakładce DRUKI DO POBRANIA)
- Kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.
- Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu libra.ibuk.pl
- Jeśli konto zostało już założone wcześniej, NIE TRZEBA ROBIĆ TEGO PO RAZ DRUGI. Wystarczy, że do swojego konta doda się nadany nowy kod PIN.

WYMAGANY SPRZĘT

Z zasobów można korzystać za pomocą komputera, laptopa, tabletu czy smartfona. Technologia IBUK Libra nie wymaga instalowania specjalnego oprogramowania i jest bezpieczna

dla urządzenia użytkownika. Katalogi dostępne są w każdej przeglądarce internetowej. Dzięki dostępowi online czytelnicy mogą korzystać z serwisu przez całą dobę, z dowolnego miejsca (w domu, w pracy – wszędzie, gdzie jest dostęp do Internetu).

KORZYŚCI :

Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek, lecz także zaawansowaną pracę z tekstem. W czytelni online można:

- Skorzystać z szybkiego podglądu pełnych tekstów lub stworzyć własną półkę z książkami.
- Sprawdzać znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.
- Dodawać zakładki.
- Robić własne notatki bezpośrednio w książce.
- Wyszukiwać słowa i frazy.
- Tagować (katalogować, indeksować) ważne fragmenty i zaznaczać kolorami.

Najważniejszą korzyścią nauki online jest fakt, że z kursów możemy korzystać w momencie gdy mamy czas i ochotę na naukę. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wydała 51 KODÓW Zapraszam po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra. Z tej oferty będzie mógł skorzystać każdy członek OIPiP w Wałbrzychu po złożeniu wniosku z wymaganymi załącznikami.

Możecie Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK Libra i księgozbioru online, specjalistycznych publikacji w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin nauki.





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

Edward L. Trudeau

