



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

5 /2018
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

1. ◆ SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
2. ◆ PODZIAŁ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH
3. ◆ USTAWA Z DNIA 13 WRZEŚNIA 2018 R.
7. ◆ REALIZACJA ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA
8. ◆ INFORMACJA ZARZĄDU KRAJOWEGO OZZPIP
9. ◆ Z PRAC NIPiP
 - PISMO DO PREZESA NFZ
 - PISMO DO MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI
 - MAMY NORMY ZATRUDNIENIA
 - ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA Z DNIA 11 PAŹDZIERNIKA 2018 R.
30. ◆ KOBIETA I STWARDNIENIE ROZSIANE
33. ◆ KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE
 - XVIII ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA
 - XI ZJAZD CENTRUM NAUKI LAKTACJI
39. ◆ MLEKO – WPŁYW NA ZDROWIE
46. ◆ SZCZEPIMY BO MYŚLIMY
47. ◆ STANOWISKO NR 22 PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
48. ◆ OPINIA PRAWNA
51. ◆ KOMUNIKATY CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



Uwaga! NOWE NUMERY TELEFONÓW

Sekretariat: tel.: 74 84 25 605; 7481 79 515
Księgowość: 74 81 79 516
Rejestr prawa: 74 81 79 517
 fax: 74 84 23 325

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,
 ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
 fax: 74 84 23 325
 godziny pracy biura:
 7:30–15:30

e-mail:
 oipipsekretariat@webmedia.com.pl
 www.oipip.walbrzych.pl

Santander Bank Polska S.A. o/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:
 Maria Pałeczka
 przewodniczaca@oipip.walbrzych.pl

Sekretarz:
 Małgorzata Hrycak

BIURO

Sekretariat:
 Anna Koła
 sekretariat@oipip.walbrzych.pl
 tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515

Rejestr prawa wyk. zawodu:
 Marzena Gidzińska
 rejestrprawa@oipip.walbrzych.pl
 tel.: 74 81 79 517

Księgowość:
 Aleksandra Neter
 ksiegowosc@oipip.walbrzych.pl
 tel.: 74 81 79 516

Obsługa administracyjno-prawna:
 Kancelaria Prawna S
 mgr Dorota Pakuła
 Radca Prawny
 mgr Michał Krajczar

PIELĘGNIARSTWA – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław; tel. 71 784 18 45
 email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA
 Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7; 59–220 Legnica;
 tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

PIELĘGNIARSTWA 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
 email: kasiatolik1@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE
 – mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
 ul. Warszawska 2; 52–114 Wrocław; tel. 71 342 8631 wew. 344,
 604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
 – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum
 Onkologii we Wrocławiu pl. Hirsfelda 12; 53–413 Wrocław; tel. 71 368 92 60
 lub 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
 – mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
 ul. Rudolfa Weigla 5, 50–981 Wrocław; email: naczeln.pielegniarka@4wsk.pl;
 tel. 26 166 02 07, 608 309 310

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO
 – mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
 ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59–220 Legnica; tel. 76 721 14 01,
 661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA PRZEWEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
 – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
 Będkowo Sp. z O.O. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55–100 Trzebnica
 email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl, tel. 71 722 29 48, 603 852 669

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ
 – dr n. med. DOMINIK KRZYŻANOWSKI, Bonifraterskie Centrum Opieki
 Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.; ul. Poświęcka 8a,
 51–128 Wrocław; tel. 608 585 295,
 email: d.krzyzanowski@bonifraterskiecentrumzdrowia.pl

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA
 Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50–556 Wrocław
 tel. 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO
 – mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA
 Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii
 ul. Bartła 5, 51–618 Wrocław, tel. 500 141 941
 e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30
 W innym terminie po wcześniejszym
 uzgodnieniu telefonicznym
 z biurem OIPiP w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**
 Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPiP:

Pierwszy i trzeci poniedziałek każdego miesiąca
 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@terenyweny.pl



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Jest taki jeden, wyjątkowy wieczór w roku,
gdy wszyscy obecni gromadzą się przy wspólnym stole.
Wieczór, gdy gasną spory, łamiemy opłatek, składamy życzenia.
To noc wyjątkowa, jedyna. Czas radości, ale również zadumy.

Niech magiczna moc wigilijnego wieczoru przyniesie spokój i radość.
Niech każda chwila żyje własnym pięknem,
Niech Nowy 2019 Rok pozwoli spełniać marzenia.
Najpiękniejszych Świąt Bożego Narodzenia

*w imieniu własnym
oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Wałbrzychu
Maria Pałeczka
Przewodnicząca ORPiP*



PODZIAŁ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH

USTAWA Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R.

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych bardzo podzieliła nasze środowisko. Starania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Samorządu Pielęgniarek i Położnych doprowadziły do zmian.

Pielęgniarki i położne zatrudnione na stanowiskach wymagających wykształcenia wyższego magisterskiego na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, niewymagających specjalizacji będą miały w załączniku do ustawy inne zaszerogowanie, co zmieni też wysokość ich płacy. Kolejna zmiana nie zadowoli zapewne nas wszystkich, ale bez wątpienia wpłynie na poprawę warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.

USTAWA Z DNIA 13 WRZEŚNIA 2018 R.

o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Poz. 1942).

Do dnia 24 października zgodnie z Ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U.2017.1473 z dnia 2017.08.01).

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
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

OD 25 PAŹDZIERNIKA 2018 ROKU OBOWIĄZUJE NOWY PODZIAŁ KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Ustawa z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wyko-

nujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Poz. 1942).

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05 – 4 095
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73 – 2 847
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64 – 2 496

Zgodnie z Ustawą z dnia 13 września 2018 r. art. 3 ust. 3 podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego następuje w drodze porozumienia (art. 3 ust. 1) i zarządzenia (art. 3 ust 2) na dzień 1 lipca 2018 roku. Wzrost wynagrodzenia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 roku w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681)dla pielęgniarek i położnych obowiązuje od wynagrodzenia zasadniczego zgodnie z Ustawą z dnia 13 września 2018 r. art. 3 ust. 3.



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 10 października 2018 r.

Poz. 1942

USTAWA

z dnia 13 września 2018 r.

o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw

Art. 1. W ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473) wprowadza się następujące zmiany:

1) tytuł ustawy otrzymuje brzmienie:

„o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych”;

2) art. 1 otrzymuje brzmienie:

„Art. 1. Ustawa określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.”;

3) w art. 2:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) najniższe wynagrodzenie zasadnicze – najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7;”;

b) w pkt 3 na końcu kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny – osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, zatrudniona na stanowisku działalności podstawowej określonym w części pierwszej załącznika do rozporządzenia wydanego na podstawie art. 50 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub stanowisku analogicznym.”;

4) w art. 3:

a) w ust. 1:

– wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący 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:”;

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, 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 i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”;

– w pkt 5 lit. b–e otrzymują brzmienie:

„b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący 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 oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący 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 oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący 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 oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny oraz pracownikowi działalności podstawowej, innemu niż pracownik wykonujący zawód medyczny, zatrudnionym w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy.”;

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31 grudnia 2021 r.”;

5) załącznik do ustawy otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszej ustawy.

Art. 2. W ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 21 dodaje się art. 21a i art. 21b w brzmieniu:

„Art. 21a. Do dnia 31 grudnia 2020 r. do doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych przepisy art. 12–12h ustawy zmienianej w art. 1 stosuje się odpowiednio.

Art. 21b. 1. Wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne obowiązujące w dniu 26 czerwca 2018 r. zachowują moc do dnia 31 marca 2019 r.

2. Wojewoda przedstawia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia projekt wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, obowiązującego od dnia 1 kwietnia 2019 r., w terminie do dnia 30 listopada 2018 r., w celu jego zatwierdzenia.

3. Do sporządzenia i zatwierdzenia planu, o którym mowa w ust. 2, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21 ust. 3–16a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.”;

2) w art. 25:

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

„1a) art. 1 pkt 2 lit. a i pkt 17, które wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2018 r.”;

b) uchyla się pkt 3.

Art. 3. 1. Pierwsze porozumienie, o którym mowa w art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, oraz pielęgniarek i położnych w zakresie zmiany ich współczynników pracy, zawiera się w terminie miesiąca od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

2. Jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w ust. 1, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego, w zakresie, o którym mowa w tym przepisie, ustala, w terminie 14 dni od dnia upływu terminu, o którym mowa w ust. 1, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia:

1) kierownik podmiotu leczniczego;

2) podmiot tworzący, w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.¹⁾) – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych i jednostek wojskowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 i 7 tej ustawy.

3. Porozumienie, o którym mowa w ust. 1, i zarządzenie, o którym mowa w ust. 2, dotyczą sposobu podwyższania wynagrodzeń zasadniczych na dzień 1 lipca 2018 r.

Art. 4. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *A. Duda*

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 138, 650, 1128, 1375, 1532, 1629, 1669 i 1693.



Załącznik do ustawy z dnia 13 września 2018 r. (poz. 1942)

WSPÓLCZYNNIKI PRACY

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
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 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7	Pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	1,05
8	Pielęgniarka albo położna, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, albo pielęgniarka z tytułem zawodowym magister pielęgniarstwa albo położna z tytułem zawodowym magister położnictwa	0,73
9	Pielęgniarka albo położna inna niż określona w lp. 7 i 8, która nie posiada tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	0,64
10	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–9 albo pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, wymagający średniego wykształcenia	0,64
11	Pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, inny niż określony w lp. 6 i 10	0,58

KOLEŻANKO, KOLEGO

Zapytaj swojego pracodawcę, posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czy zgłosił do Dolnośląskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, **według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r.** liczbę etatów / równoważnika etatu pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Art. 19.1 Pielęgniarki i położne mogą wykonywać zawód:

- 1) W ramach umowy o pracę
- 2) W ramach stosunku służbowego
- 3) Na podstawie umowy cywilnoprawnej

Jest to warunek otrzymania środków na wzrost wynagrodzenia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 roku w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681)

§ 2. 1. W terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazuje do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za pośrednictwem serwisów internetowych, o których mowa w § 10 załącznika do rozporządzenia 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, z 2017 r. poz. 1809 oraz z 2018 r. poz. 1373), informację, według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.3)), oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki lub położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1–3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

2. Informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca, z wyłączeniem świadczeniodawcy posiadającego umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza:

- 1) w 2018 r., także według stanu na dzień 1 października 2018 r., i przekazuje do dnia 14 października 2018 r.;
- 2) w 2019 r., według stanu na dzień:
 - a) 1 stycznia 2019 r. i przekazuje do dnia 14 stycznia 2019 r.
 - b) 1 kwietnia 2019 r. i przekazuje do dnia 14 kwietnia 2019 r.,
 - c) 1 lipca 2019 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019 r.
- 3) W 2019 r. informację określoną w ust. 1 świadczeniodawca posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową jest kapitacyjna stawka roczna, sporządza według stanu na dzień 1 lipca 2019 r. i przekazuje do dnia 14 lipca 2019 r.

CO TO OZNACZENIA W PRAKTYCE

Każdą nowozatrudnioną pielęgniarkę i położną po 1 sierpnia 2018 r. pracodawca winien wykazać w terminach jw. do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.



INFORMACJA ZARZĄDU KRAJOWEGO OZZPIP



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych

w kwestii prawa do wzrostu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarek i położnych przebywających na długotrwałych zwolnieniach chorobowych

Podwyższenie wynagrodzenia, w tym także wzrost wynagrodzenia zasadniczego niestety nie ma bezpośredniego wpływu na wysokość zasiłku chorobowego, jeśli podwyżka była w trakcie choroby i nie jest następstwem zmiany wymiaru etatu. Wysokość zasiłku chorobowego ustalana jest zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa: „Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy”.

Pracownik, który ze względu na chorobę został pominięty w podwyżkach, może otrzymać wyższe wynagrodzenie dopiero po zakończeniu choroby i po powrocie do pracy.

Kwestię tą można indywidualnie w zakładach pracy próbować rozwiązać na dwa sposoby :

1/ Można wprowadzić do negocjowanych porozumień zapisy, że za czas choroby pracownik ma prawo ubiegać się o wyrównanie wynagrodzenia zasadniczego w związku z podwyższeniem wynagrodzeń zasadniczych po powrocie do pracy.

2/ Można wykorzystać zapis art. 41 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, który stwierdza, że przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego nie uwzględnia się składników wynagrodzenia, do których pracownik zachowuje prawo w okresie pobierania tego zasiłku zgodnie z postanowieniami układów zbiorowych pracy lub przepisami o wynagradzaniu, jeżeli są one wypłacane za okres pobierania tego zasiłku.

W konsekwencji trzeba wprowadzić do negocjowanego porozumienia zapisy o stworzeniu na okres choroby pracownika np. dodatku kompensacyjnego, który będzie wypłacany do czasu powrotu pracownika do świadczenia pracy i który będzie mu rekompensował odroczony do czasu powrotu ze zwolnienia chorobowego wzrost wynagrodzenia zasadniczego.

Zastosowanie każdego z w/w rozwiązań wymaga w pierwszej kolejności decyzji i akceptacji przez zakładową organizację OZZPIP, że środki przekazywane przez NFZ na podstawie OWU na pokrycie wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (w tym wzrostu wynagrodzeń zasadniczych zgodnie z Porozumieniem z dnia 09-07-2018r.) będą w części przekazywane także dla osób nie świadczących pracy, a następnie przekonanie swojego pracodawcy do wprowadzenia jednego z w/w rozwiązań.

Za Zarząd

Prezesa
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego
Pielęgniarek i Położnych
Stech
Krzysztof Stech

Z PRAC NACZELNEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

PISMO DO PREZESA NFZ



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, dnia 8 października 2018 r.

NIPiP-NRPiP-DS.015.214.2018.MG

Pan
Andrzej Jacyna
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Szanowny Panie Prezeso

W trybie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2018 r. poz.1330; dalej: u.o.d.i.p) zwracam się z uprzejmą prośbą o **udzielenie informacji** **ilu świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazało oraz ilu nie przekazało** do dyrektorów właściwych oddziałów wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, informacji, według stanu na dzień 1 sierpnia 2018 r., o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonywania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Mając na uwadze powyższe, uprzejmie informuję, iż zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2018 r. poz.1330; dalej: u.o.d.i.p), każda informacja o sprawach publicznych stanowi informację publiczną w rozumieniu ustawy i podlega udostępnieniu na zasadach i w trybie określonych w niniejszej ustawie. Zgodnie z art. 4 ust. 3 u.o.d.i.p, obowiązane do udostępniania informacji publicznej są podmioty, o których mowa w ust. 1 i 2, będące w posiadaniu takich informacji.

Ustawowe ujęcie "informacji publicznej" zawarte w tych przepisach jest bardzo szerokie i podkreślić należy, że przedmiotem informacji publicznej są w szczególności dziedziny wymienione w art. 6 ustawy. Wyliczenie zamieszczone w ostatnio wskazanym przepisie ma jedynie charakter przykładowy co prowadzi do wniosku, że - co do zasady - wszystko, co wiąże się bezpośrednio z funkcjonowaniem i trybem działania podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 u.i.d.p., stanowi informację publiczną.

Wyróżniona wiadomość
Prezes NRPiP

Zofia Małas
Zofia Małas



Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia

Znak: DSOZ.401.1831.2018
2018.56220.JZ

Warszawa, 2018 -10- 13

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W odpowiedzi na pismo NIPiP-NRPiP-DS.015.214.2018.MG z dnia 8 października br. przekazuję poniżej stawienie dotyczące liczby świadczeniodawców, którzy przekazali informację o liczbie pielęgniarek i położnych, wykonujących u tego świadczeniodawcy, zawód w rozumieniu art.19 ust.1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów, realizujących te świadczenia oraz w podziale na formę wykonania zawodu, o której mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Dane pozyskano z oddziałów wojewódzkich NFZ.

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeniodawców ogółem	Liczba świadczeniodawców którzy przekazali informację
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	9 391	7 106
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	5 648	4 428
LECZENIE SZPITALNE	959	891
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	1 373	956
REHABILITACJA LECZNICZA	2 730	418
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	7 007	632
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	618	156
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI	363	272
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	1 488	1 460
OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	514	494
RATOWNICTWO MEDYCZNE	187	146

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

PISMO DO MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

**NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH****Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych**

NIPiP-NRPIP-DM-0021.3.2018.MK

Warszawa, dnia 3 października 2018 r.

Pan

Zbigniew Ziobro

Minister Sprawiedliwości

Szanowny Panie Ministrze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się do Pana Ministra z prośbą o podjęcie działań zmierzających do zagwarantowania środków finansowych na wzrost wynagrodzeń obejmujących pielęgniarki i położne zatrudnione w więziennej służbie zdrowia. W dniu 9 lipca 2018 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia a Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych zostało zawarte porozumienie w sprawie podjęcia działań mających na celu poprawę warunków pracy pielęgniarek i położnych w Polsce.

W przedmiotowym porozumieniu uzgodniono, że pielęgniarki i położne zatrudnione na podstawie stosunku pracy otrzymają wzrost miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w kwocie nie mniejszej niż 1.100 zł w przeliczeniu na pełen etat. Dodatkowo dla tej grupy osób od 01 lipca 2019 r. miesięczne wynagrodzenie zasadnicze wzrośnie jeszcze o dalsze 100 zł (łącznie, zatem o kwotę 1.200 zł).

Wysokość zagwarantowanych środków finansowych została określona w § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018 r. poz. 1681) „Pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.), i realizującym świadczenia opieki zdrowotnej, zapewnia się wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1.200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września

2018r. o kwotę w wysokości nie niższej niż 1.100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej, uwzględniając kwoty, o których mowa w § 4.

Z powołanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia wynika wprost obowiązek przeznaczenia dodatkowych środków finansowych na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zna ustanowiony program „Polityki modernizacji Służby Więziennej w latach 2017-2020” przyjęty ustawą z dnia 15 grudnia 2016 r. oraz kolejną planowaną podwyżkę uposażeń funkcjonariuszy Służby Więziennej od 1 stycznia 2019 r., jednakże odnosząc się do pielęgniarek i położnych pracujących w więziennej służbie zdrowia nie jest ona na poziomie określonym w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

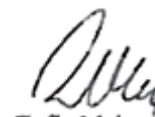
Zdaniem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w więziennej służbie zdrowia powinien zostać zagwarantowany wzrost wynagrodzeń o kwotę, tożsamą wynikającą z ww. rozporządzenia. Należy podnieść, iż wynagrodzenie pielęgniarek zatrudnionych w podmiotach leczniczych kontraktujących świadczenia z Narodowym Fundusz Zdrowia znacznie odbiega od wynagrodzeń pielęgniarek w służbie więziennej.

Praca pielęgniarki lub położnej w więziennej służbie zdrowia jest bardzo trudna, specyficzna, wymaga odpowiedniego przygotowania oraz wyjątkowej odporności psychicznej. Wyszkolenie pielęgniarki w służbie więziennej wiąże się z dodatkowym 2-3 letnim szkoleniem branżowym. Współczesne pielęgniarki są osobami z wyższym wykształceniem, które doskonalały swoją wiedzę w kształceniu podyplomowym. Brak wzrostu wynagrodzeń za pracę powoduje liczne rezygnacje pielęgniarek z pracy w podmiotach więziennej służby zdrowia.

W związku z powyższym zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o podjęcie działań legislacyjnych pozwalających na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych zatrudnionych w więziennej służbie zdrowia.



Prezes NRPiP



Zofia Małas

MAMY NORMY ZATRUDNIENIA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

To rezultat opracowania „Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”.

Strategia została opracowana przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych. Od lat domagałyśmy się wprowadzenia wskaźnika powiązanego z liczbą łóżek. Norm zatrudnienia opartych o konkretne wskaźniki:

- 0,6 – oddziały zachowawcze,
- 0,7 – oddziały zabiegowe,
- 0,8 – oddziały pediatryczne,
- 0,9 – oddziały zabiegowe dla dzieci.

Takie zapisy znalazły się w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. **zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.**

Obowiązywać będą od 1 stycznia 2019 r.

Wyliczenia są proste.

Oddział zabiegowy: 30 łóżek – mnożymy $30 \times 0,7 = 21$ pielęgniarek. Należy odliczyć pielęgniarkę oddziałową, zastępcę pielęgniarki oddziałowej – pozostaje 19 pielęgniarek. Następnie liczbę tę należy podzielić na 4 – zgodnie z system dyżurowym – dzień – noc – dwa dni wolne. Należy uwzględnić również urlopy, zwolnienia lekarskie, dodatkowe dni wolne np. opieka nad dzieckiem.

Nie ma wątpliwości – to dobre rozwiązanie, ale tylko wtedy gdy będzie organ kontrolny.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 22 listopada 2013 r. **w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zmienia**

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – w § 5 uchyla się ust. 4;

4. Zapewnienie opieki pielęgniarskiej lub położnych, o której mowa w ust. 1, w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej. (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami).

W części I załącznika nr 3 w poszczególnych profilach oddziałów szpitalnych określony jest wymiar etatu oraz kwalifikacje personelu pielęgniarskiego.





DZIENNIK USTAW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 19 października 2018 r.

Poz. 2012

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 11 października 2018 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

Na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 4:

a) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. W przypadku udzielania świadczeń na bloku operacyjnym w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej świadczeniodawca zapewnia w zakresie kwalifikacji personelu:

- 1) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, lub lekarz w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii bezpośrednio nadzorowany przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, pod warunkiem spełniania standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii określonych na podstawie przepisów o działalności leczniczej;
- 2) obecność co najmniej dwóch pielęgniarek lub położnych na każdy stół operacyjny odpowiadającą czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – pielęgniarka specjalista lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub w trakcie tych szkoleń, lub pielęgniarka z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – położna po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub położna z co najmniej dwuletnim doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów.”

b) w ust. 5 w pkt 1 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) równoważnik co najmniej części wymiaru etatu odpowiadający czasowi udzielania świadczeń określonego w harmonogramie pracy – pielęgniarka lub położna odpowiednio do zakresu udzielanych świadczeń”;

2) w § 5 uchyla się ust. 4;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

3) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części I. „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej”:

a) w lp. 1 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
--------------	---	---

b) w lp. 4 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub kardiologicznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej.
--------------	--	--

c) w lp. 5 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.	Równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.
--------------	--	--

d) w lp. 6 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.
--------------	---	---

e) w lp. 7 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
--------------	--	--

f) w lp. 8 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
--------------	--

g) w lp. 9 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.
--------------	--	--

h) w lp. 10 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego,	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego,
--------------	---	---

	<p>lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub onkologicznego.</p>	<p>lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub onkologicznego.</p>
--	--	--

i) w lp. 11 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

j) w lp. 12 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub onkologicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.</p>
--------------	--	--

k) w lp. 13 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

l) w lp. 14 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej.</p>	<p>Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub diabetologicznego, lub kardiologicznego, lub opieki długoterminowej.</p>
--------------	--	--

m) w lp. 15 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie</p>
--------------	---	---

	pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
--	--	--

n) w lp. 16 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

o) w lp. 17:

– po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa po kursie specjalistycznym w dziedzinie edukator w cukrzycy.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub opieki długoterminowej lub pielęgniarstwa po kursie specjalistycznym w dziedzinie edukator w cukrzycy.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego lub pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

– w kolumnie 3 w części „Pozostały personel” w pkt 2 średnik zastępuje się kropką i uchyla się pkt 3,

p) w lp. 18 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub diabetologicznego.</p>
--------------	--	--

q) w lp. 19 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

r) w lp. 20 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym</p>	<p>Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub po kursie kwalifikacyjnym</p>
--------------	---	---

	w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej.	w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub przewlekle chorych i niepełnosprawnych, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub opieki paliatywnej.
--	---	---

s) w lp. 21 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego.
--------------	--

t) w lp. 22 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
--------------	---

u) w lp. 23 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub kardiologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub kardiologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub chirurgicznego, lub kardiologicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub kardiologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego.
--------------	---

v) w lp. 24:

– w części A. „Leczenie osób, które ukończyły 18. rok życia” po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.
--------------	--	--

- w części B. „Leczenie osób, które nie ukończyły 18. roku życia” po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub kardiologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.
--------------	--	--

- w) w lp. 25 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub internistycznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub nefrologicznego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub nefrologicznego z dializoterapią, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub nefrologicznego z dializoterapią, lub internistycznego.
--------------	---

- x) w lp. 26 w kolumnie 3 część „Pielęgniarki lub położne” otrzymuje brzmienie:

„Równoważnik co najmniej 0,8 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno łóżko (stanowisko) noworodkowe (w tym w systemie „matka z dzieckiem”), w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.”

- y) w lp. 27 część „Pielęgniarki i położne” obejmująca kolumny 2 i 3 otrzymuje brzmienie:

Pielęgniarki lub położne	Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze: <ol style="list-style-type: none"> 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka, 2) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji, 3) równoważnik co najmniej 0,89 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego <p>– w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.</p>
--------------------------	--

z) w lp. 28 w kolumnie 3 część „Pielęgniarki lub położne” otrzymuje brzmienie:

„Zapewnienie opieki pielęgniarskiej w łącznym wymiarze:

- 1) równoważnik co najmniej 2,22 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko intensywnej terapii noworodka,
- 2) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki ciągłej dla noworodków po sztucznej wentylacji,
- 3) równoważnik co najmniej 1,11 etatu pielęgniarki lub położnej na jedno stanowisko opieki pośredniej dla noworodków niewymagających wsparcia oddechowego

– w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub położniczego, lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego lub ginekologiczno-położniczego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego.”

za) w lp. 29 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub neurologicznego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.</p>
--------------	---	---

zb) w lp. 30 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub</p>
--------------	--	--

	<p>geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.</p>	<p>geriatrycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego lub internistycznego, lub geriatrycznego, lub opieki długoterminowej.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub neurologicznego.</p>
--	---	---

zc) w lp. 31 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

zd) w lp. 32 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub onkologicznego.</p>
--------------	---

ze) w lp. 33 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego.</p>	<p>Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub zachowawczego, lub internistycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub internistycznego.</p>
--------------	---	---

zf) w lp. 34 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>
--------------	--	--

zg) w lp. 35 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.</p>	<p>W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego.</p> <p>W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego.</p>
--------------	--	--

zh) w lp. 36 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	<p>Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p>Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>
--------------	---	---

zi) w lp. 37:

– po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki lub położne” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.
--------------------------	---	---

– w części „Organizacja udzielania świadczeń” w kolumnie 3 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.”,

– w części „Pozostałe wymagania” w kolumnie 3 w pkt 7 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 8 i 9 w brzmieniu:

„8) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

9) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.”,

– w części „Pozostałe wymagania” w kolumnie 4 w pkt 3 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

5) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.”,

zj) w lp. 38:

– po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki lub położne” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.
--------------------------	---

– w części „Organizacja udzielania świadczeń” w kolumnie 3 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.”,

– w części „Pozostałe wymagania” w kolumnie 3 w pkt 8 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 9 i 10 w brzmieniu:

„9) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

10) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.”,

zk) w lp. 39:

– po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki lub położne” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub rodzinnego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego lub rodzinnego.
--------------------------	---

– w części „Organizacja udzielania świadczeń” w kolumnie 3 w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem oraz dodaje się pkt 7 w brzmieniu:

„7) wyodrębniona całodobowa opieka położnicza dla sali porodowej w miejscu udzielania świadczeń.”,

– w części „Pozostałe wymagania” w kolumnie 3 w pkt 12 kropkę zastępuję się średnikiem oraz dodaje się pkt 13 i 14 w brzmieniu:

„13) prowadzenie edukacji laktacyjnej przez edukatora do spraw laktacji;

14) świadczeniodawca mierzy i ocenia wskaźnik: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.”,

zl) w lp. 40 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki lub położne” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki lub położne	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.	Równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego lub pielęgniarka w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub chirurgicznego, lub położna specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego lub ginekologicznego, lub ginekologiczno-położniczego, lub opieki przed- i okołoporodowej, lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego.
--------------------------	--	--

zm) w lp. 41 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
--------------	---

zn) w lp. 42 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.
--------------	--

zo) w lp. 43 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego.
--------------	--

zp) w lp. 44 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,6 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego lub anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego lub internistycznego, lub anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub internistycznego.
--------------	---

	W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki.
--	--

zq) w lp. 45 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2 i 3 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa transplantacyjnego lub chirurgicznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa transplantacyjnego lub chirurgicznego. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub transplantacyjnego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub transplantacyjnego.
--------------	---

zr) w lp. 46 po części „Lekarze” dodaje się część „Pielęgniarki” obejmującą kolumny 2–4 w brzmieniu:

Pielęgniarki	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub chirurgicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub zachowawczego, lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią.	W przypadku leczenia dorosłych – równoważnik co najmniej 0,7 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub chirurgicznego, lub zachowawczego, lub internistycznego, lub opieki długoterminowej lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub internistycznego, lub opieki długoterminowej, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub zachowawczego, lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią lub internistycznego, lub chirurgicznego, lub opieki długoterminowej. W przypadku leczenia dzieci – równoważnik co najmniej 0,9 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub chirurgicznego, lub nefrologicznego z dializoterapią.
--------------	---	---

zs) w lp. 50 część „Pielęgniarki” obejmująca kolumny 2 i 3 otrzymuje brzmienie:

Pielęgniarki lub położne	Przeszkolone w zakresie podawania cytotatyków lub w zakresie przygotowania i podawania leków przeciwnowotworowych u dorosłych lub po kursie specjalistycznym w zakresie opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów (równoważnik 3 etatów).
--------------------------	---

- 4) w załączniku nr 3 do rozporządzenia w części II. „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie leczenia jednego dnia” w lp. 10 część „Pielęgniarki” otrzymuje brzmienie:

Pielęgniarki lub położne	Przeszkolone w zakresie podawania cytostatyków lub w zakresie przygotowania i podawania leków przeciwnowotworowych u dorosłych lub po kursie specjalistycznym w zakresie opieki pielęgniarskiej nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów (równoważnik 3 etatów).
--------------------------	--

§ 2. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej w przypadku leczenia dzieci są obowiązani w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 30 czerwca 2019 r. zapewnić, aby równoważnik etatu na 1 łóżko nie był niższy niż:

- 1) 0,6 w odniesieniu do oddziałów określonych w § 1 pkt 3 lit. a, k, m–q, t, v–x, zb, zd, zh, zm i zp;
- 2) 0,7 w odniesieniu do oddziałów określonych w § 1 pkt 3 lit. c, d, h–j, u, za, zc, zf, zg, zq i zr.

2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej są obowiązani dostosować się do warunków szczegółowych, o których mowa w § 1 pkt 3 lit. a–zr, w zakresie, w jakim warunki te dotyczą zapewnienia równoważnika co najmniej 2 etatów pielęgniarek lub położnych o odpowiednich kwalifikacjach w zakresie specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych, nie później niż w terminie do dnia 31 grudnia 2021 r.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1:

- 1) lit. a w zakresie § 4 ust. 4 pkt 1,
- 2) lit. b

– które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *L. Szumowski*



KOBIETA I STWARDNIENIE ROZSIANE

mgr Magdalena Jarzębska
Specjalista pielęgniarstwa neurologicznego
ZOZ Kłodzko
Członek Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

Motywacją do napisania tego artykułu jest codzienna praca w oddziale Neurologii, z pacjentami chorującymi na stwardnienie rozsiane. Pielęgniarka bardzo często staje się powiernikiem niepokojów związanych z chorobą i pomocnikiem w próbach ich rozwiązania. Z uwagi na przewagę zachorowalności na SM wśród kobiet, przedstawiam informacje z jakimi problemami (pytaniami) może zetknąć się na poszczególnych etapach życia właśnie kobieta z SM.

Stwardnienie rozsiane (SM, sclerosis multiplex) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną ośrodkowego układu nerwowego (OUN), przebiegającą z wieloogniskową demielinizacją aksonów komórek nerwowych czyli niszczeniem osłonek wypustek nerwowych odpowiedzialnych za prawidłowe przewodzenie impulsów elektrycznych. Mimo ciągłych badań, które w znacznym stopniu poszerzyły wiedzę na temat jej patomechanizmu, przyczyna choroby wciąż nie jest znana. Wśród wielu elementów etiologicznych wymienia się bliżej nieokreślone interakcje między predyspozycjami genetycznymi i czynnikami środowiskowymi. Choroba przebiega w sposób bardzo zróżnicowany. Jej objawy mogą obejmować zaburzenia widzenia (pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego, oczopląs, porażenie nerwów odpowiadających za ruchy gałki ocznej), zaburzenia czucia (brak odruchów brzusznych, mrowienia wzdłuż kręgosłupa), niesprawność ruchowa (drżenie kończyn, kurczowy niedowład kończyn dolnych), osłabienie z cechami zespołu zmęczenia, nietrzymanie lub zatrzymanie moczu i wiele innych. Pojawiają się także zaburzenia życia emocjonalnego, seksualnego, społecznego, rodzinnego i zawodowego. Jest chorobą rozpoznawana najczęściej u osób młodych dorosłych, między 20 a 40 r. ż., ale zdarzają się zachorowania zarówno u dzieci, jak i osób w starszym wieku. Obecnie na świecie żyje ok. 2,5 mln chorych na SM, a w Polsce jest ich ok. 50–60 tysięcy.

Pomimo licznych badań naukowych wciąż nie wiadomo, dlaczego kobiety zapadają na tę chorobę od dwóch do trzech razy częściej niż mężczyźni.

Stwardnienie rozsiane to choroba, która w znaczącym stopniu obniża jakość i komfort życia oraz determinuje życiowe wybory chorujących kobiet. Wpływa w różnym stopniu na sfery życia kobiety związane z płodnością, seksualnością i macierzyństwem. Dylematy pojawiają się na każdym etapie zachorowania – od okresu dojrzewania, przez lata młode, po czas przekwitania.

DOJRZEWANIE

Brak jednoznacznych dowodów na to, że dziewczynki które zachorowały na SM mogą mieć opóźnione dojrzewanie płciowe, szczególnie w przypadkach, które nie wymagają leczenia lekami sterydowymi. Niepokojące mogą być przypadki, kiedy nie ma objawów dojrzewania u dziewczynki po trzynastym roku życia – czyli nie obserwujemy powiększenia gruczołów piersiowych, a do szesnastego roku życia nie pojawia się miesiączka.

MIESIĄCZKA

Udowodniono, że u pacjentek chorujących na SM występuje cykliczna zmienność nasilenia objawów neurologicznych. Za przyczynę tego zjawiska uznaje się zmiany poziomu hormonów występujących w trakcie cyklu menstruacyjnego. Wtedy najczęściej nasilają się objawy takie, jak: osłabienie, męczliwość, zaburzenia równowagi czy depresja, Brak samoistnej poprawy po zakończeniu miesiączki, utrzymanie czy narastanie objawów wskazują na „rzut choroby” i wymagają konieczności podania steroidu. Związek układu immunologicznego z hormonalnym to nie tylko odczuwane przez pacjentki dolegliwości, ale jednocześnie zwiększenie liczby zmian aktywnych w badaniu MRI w okresie poprzedzającym krwawienie miesiączkowe.

ŻYCIE SEKSUALNE

Jednym z problemów w przebiegu SM należą zaburzenia funkcji seksualnych. Mogą wynikać z powstawania nieprawidłowych zmian w OUN odpowiedzialnych za kontrolę przekazywania bodźców nerwowych. Mogą być też związane z obecnością innych objawów stwardnienia, jak zaburzenia czucia, niesprawność ruchowa lub trudności z kontrolowaniem oddawania moczu. Na sferę seksualną wpływają również czynniki psychologiczne: unikanie, poczucie mniejszej atrakcyjności. Wśród problemów seksualnych u kobiet z SM wymienia się:

- Zaburzenia czucia – zarówno zmniejszone odczuwanie jak i silna nadwrażliwość (przeczulica), ból pochwy przy stosunku.
- Dysfunkcja pęcherza moczowego i zwieracza odbytu.
- Zaburzenia związane z psychiką – większa skłonność do depresji i reakcji lękowych.

Nie każda pacjentka z SM będzie miała deficyty uniemożliwiające współżycie. Rozsądne dostosowanie się do zmieniającej sytuacji, dobra komunikacja, zrozumienie i bliskość między partnerami, poznawanie zmieniającej się mapy ciała, otwartość na nowe doświadczenia oraz techniki seksualne pomagają w rozwiązywaniu problemów sfery seksualnej.

ANTYKONCEPCJA

Wśród kryteriów wyboru odpowiedniej metody zapobiegania ciąży to: skuteczność, bezpieczeństwo, wpływ na więź partnerską, łatwość w stosowaniu i akceptacja etyczna.

Dla młodych kobiet z SM, które jeszcze nie mają dzieci, bezpiecznym sposobem staje się zarówno antykoncepcja hormonalna, jak i połączenie kilku metod, np.: mechanicznych i chemicznych środków dopochwowych. Dla kobiet, które urodziły dzieci, najlepszym wyborem jest wkładka wewnątrzmaciczna uwalniająca progesteragen.

Kobiety stosujące doustne środki antykoncepcyjne, odczuwają mniejsze nasilenie objawów neurologicznych w czasie trzytygodniowego przyjmowania tabletek w porównaniu z dniami, kiedy następuje przerwa w ich stosowaniu.

SM nie jest chorobą dziedziczną. Jednak około 10–15% wszystkich zachorowań dotyczy rodzin. W przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego z występowania SM u kilku członków rodziny, przyszła mama powinna być poinformowana o tej predyspozycji w oparciu o dane genetyczne i epidemiologiczne.

LEKI IMMUNOMODULUJĄCE I ANTYKONCEPCJA, CIĄŻA

Zaleca się, aby przed planowaną ciążą kobieta w porozumieniu ze swoim lekarzem neurologiem odstawiła leki które przyjmuje.

Leki immunomodulujące, jak interferony i octan glatirameru, mają wysoki poziom bezpieczeństwa zarówno w kontekście ciąży, rozwoju dziecka, jak i ryzyka wystąpienia wad płodu. Zajście w ciążę w trakcie ich stosowania nie stanowi istotnego zagrożenia dla rozwoju dziecka. Podobne informacje dotyczą natalizumabu.

Natomiast w przypadku stosowania fumaranu dimetylu i alemtuzumabu medycyna nie dysponuje wystarczającą wiedzą potwierdzoną badaniami. W przypadku pierwszego leku dopuszcza stosowanie do dnia poczęcia dziecka, a w trakcie leczenia drugim zaleca się stosowanie skutecznej metody antykoncepcyjnej, a lek powinno się odstawić na cztery miesiące przed zajściem w ciążę.

Antykoncepcja jest również bezwzględnie konieczna w trakcie leczenia finglimodem / ryzyko wad płodu / teryflunomidem / przyjmowany w czasie ciąży powoduje ciężkie wady wrodzone / i mitoksantronem zmniejsza płodność i zwiększa ryzyko wad płodu

SM nie wpływa na zaburzenia cyklu miesięczkowego, nie zmienia liczbę owulacji. Brakuje dowodów na to, żeby wpływało na płodność, prowadziło do zwiększonej liczby poronień czy martwo urodzonych dzieci lub wystąpienia wad wrodzonych.

CIĄŻA

Decyzja o macierzyństwie staje się szczególnie trudna u pacjentek z SM przede wszystkim z obawy przed tym, że choroba będzie miała negatywny wpływ na możliwość zapewnienia dziecku odpowiedniego zaplecza psychosocjalnego i ekonomicznego. Nie ma przeciwwskazań do zajścia w ciążę dla pacjentek z SM, które pragną mieć dziecko, nie wymagają modyfikacji leczenia i nie istnieją ograniczenia w karmieniu piersią. Jedynym argumentem odraczającym zajście w ciążę to względy neurologiczne – szybko postępujący przebieg choroby i leczenie tymi środkami, które powodują duże ryzyko nieprawidłowego rozwoju płodu. Ciąża nie ma negatywnego wpływu na przebieg SM. Badania wykazały, że w drugim, a zwłaszcza trzecim trymestrze ciąży występuje zmniejszenie ryzyka zaistnienia rzutu choroby, a donoszona ciąża odracza moment wystąpienia utrwalonej niepełnosprawności i przejścia w chorobę wtórnie postępującą.

Stabilny przebieg SM nie wpływa na ciążę. Pojawiają się doniesienia o mniejszej masie urodzeniowej dzieci. Pacjentki z rozpoznaniem SM wymagają szczególnej troski ze strony położnika-ginekologa.

Ryzyko wystąpienia rzutu u pacjentki z SM występuje po urodzeniu dziecka, zwłaszcza w pierwszych sześciu miesiącach po rozwiązaniu. Pozostaje niejasne dlaczego się tak dzieje.

Ciąża to okres zwiększonej tolerancji immunologicznej, które przestają działać po porodzie, dodatkowo dochodzi stres związany z wysiłkiem, zwiększone ryzyko infekcji i wystąpienia gorączki w okresie poporodowym.

Wszystko to może przyczynić się do wystąpienia zaostrenia choroby.

PORÓD

Decyzje pacjentek z SM co do sposobu zakończenia ciąży są ustalane indywidualnie. Poród drogami natury zmniejsza ryzyko powikłań w porównaniu z porodami zabiegowymi, ale niewiele chorych decyduje się na ten sposób zakończenia ciąży. Należy podkreślić, że przy braku objawów zagrożenia dla płodu poród fizjologiczny jest bezpiecznym

Stwardnienie rozsiane (SM, sclerosis multiplex) jest przewlekłą chorobą autoimmunologiczną ośrodkowego układu nerwowego (OUN), przebiegającą z wieloogniskową demielinizacją aksonów komórek nerwowych czyli niszczeniem osłonek wypustek nerwowych odpowiedzialnych za prawidłowe przewodzenie impulsów elektrycznych.



sposobem rozwiązania. Właściwe nastawienie psychiczne wpływa pozytywnie dla tolerancji bólu w przebiegu porodu naturalnego. Kobiety potrzebujące pomocy w opanowaniu bólu porodowego, zwłaszcza w przypadku przedłużającego akcji porodowej z różnych form działań przynoszącym ulgę w bólu. Wyszczególnia się techniki niefarmakologiczne (np. masaże, kąpiel w wannie, doule i inne) jak też znieczulenia przewodowe – dolędźwiowe). U chorych na SM ważna jest ocena siły mięśniowej (duże osłabienie i męczliwość), ponieważ wykonane znieczulenia stwarza ryzyko spowolnienia porodu. większość, bo aż 90% kobiet z SM decyduje się na poród przez cięcie cesarskie.

KARMNIENIE PIERSIĄ

Matki chorujące na SM i karmiące piersią mają o połowę mniejsze ryzyko wystąpienia rzutu choroby niż matki niekarmiące. Karmienie piersią ma dodatkowy wpływ na fizyczny i emocjonalny rozwój dziecka. Badania wykazały ochronny wpływ karmienia piersią (co najmniej przez cztery miesiące) na ogólne ryzyko wystąpienia SM u dzieci kobiet karmiących. Kobiety o bardzo aktywnym przebiegu choroby, złym prognostycznie profilu, mające rzut w czasie ciąży, czy nie stosowały leczenia modyfikującego przed ciążą powinny wrócić

niezwłocznie do leków sprzed ciąży i rozważyć ze swoim neurologiem karmienie piersią.

MENOPAUZA

Pacjentki z SM przechodzą okres menopauzy tak samo jak kobiety bez schorzeń neurologicznych. Też doświadczają objawów wypadowych jak: uderzenia gorąca, nagłe, obfite pocenie się, kołatania serca, zaburzenia koncentracji i pamięci, stabilności emocjonalnej czy zaburzenia snu. W każdym przypadku nasilonych objawów wypadowych u pacjentek z SM i przy braku przeciwwskazań, należy rozważyć możliwość leczenia hormonalną terapią zastępczą (nie ma doniesień o negatywnym wpływie HTZ u pacjentek z SM). Większość pacjentek, które zdecydowały się na terapię, odczuwa znaczne zmniejszenie, a czasem całkowite ustąpienie dolegliwości i poprawę funkcjonowania. HTZ może poprawić czynność pęcherza moczowego (zwłaszcza w terapii dopochwowej) u wszystkich pacjentek po menopauzie. Problemy z prawidłowym utrzymaniem moczu u pacjentek bez deficytów neurologicznych, które rodziły dzieci siłami natury, skutecznym leczeniem zachowawczym może być miejscowe HTZ i ćwiczenia.

Literatura do wglądu u autora

KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE

XVIII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA POD HASŁEM PRZEWODNIM –
EDUKUJEMY, OSWAJAMY, USPAKAJAMY, PRACUJEMY BEZPIECZNIE
– CZYLI JAK POMAGAMY W NARODZINACH
18–21 listopada 2018 r. – Karpacz

Podczas zjazdu omawianych było wiele tematów dotyczących zagadnień z położnictwa i neonatologii, świadomego rodzielstwa, bezpieczeństwa dziecka oraz relacji personel medyczny – pacjent.

Grono wykładowców zagwarantowało wysoki poziom merytoryczny. Tematy wzbudzały ożywioną dyskusję, wykładowcy udzielali wyczerpujących odpowiedzi. Firmy uczestniczące przyczyniły się do poznania wielu nowości na rynku medycznym środków kosmetycznych i pielęgnacyjnych.

Otwarcie zjazdu rozpoczął wykład inauguracyjny, którego tematem były aspekty prawne wykonywania zawodu położnej oraz RODO w położnictwie, czyli jak chronić dane nie tylko swoje.

Jan Federowicz, ekspert ochrony informacji wrażliwych i poufnych oraz danych osobowych, ekspert wdrażania procedur zarządzania danymi przedstawił nam znaczenie RODO, które mówi o ochronie danych osobowych, czyli o osobach fizycznych. Osobach dorosłych lub małoletnich.

W położnictwie jest to bardziej skomplikowane. Położnictwo jest dziedziną medycyny zajmującą się fizjologicznym okresem ciąży, porodu i połogu.

Z punktu widzenia prawa, do momentu poczęcia tylko dane matki są chronione i choć małżeństwo nie ma prawa głosu, chronimy dane osobowe dwóch osób jednocześnie.

Bardzo trudno jest to wszystko zrozumieć i zastosować bez rozterek prawnych i etycznych. Informacje w mediach pod hasłem RODO dają wrażenie, że RODO to kataklizm. Jesteśmy straszeni konsekwencjami i karami. Prawo trzeba zastosować w codziennej praktyce, przy łóżku pacjenta w rejestracji w szkołach rodzenia, w rozmowach, a także w systemach komputerowych. Wszystkie przepisy mają swoje dobre i złe strony. Jednak nie można ich się bać. Najważniejsze jest życie i zdrowie pacjenta.

Ochrona danych osobowych pacjentów i pracowników musi być nierozdzielnie związana z ochroną danych przedsiębiorstwa, czyli jednostki prowadzącej działalność medyczną. Dobrze jest gdy powiążemy ją z systemami zarządzania, jakością lub innymi procedurami zabezpieczającymi bezpieczeństwo i jakość.

Jednostka medyczna i jej pracownicy wiedzą o swoim pacjencie czasem więcej niż ich rodzina. Dane o pacjencie to dane ściśle medyczne i dane osobowe zwykłe oraz dane społeczne. Bez takich danych nie jest możliwe skuteczne leczenie lub odpowiednie prowadzenie ciąży, porodu i połogu. W każ-

dym przypadku na pierwszym miejscu jest dobro pacjenta i zdrowy rozsądek. Decyzje istotne dla pacjenta podejmowane są w ułamku sekundy. Nie może być wtedy pomyłek i niedopuszczalna jest jakakolwiek strata czasu na szukanie informacji. I to jest powód, dlaczego nie powinno się stosować prawa literalnie. Ale dlaczego dane pacjenta mogą być ważne dla innych osób spoza kręgu rodziny i opiekunów medycznych. Kochająca rodzina chciałaby wiedzieć, co się dzieje z ich krewnymi, jak im pomóc. Niekochająca może chcieć wiele, aby go ubezwłasnowolnić lub zabrać mu majątek Ubezpieczyciel najchętniej nie wypłaciłby nic z polisy więc szuka „kruczków”. Przedstawiciel farmaceutyczny może chcieć wiedzieć, jakie są choroby żeby sprzedać lekarstwa lub sprzęt.

Pracownicy jednostki medycznej muszą to wszystko spoznać i wyczuć, a potem odpowiednio do sytuacji zareagować. Wyciek danych może być czasem celowy, czasem przypadkowy, a czasem to po prostu kradzież lub wyludzenie. Przed przypadkowym wyciekiem danych obroną nas właściwie i rozumiale dla wszystkich procedury i szkolenia. Oznacza to dla nas i pracowników mniej stresu, oszczędność czasu i energii w trakcie pracy.

JEDZENIE I PICIE W TRAKCIE PORODU W ŚWIETLE BADAŃ NAUKOWYCH I REKOMENDACJI –

to temat, który przedstawiła położna Sylwia Ura-Polak. Głód i pragnienie podczas porodu nie jest czynnikiem sprzyjającym. Zakaz może powodować stres i poczucie zagrożenia, potęgować percepcję porodu. Poród porównywany jest do maratonu więc podobne jest zapotrzebowanie energetyczne. Kobiety boją się, że nie będą miały siły urodzić dziecka, że będą wycieńczone.

Ograniczenie podstawowego prawa człowieka do jedzenia i picia można zastosować tylko w przypadku konkretnych i indywidualnych wskazań medycznych. Rodzące z grupy niskiego ryzyka powinny mieć swobodę w zaspokajaniu potrzeb głodu i pragnienia w czasie porodu. Głodzenie kobiet może zaburzać przebieg porodu i wystawić na ryzyko jego niepotrzebnej medykacji czy komplikacji. Odsetek zachyłstowego zapalenia płuc u rodzących, co jest głównym powodem przebywania na czczo podczas porodu zmalał dzięki postępowi w analgezji, a nie zakazie jedzenia, jest niezwykle rzadkim powikłaniem. Poród u kobiet, które mogły swobodnie jeść i pić był średnio krótszy o 16 minut w porównaniu do grupy kontrolnej przebywającej na czczo.

Sytuacje, kiedy wydaje się być zasadne pozostawanie na czczo to.



- Stan przedrzucawkowy
- Rzucawka
- Otyłość
- Leki opioidowe łagodzące ból porodowy

W świetle doniesień naukowych rutynowy zakaz przebywania na czczo w trakcie porodu wydaje się być bezpodstawny i nieaktualny.

CZY BÓLE BRZUCHA U NIEMOWLĄT MOGĄ WYNIKAĆ Z KARMIENTA PIERSIĄ ?

Noworodek potrzebuje karmienia NA ŻĄDANIE – czasami non-stop. Wiele kobiet ma wizję uporządkowanego, sterowanego przez matkę karmienia, teoretycznie wiemy, że dziecko ma kierować karmieniem, gdy faktycznie ono chce jeść bez przerwy bardzo to młodych rodziców zadziwia. Noworodek często chce być przy piersi bezustannie, instynktownie wie, że w ten sposób może „zamówić” sobie odpowiednią ilość mleka. To nasza zachodnia kultura próbuje uporządkować karmienie. W wielu innych kręgach kulturowych, zupełną normą jest karmienie nawet i 40 razy dziennie. Karmienie w regularnych odstępach czasu to bardzo współczesny wynalazek.

- Różne objawy dolegliwości u niemowląt.
- Szybkie, forsowane łykanie przede wszystkim na początku karmienia, krztuszenie się, niepokój.
- Wzdęcia, kolki strzelające, pienne, wodniste, śluzowe stolce.
- Bardzo duże tygodniowe przyrosty masy ciała 400–500 g.
- Częste karmienie (ssanie łagodzi dolegliwości – błędne koło).
- Problemy oddechowe przy powtarzającej się aspiracji mleka do dróg oddechowych.

- Nietolerancja laktozy.
- Wzmoczone napięcie mięśniowe.

Płacz i drażliwość to objawy zgłaszane 1/5 rodziców, a tylko u 5% płaczących niemowląt stwierdza się podłoże organiczne. Rodzice szukają rozwiązań w medycynie, a często rozwiązania tkwią w psychologii, w samym sposobie karmienia lub emocjach i odpowiednim pielęgnowaniu i rozluźnieniu niemowlęcia.

Dziecko może być płaczliwe, niespokojne nie dlatego, że jest głodne, czy coś mu dolega, ale dlatego, że walczy o uwagę matki z depresją, relację, miłość – co jest tak samo ważne dla jego przetrwania jak pokarm.

GDY POWITANIE STAJE SIĘ POŻEGNIANIEM

Jak wspierać, jak rozmawiać z rodzicami z doświadczeniem straty perinatalnej – Bogna Kędzierska, dr n. hum. w zakresie psychologii.

Klaus i Kennell (1976), pediatrizy, jako pierwsi zajęli się empirycznym badaniem strat perinatalnych i okołoporodowych.

Już wtedy zwrócono uwagę na konieczność kontaktu z martwym dzieckiem oraz unikania podawania leków uspokajających zauważając, że przeszkadzają w pracy z żalem. Wprowadzono również ideę „dyskusji grupowych”, obserwując, że pogrążone w żałobie matki korzystają np. na czytaniu dzienników innych kobiet, które doświadczyły straty.

Wskazano jak bardzo ważne jest pozwolenie kobietom na pożegnanie swoich martwych dzieci zachęcanie do nadawania im imion i prowadzenia pogrzebów.

Wspierano kobietę potrzebę uznania istnienia dziecka, jako oddzielnego bytu, aby być w stanie go opłakiwać – „strata staje się nieważna, gdy nikt nie żałuje”

Coraz szersza wiedza pozwalająca zrozumieć znaczenie i skutki strat perinatalnych dla rodziców, stawia przed personelem medycznym coraz wyższe wymagania i wskazuje na inne niż dotychczas postrzeganie sytuacji pary spodziewającej się dziecka. Nienarodzone dziecko w sposób szczególny i intymny niesie marzenia rodziców – a śmierć dziecka zamienia te marzenia w ból. Jednocześnie to marzenia i spotkanie (pożegnanie) – są jedynymi elementami, którymi można wypełnić wspomnienia i na których opiera się żałoba.

W przypadku straty dziecka, czy z powodu poronienia, porodu przedwczesnego, czy w wyniku wad letalnych ważne jest postępowanie personelu:

- nie należy mówić – „jest pani młoda, będzie następne dziecko...”,
- mieć czas dla tej kobiety,
- spytać się o jej potrzeby,
- wysłuchać,
- pozwolić wyplakać,
- po prostu być.

Dla osoby w sytuacji traumatycznej przytulenie i wygadanie to dwie najważniejsze potrzeby.

Trzeba pamiętać, że rodzice mają prawo pożegnać się z dzieckiem, a my powinniśmy im pomóc, dać im tyle czasu ile potrzebują.

Opieka nad matką dziecka chorego, podczas jej ciąży, porodu i połogu oraz nad rodzicami, którzy utracili swoje dziecko stanowi ogromne wyzwanie dla osób ją podejmujących.

Świadome przygotowanie do sytuacji oczekiwania na urodzenie dziecka nieuleczalnie chorego ma ogromne znaczenie tak dla jego rodziców, jak i wszystkich tych, którzy w ramach opieki hospicjum perinatalnego, będą się w różny sposób angażować na różnych etapach.

KANGUROWANIE – BLISKOŚĆ, KTÓRA LECZY

Kangurowanie – czyli kontakt „skóra do skóry” to oficjalna praktyka medyczna, której standardy Światowa Organizacja Zdrowia opracowała w 2003 roku jako zalecenia wobec wcześniaków i dzieci urodzonych w terminie.

Pierwszy kontakt, położenie nagiego noworodka na gołym brzuchu i piersi matki jest najważniejszym elementem techniki



kangurowania. Pierwsze minuty przy kontakcie „skóra do skóry” to czas wyrównania oddechu, rytmu serca i temperatury ciała dziecka, potem następuje wymiana flory bakteryjnej między matką a noworodkiem. Ten pierwszy czas spędzony razem to też inwestycja w zdrowie matki – kangurowane kobiety nie tylko mają więcej pokarmu i dłużej karmią piersią, ale są znacznie mniej podatne na tzw. baby blues oraz depresję poporodową. Zalecenia Ministra rekomendują nieprzerwalny kontakt „skóra do skóry” bezpośrednio po porodzie przez minimum 2 godziny, o ile stan dziecka i matki na to pozwalają.

Dzieci zdrowe urodzone, urodzone w terminie powinny być kangurowane, co najmniej 1 godzinę dziennie, przynajmniej do ukończenia trzeciego miesiąca życia.

MASAŻ SHANTALA – METODA CZY MODA

Masaż jest w wielu kulturach codziennym rytuałem, wykonywanym od chwili narodzin. Wywodzi się z Indii. W Europie został rozpowszechniony przez francuskiego położnika Frederica Leboyera, który w latach 60-tych XX wieku pracował w Kalkucie.

Masaż Shantala jest masażem, który może wykonywać każdy rodzic. Nie jest on masażem rehabilitacyjnym i wymaga jedynie przeszkolenia. Służy często jako uzupełnienie prowadzonej fizjoterapii. Dodatkowo może być stosowany u dzieci niepełnosprawnych, gdzie spełnia rolę stymulacji.

Zalety masażu Shantala:

- masaż uspakaja, wycisza, pomaga w zasypianiu
- pomaga rozluźnić się
- umacnia więź emocjonalną
- zwiększa poczucie bezpieczeństwa dziecka
- regularny masaż zaspakaja potrzebę dotyku
- poprawia odporność, poprzez pobudzenie układu limfatycznego
- w przypadku tzw. kolek pomaga w oddawaniu gazów i trawieniu
- przyspiesza perystaltykę jelit pomagając przy wypróżnieniu
- usuwając napięcie mięśniowe, przywraca prawidłowy rytm serca oraz normalizuje ciśnienie krwi
- sprzyja rozwojowi aparatu mowy

WNIOSKI

- Masaż Shantala jest doskonałą formą relacji pomiędzy rodzicem i dzieckiem
- Masujący dotyk ma ważne znaczenie dla emocjonalności dziecka, ponieważ dzięki niemu dziecko staje się spokojniejsze, łatwiej się socjalizuje
- Masowanie wpływa na wzmocnienie układu odpornościowego
- Warto masować dzieci i zapewnić im codzienny dotyk

W trakcie spotkań miałyśmy możliwość podzielenia się z koleżankami naszymi problemami oraz wymienić się doświadczeniami.

NZOZ Szpital Powiatowy w Dzierżonowie
poł. Bożena Cichocka
poł. Marzanna Powel

KARMIENIE PIERSIĄ – SKORO NATURALNE, TO, DLACZEGO BYWA TRUDNE?

XI ZJAZD CENTRUM NAUKI O LAKTACJI I KONFERENCJA SZKOLENIOWO-NAUKOWA
8–9 czerwca 2018 r. – Warszawa

Pierwsza sesja dotyczyła sytuacji opieki laktacyjnej w Polsce, goście zabierali głos po wysłuchaniu wyników dwóch badań. Gościem specjalnym był prof. **Juan Miguel Rodríguez**, który wyjaśniał rolę mikrobioty w mleku ludzkim dla zdrowia matek i dzieci oraz objawy jej zaburzeń (dysbiozy).

Wręczono 80 nowych certyfikatów – „Certyfikowany Doradca Laktacyjny” (CDL).

Firma Nutropharma przedstawiła kampanię pt. Koniec zabawy w chowanego, która promuje swobodne karmienie piersią w miejscach publicznych. Firma Lenny Lamb pokazała jakie znaczenie ma chustowanie dzieci (były też warsztaty na ten temat prowadzone przez promotorki KP).

W drugiej sesji słuchaliśmy o wykorzystaniu mleka kobiecego w innych celach oraz o leczeniu matek z depresją – co ważne – bez odstawiania dzieci od piersi mamy!

W trzeciej sesji zapoznaliśmy się z badaniami na temat spowijania i praktykami dość powszechnymi na naszych oddziałach, które niestety są obarczone ryzykiem. Poznaliśmy, jakie cechy laktatorów mają największe znaczenie dla wydajności odciągania i co jest ważne dla matek.

Niezwykłą popularnością cieszył się dzień warsztatowy. Na koniec padło gremialnie – za rok więcej warsztatów!

Dr n. Med. Magdalena Nehring-Gugulska uroczyście otworzyła konferencję podsumowując osiągnięcia i sukcesy w promowaniu karmienia piersią. Wieloletnie badania kliniczne i epidemiologiczne ukazują jak wiele kobiet ma problemy z laktacją. Standaryzacja procedur medycznych i kształcenie podyplomowe medyków w dziedzinie poradnictwa laktacyjnego pozwala na skuteczną pomoc matką w udanej laktacji. Wyniki badań prowadzonych na kilku – tysięcznych grupach kobiet wykazały, że stosowany dotychczasowy system opieki jest niewystarczający. Zbyt szybko zleca się dokarmianie. Wysoki wskaźnik karmienia mieszanego i sztucznego generuje kosztami dla systemu (136 milionów pochłonęła refundacja sztucznych mieszanek produkowanych przez zagraniczne koncerny tylko 2016 roku.) Trudne do wyliczenia są też koszty zdrowotne u dzieci i matek (infekcje przewodu pokarmowego, zapalenie ucha, otyłość, cukrzyca) Centrum nauki o Laktacji proponuje dwustopniowy system opieki nad matką i dzieckiem w okresie laktacji. Zapewnia, że wydzielenie procedury podstawowej i specjalistycznej porady laktacyjnej, jako oddzielnego świadczenia zdrowotnego spełni swoje zadanie. Na poziomie podstawowym porady laktacyjnej udzielać będą porady położne w szpitalu, położne środowiskowe, lekarze i pielęgniarki POZ a specjalistycznej porady laktacyjnej udzieli położna CDL, pielęgniarka CDL i lekarz z CDL. Projekt nie został przyjęty przez Ministerstwo Zdrowia.

Czy Polska jest krajem przyjaznym matce karmiącej i jej dziecku? Już po raz trzeci przeprowadzono badania na grupach, które zawodowo wspierają kobiety w laktacji. W tym roku oceniano prace lekarzy rodzinnych, położnych z oddziałów szpitalnych i doradców laktacyjnych. Wyniki tego raportu i dwóch poprzednich są zbliżone. Porady nie są zawsze przeprowadzone z aktualną wiedzą oparta na naukowych dowodach czy praktyce. Lekarze rzadko i niewiele czasu poświęcają laktacji, nie są wsparciem w walce o utrzymanie karmienia piersią. Postawa położnych na oddziałach oceniona została pozytywnie ale w porady laktacyjnej brakowało instruktazu techniki karmienia piersią, ogólnych zasad postępowania, oceny skuteczności kar-



mienia i porady o częstych problemach (ból brodawek, odciąganie pokarmu, problemy z ilością mleka).

Certyfikowani Doradcy Laktacyjni zostali ocenieni wysoko, kobiety podkreślały skuteczną pomoc w rozwiązaniu problemów laktacyjnych. Grupa specjalistów z CDL to osoby empatyczne, zaangażowane we wsparcie i ratowanie laktacji, stosując procedurę specjalistycznej porady laktacyjnej uzyskują bardzo wysoką skuteczność i wyrównują szanse matek na udane karmienie.

Matki karmiące piersią z depresją – wyzwanie dla zespołu terapeutycznego, który przybliżyła nam dr Joanna Krzyżanowska-Zbucka. 50–80 % młodych matek po porodzie mają stan określony jako „baby blues”. Są to wahania nastroju związane z okresem adaptacyjnym związane z do nowej sytuacji, huśtawką hormonalną które większości przypadków wymagają wsparcia i pomocy otoczenia. 20% kobiet które urodziły dzieci cierpi na zaburzenia psychiczne. Bywają jednorazowe epizody ale mogą przechodzić w stany przewlekłe. Wpływ na wystąpienie zaburzeń to mieszanka różnych czynników biologicznych (poród, połóg, utrata krwi, ból, zabiegowość, chroniczne zmęczenie, brak regularnego snu, gwałtowne zmiany hormonalne) oraz psychologiczne (stres, lęk, brak wiary w siebie, nowa sytuacja, nowe wyzwania, nowe role społeczne wymagające przebudowania relacji społecznych w rodzinie, w środowisku. Czynniki ekonomiczne i socjalne wpływają na depresyjność młodych matek. Często zdarza się że już okresie wczesnej ciąży kobiety te mają wiele problemów biologicznych, emocjonalnych, ekonomicznych czy społecznych. Kobiety mają lęki, boją się, że zrobią coś sobie czy dziecku, myśli o śmierci, bywają agresywne lub zbyt wyciszone. Bardzo pomocna w ocenie stanu pacjentki jest Edynburska Skala Depresji Poporodowej (www.depresja-poporodowa.pl/objawydepresji.php). Za pomocą tej skali możemy potwierdzić zaobserwowany problem i poinformować o możliwościach dalszej diagnozy i leczenia. Zaburzenia psychiczne leczy się terapią skojarzoną – leczenie farmakologiczne, psychoterapia i edukacja rodzinna. Lekarz wybiera odpowiednie leki tak, aby kobieta nie musiała rezygnować z karmienia piersią. Bo karmienie piersią jak podkreślała to pani dr – „karmienie piersią, też jest lekiem w depresji. Jest to, bowiem najważniejsze zadanie, jakie wypełnia kobieta w roli matki. Buduje prawidłowe relacje emocjonalne, społeczne które mają wpływ na całe życie Samo odstawienie od piersi może być traumą która przyczynia się do powrotu stanów depresyjnych”. Przy wyborze leków w kategorii ryzyka laktacyjnego udostępnione są dane według prof. Hale, a można też sprawdzić w bazie internetowej amerykańskiej LactMed (www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm)

Bakterie w mleku matki. Czym jest dysbioza laktacyjna i jak się objawia? czy mogą pomóc probiotyki – prof. Juan Miguel Rodriguez.

„Kobiece mleko jest złożonym, specyficznym dla gatunku płynem biologicznym, który zaspakaja potrzeby żywienia niemowląt, kształtuje układ odpornościowy niemowlęcia i zapewnia pewien stopień ochrony przed patogenami”.

Techniki oparte na posiewach i inne ujawniły, że mleko ludzkie nie jest jałowe: są gronkowce, paciorkowce, maczugowce, propionibakterii, bakterie kwasu mlekowego i bifidobakterie. Dzisiaj wiemy, że ludzkie mleko powoduje kolonizację fiotypów bakteryjnych w przewodzie pokarmowym niemowląt



i wywołuje korzystny wpływ przy zapobieganiu chorobą układu pokarmowego, oddechowego. Może zmniejszyć ryzyko chorób cywilizacyjnych cukrzycy i otyłości. Szczepy bakterii ludzkiego mleka są wyjątkowo dostosowane do przebywania w przewodzie pokarmowym człowieka i współdziałają w symbiozie. Wykorzystano właściwości zdrowotnych ludzkich szczepów *Lactobacillus* do leczenia zapalenia piersi. Istnieje wiele czynników które mogą prowadzić do infekcyjnego zapalenia piersi, głównie medycznej przyczyny skrócenia czasu karmienia a także powrotów zapalenia piersi w następnym dziecku. Sama terapia antybiotykowa nie przynosi skutków oczekiwanych, dlatego nowy rozwój strategii leczenia zapalenia piersi oparty jest na probiotykach wyizolowanych z mleka kobiecego oraz terapii przeciwzapalnej leków niesteroidowych. Paracetamol i Ibuprofen należy stosować naprzemiennie, jeśli występuje gorączko, a przypadku braku gorączki stosować wyłącznie Ibuprofenu.

Badania do wykazały, że doustne podawanie pałeczek kwasu mlekowego może być skutecznym sposobem zapobiegania laktacyjnego zapalenia piersi. Podawanie profilaktyczne *Lactobacillus salivarius* PS2 w okresie późnej ciąży, chroni kobiety które chorowały w poprzedniej ciąży na zapalenie piersi.

Badania naukowe dowodzą, że przyczyną bólu piersi, bólu brodawek bardzo rzadka jest grzybica piersi, grzybica brodawek i w odniesieniu do takiego stanu należy używać terminu „podostre zapalenie piersi.

Zespół badawczy pod przewodnictwem Magdaleny Nehring-Gugulskiej omówił skuteczność leczenia ran brodawek, przez zastosowanie wypracowanego protokołu leczenia brodawek, który głównie opiera się na:

- Korekcje techniki karmienia,
- Prawidłowej pozycji, prawidłowego przystawianie do piersi,
- Higienie rąk przed karmieniem,
- Przygotowaniu piersi do karmienia,
- Czasu karmienia
- Badaniu piersi kobiety,
- Badaniu warunków anatomicznych jamy ustnej dziecka,
- Funkcji ssania oraz obserwacji samego aktu karmienia.
- U matki odciągającej karmienie ocena wyboru rozmiaru lejka oraz doboru laktatora.

Działania dotyczą skóry

- Stopień 1 – pokarm matki lub lanolina
- Stopień 2 – pokarm matki i odkażanie octoniseptem 4 × na dobę

- Stopień 3 – i stany miejscowe i przewlekłe – miejscowe leczenie p – bakteryjne,
- P – zapalne, przyspieszające leczenie ran.

W eksperymencie medycznym zastosowano opatrunki które nie zawierały środków antybakteryjnych, tylko surfaktan i superabsorbent przyspieszający gojenie się ran przez tworzenie się wilgotnego środowiska niezbędnego dla prawidłowego gojenia się ran. Wyniki zastosowania tych opatrunków nie potwierdziły skuteczności ich zastosowania przy uszkodzonych bolesnych brodawkach. Leczenie ww. protokołu leczenia bolesności i uszkodzenia brodawek jest skuteczne.

Mleko kobiece jest najlepszym źródłem pokarmu dla niemowląt. Podstawowe substraty jak: białka, lipidy, węglowodany, witaminy i minerały zostały przebadane i uznane za najbardziej optymalne pod względem rodzaju, składu, ilości i niezbędnych właściwości do wzrostu niemowlęcia stanowiąc wzorzec składu pokarmu zastępczego. Naukowcy badają pokarm kobiecy pod kątem potencjalnej roli leczniczej i wspomagające leczenie oraz utrzymanie w zdrowiu. Istnienie komórek matki w mleku ludzkim, od leukocytów po komórki nabłonka w różnych stadiach rozwojowych, laktocytów, komórek progenitorowych i macierzystych, kompleksu HAMLET bakterii symbiotycznych stwarza nowe możliwości zastosowań mleka ludzkiego. Standardem zalecanym w celu przyspieszenia gojenia się ran i zapobiegania zakażeniu jest smarowanie pokarmem brodawek piersiowych oraz smarowanie nadwrażliwych brodawek w ramach codziennej higieny. W czasie spotkania został przedstawiony aktualny przegląd literatury oraz wyniki prac badawczych o możliwościach wykorzystania mleka kobiecego i sposobach poza żywieniowego wykorzystania mleka kobiecego między innymi w leczeniu i prewencji atopowego, odpieluszkowego zapalenia skóry, nieżyty nosa, noworodkowego zapalenia spojówek, pielęgnacji kikutu pępowninowego, a nawet we wspomaganiu leczenia przeciwnowotworowego a nawet medycynie regeneracyjnej. Należy podkreślić, że opisane właściwości mleka kobiecego i siary dotyczy mleka świeżego, użytego bezpośrednio po odciążeniu.

Wykorzystanie mleka kobiecego w terapii może jedynie uzupełniać, a nie zastępować ugruntowane postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną. Mimo wiedzy na temat skuteczności niektórych metod naturalnych i niewielkiej szkodliwości, rezygnuje się ze wspomagania dostępnymi środkami naturalnymi, min. O możliwości zastosowań mleka kobiecego. Dlatego, istnieje konieczność prowadzenia publikacji wiarygodnych badań naukowych dotyczących poza żywieniowych możliwości wykorzystania mleka kobiecego oraz zastosowania ich w praktyce.

Ciekawym wykładem była prelekcja lek. Magdaleny Castello-Rokickiej „Jak sobie radzić z płaczem niemowląt-spowijając dzieci, czy nie?” Płacz jest sposobem komunikacji niemowlęcia w odpowiedzi na głód, pragnienie, ból, znużenie, zmęczenie, zdenerwowanie, potrzebę bliskości. W grudniu 2017 roku na potrzeby Centrum Nauki o Laktacji przeprowadzono bada-

nie ankietowe mające na celu ocenę zjawiska spowijania przez polskie matki.

Ankieta, składającą się z 13 pytań, wypełniło 597 respondentek – użytkowniczek forów internetowych. Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że jakąś formę spowijania stosowało aż 80,4% ankietowanych kobiet, z czego 50,3% spowijała zarówno w szpitalu, po porodzie, jak i w domu, a 15,4% wyłącznie w szpitalu. W szpitalach dzieci były owijane w różki, beciki 53,5%, pieluszkę tetrową 24,6%, koc 22,5%, do otulania w domu wśród odpowiedzi często był wymieniany otulacz typu Woombie 22,5%.

Ze stosowaniem spowijania wiąże się potwierdzone naukowo ryzyko związane z dysplazją stawów biodrowych, wystąpieniem nagłej śmierci łóżeczkowej, rośnie ono wraz z wiekiem dziecka i jest zależne od pozycji, w której dziecko spało, hipertermii, infekcji dróg oddechowych, większego ubytku masy ciała w 5 dobie życia u dzieci spowijanych zaraz po porodzie w stosunku do dzieci niespowijanych. Nie udowodniono, by spowijanie wpływało negatywnie na rozwój ruchowy dziecka lub osiąganie przez nie kamieni milowych.

Do zalet spowijania potwierdzonych naukowo wymienia się: zmniejszenie odczuwania bólu, poprawę napięcia mięśniowego u wcześniaków, uspokojenie i wyciszenie u noworodków z zespołem abstynencyjnym, dłuższym, dłuższy sen, rzadsze wybudzanie się u zdrowych niemowląt w wieku od 24-180 dni. Spowijanie nie wpływa na lepszą termoregulację dzieci.

Spowijanie cieszy się rosnącą popularnością należy pamiętać by było ono bezpieczne i otulać dzieci, mogły swobodnie ru-

szuć nóżkami, nie były układane na brzuchu ani na boku. Powinno się zaprzestać spowijania najpóźniej, kiedy niemowlęta ucą się obracać z pleców na brzuch. Dla prawidłowego przebiegu laktacji od samego początku i właściwego wytwarzania się więzi między matką a dzieckiem, niemowlęta nie powinny spędzać w skrupowaniu zbyt wielu godzin w ciągu doby. Koniecznie należy uczulać matki, by rozwijały dzieci do karmienia i pamiętały o wygodnym oparciu pleców w celu jak najlepszego wykorzystania naturalnych odruchów noworodkowych ułatwiających ssanie piersi. Zamiast wyłącznie spowijania warto rodzicom, którzy mają trudność w ukojeniu płaczu swojego dziecka,

że niemowlęta najlepiej czują się w kontakcie „skóra do skóry”, noszone. Im szybciej będą reagować na potrzeby dziecka, tym bardziej ograniczymy ilość płaczu dziecka na dobę.

Polecam wszystkim koleżankom taką formę dokształcania. Mamy możliwość wymiany doświadczeń i osobiście spotkać się z koleżankami tej samej branży. Uaktualnić wiedzę w zakresie laktacji, gdyż jest dużo nowych badań, co wnoszą już inne postępowanie w prowadzeniu matki karmiącej i jej problemów z tym związanych, gdyż karmienie piersią i mlekiem odciągającym do łatwych nie należą.

*Certyfikowany Doradca Laktacyjny:
poł. Anna Jakubik
poł. Ewa Maciuszek*

Kobiece mleko jest złożonym, specyficznym dla gatunku płynem biologicznym, który zaspakaja potrzeby żywienia niemowląt, kształtuje układ odpornościowy niemowlęcia i zapewnia pewien stopień ochrony przed patogenami.

MLEKO – WPŁYW NA ZDROWIE

Diana Pietraszewska
KWSPZ, Dietetyka – studia podyplomowe
Autorka bloga www.fat-or-not.pl

Przedmiotem poniższego referatu jest spożywanie mleka i jego oddziaływanie na zdrowie. Omówione zostanie mleko kobiece, rola w odżywianiu i jego skład, jako pierwszego i podstawowego pokarmu dla noworodka oraz zostanie porównany do składu mleka krowiego. Zostaną również zaprezentowane składy mleka innych ssaków, i porównane z mlekiem ludzkim. W dalszej części zostanie omówiony wpływ spożywania mleka krowiego na zdrowie człowieka, jego pozytywne i negatywne skutki.

1. ŹRÓDŁO I ROLA BIAŁKA W ŻYWIENIU

Mleko i przetwory mleczne należą do dobrych źródeł białka¹.

Białka to „makrocząsteczki o złożonej strukturze chemicznej, których elementarne części składowe stanowią aminokwasy, zbudowane z atomów węgla, tlenu, azotu, wodoru oraz siarki”².

Aminokwasy to „podjednostki, które łącząc się ze sobą, tworzą cząsteczki białek”³.

W organizmie człowieka występuje 18 rodzajów aminokwasów: Glicyna, Alanina, Walina, Leucyna, Izoleucyna, Seryna, Treonina, Cysteina, Metionina, Kwas asparaginowy, Kwas glutaminowy, Lizyna, Arginina, Histydyna, Fenyloalanina, Tyrozyna, Tryptofan i Prolina, które różnią się właściwościami fizycznymi, chemicznymi i biologicznymi⁴.

Aminokwasy dzieli się na trzy grupy, z uwagi na ich rolę w procesie odżywiania.

Aminokwasy egzogenne	Aminokwasy względnie egzogenne	Aminokwasy endogenne
Walina	Seryna	Glicyna
Leucyna	Treonina	Alanina
Izoleucyna	Cysteina	Kwas
Metionina	Arginina	asparaginowy
Lizyna	Histydyna	Kwas
Fenyloalanina	Tyrozyna	glutaminowy
Tryptofan		Prolina

Źródło: D. Włodarek, E. Lange, L. Kozłowska, D. Głąbska, *Dietoterapia*, Wyd Lekarski PZW, Warszawa 2015, s. 45.

¹ J. Gawęcki, L. Hryniewiecki, *Żywnienie człowieka – Podstawy nauki o żywieniu*, tom 1, Wyd Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 188.

² *Ibidem*.

³ E. Solomon, L. Berg, D. Martin, C. Villce, *Biologia*, Wyd. MULTICO Oficyna Wydawnicza, Warszawa 2000, s. 62.

⁴ D. Włodarek, E. Lange, L. Kozłowska, D. Głąbska, *Dietoterapia*, Wyd Lekarski PZW, Warszawa 2015, s. 43–44.

⁵ *Ibidem*, s. 45.



Aminokwasy egzogenne są niezbędne do funkcjonowania organizmu człowieka i pozostałych ssaków i są dostarczane z zewnątrz razem z pokarmem. Aminokwasy względnie egzogenne są warunkowo niezbędne i są produkowane w organizmie, ale w niewystarczającej ilości, np. w trakcie choroby lub w czasie intensywnego rozwoju i wzrostu. Aminokwasy endogenne nie są niezbędne, bo są wytwarzane w odpowiedniej ilości, zaspokajającej potrzeby organizmu⁵.

W kwestii odżywiania człowieka, istotne jest sięganie po produkty białkowe, które mają optymalny skład aminokwasów w odpowiednich proporcjach. Można go znaleźć w mleku kobiecym oraz białku jaja kurzego. Ich skład aminokwasowy jest najbardziej zbliżony do komponentów białek ustrojowych człowieka⁶.

Do innych źródeł białka o wysokiej wartości odżywczej zalicza się, mleko i przetwory mleczne, nabiał oraz mięso pochodzące z ryb i zwierząt. Białka roślinne są uboższe w wartość odżywczą, jednakże orzechy, rośliny strączkowe i soja mają ją całkiem wysoką⁷. Poniższa tabela pokazuje zawartość białka dla wybranych produktów spożywczych.

Produkt	Zwartość białka (g/100g)	Wskaźnik aminokwasu ograniczającego (wg wzorca FAO-1973)
Mleko krowie	3,0	98,0
Mleko kobiece	0,9–1,2	84,9
Twaróg	18–21	48,0
Ser żółty	19–30	98,0
Jajko (całe)	12	100,0
Wieprzowina	16	100,0
Wątroba wieprzowa	20	99,0
Kurczak	19	98,0
Płatki owsiane	12	57,0
Soja	35	78,0
Fasola	22	55,0
Ziemniaki	1,7	54,8
Banany	1,3	67,2
Orzechy włoskie	16	22,0

Źródło: J. Gawęcki, L. Hryniewiecki, *Żywność człowieka – Podstawy nauki o żywieniu*, tom 1, Wyd Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 18.

Wskaźnik aminokwasu ograniczającego odnosi się do „aminokwasu egzogenego, który w danym białku lub posiłku występuje w najmniejszej ilości w porównaniu do wzorca”⁸. Białko wzorcowe to takie, którego wartość odżywcza wynosi 100%, a organizm ludzki wykorzysta je w 100% do budowy własnych białek.

Tabela pokazuje, że produkty pochodzenia zwierzęcego zawierają pełnowartościowe białko.

Białka stanowią element budulcowy w organizmie człowieka, dbają o jego rozwój, wpływają na wzrost i zapewniają właściwe funkcjonowanie. Dzięki spożywaniu białek, prawidłowo przebiega metabolizm komórkowy i funkcjonują narządy. Są odpowiedzialne za utrzymanie bilansu wodnego w ciele człowieka, bo mają swój udział w regulowaniu płynów w układzie krążeniowym. Białka biorą udział w regulowaniu gospodarki kwasowo-zasadowej, czyli zabezpieczają organizm przed zakwaszeniem.

⁶ *Ibidem*, s. 46.

⁷ J. Gawęcki, L. Hryniewiecki, *op. cit.*, s. 189–190.

⁸ *Ibidem*, s. 184.

Dodatkowo pełnią funkcję obronną dla układu immunologicznego przed bakteriami, alergenami pokarmowym, pasożytami, a także transportują substancje przez błony komórkowe oraz transportują tlen, substancje odżywcze, leki itp.⁹.

2. MLEKO KOBIECE – KORZYŚCI ZDROWOTNE

Pokarm kobiecy jest pierwszym i podstawowym źródłem pożywienia dla niemowlęcia, dzięki któremu przybiera na wadze i rośnie, co oznacza, że pokrywa jego zapotrzebowanie na składniki mineralne i witaminy. Noworodek bezpośrednio po urodzeniu, zostaje przystawiony do piersi matki, żeby rozpocząć proces produkcji pokarmu, który w późniejszych tygodniach będzie podlegał samoregulacji. Samoregulacja opiera się na okresowym, odczuwanym przez noworodka poczuciu nasycenia i głodu¹⁰.

W sierpniu 2017 roku, WHO zaktualizowało listę 10 faktów na temat karmienia piersią, jako najbardziej efektywnego sposobu dla zapewnienia zdrowia dzieci i przetrwania¹¹.

Jako pierwszy pojawia się argument, że karmienie piersią jest kluczowe w pierwszych sześciu miesiącach życia dziecka. Dodatkowo, dla zapewnienia optymalnego rozwoju oraz zdrowia, w tym okresie powinno być jedynym oferowanym pokarmem. Po ukończeniu szóstego miesiąca życia, niemowlęta powinny otrzymywać pożywienie uzupełniające, dalej otrzymując mleko matki. Karmienie powinno być kontynuowane do drugiego roku życia lub dłużej¹².

Kolejno wspomina się o pozytywnych skutkach karmienia piersią w profilaktyce chorób dziecięcych. Mleko kobiece dostarcza wszystkich składników odżywczych, zapewniających zdrowy rozwój. Zawiera przeciwciała, które chronią przed dwoma śmiertelnościami chorobami wieku dziecięcego, tj. biegunką i zapaleniem płuc¹³.

Trzecim argumentem są korzyści płynące z karmienia piersią dla matek. Podawanie wyłącznie mleka kobiecego jako pokarmu dla niemowlaka jest połączone z naturalną metodą zapobiegania ciąży (98% skuteczności w ciągu pierwszych sześciu miesięcy po porodzie). Dodatkowo zmniejsza ryzyko zachorowań matek na raka piersi, raka jajnika, cukrzycę typu II i depresję poporodową¹⁴.

Czwartym argumentem są długoterminowe korzyści płynące dla dzieci karmionych piersią. Nastolatki i dorośli, którzy byli karmieni piersią jako dzieci są mniej podatni na posiadanie nadwagi lub bycie otyłymi. Są mniej narażeni na zachorowanie na cukrzycę typu II i mają lepsze wyniki w testach na inteligencję¹⁵.

⁹ G. Cichosz, H. Czeczot, *Kontrowersje wokół białek diety*, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski, Katedra Mleczarstwa i Zarządzania Jakością, <http://www.uwm.edu.pl/kmizj/wp-content/uploads/2012/04/Kontrowersje-wok%C3%B3%C5%82-bia%C5%82ek-diety.pdf> (dostęp: 05.11.2018)

¹⁰ J. Hasik, J. Gawęcki, *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, tom 2, Wyd Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 9.

¹¹ WHO, 10 facts on breastfeeding, <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/>, (dostęp: 22.10.2018)

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.



Piątym argumentem na korzyść karmienia piersią jest brak przeciwciał w mleku modyfikowanym. Spożywanie mleka modyfikowanego wiąże się z niemożliwością otrzymania długoterminowych korzyści. Kiedy mieszanka jest niewłaściwie przygotowana, pojawia się zagrożenie związane z użyciem zanieczyszczonej wody, niewysterylizowanych urządzeń albo obecności bakterii w proszku mleka. Nadmierne rozcieńczenie mieszanki, celem zaoszczędzenia zapasów, może powodować niedożywienie. Oraz, jeżeli mleko modyfikowane jest często podawane, zastępując mleko kobiece, może to doprowadzić do zaburzenia lub kompletnego zaniku laktacji¹⁶.

Szóstym argumentem podanym przez WHO jest możliwość zredukowania zakażenia wirusem HIV przy pomocy leków. Przypomina się, że możliwość zakażenia odbywa się zarówno w trakcie ciąży, porodu jak i karmienia piersią. Natomiast podanie leków antyretrowirusowych matce lub narażonemu na zakażenie dziecku, zmniejsza ów ryzyko. Jednoczesne bycie karmionym piersią i przyjmowanie leków znacząco zwiększa szansę na uniknięcie zakażenia¹⁷.

Siódmym argumentem jest monitorowanie sposobu reklamowaniu substytutów kobiecego mleka, zapoczątkowane w 1981 roku. Na etykietach mleka modyfikowanego powinny być przedstawione korzyści karmienia piersią i zagrożenia płynące ze stosowania substytutów. Nie wolno reklamować mleka modyfikowanego. Nie wolno rozdawać darmowych próbek mieszanki kobietom w ciąży ani ich rodzinom. Nie wolno rozdawać darmowych próbek pracownikom służby zdrowia oraz w instytucjach zdrowotnych¹⁸.

Ósmym argumentem jest wspieranie matek w karmieniu piersią. Tego procesu można się nauczyć i przezwyciężyć po-

czątkowe trudności. Placówki zdrowotne powinny zapewniać wsparcie doradców laktacyjnych oraz niwelować takie praktyki jak: separacja matki od dziecka czy podawanie mleka modyfikowanego noworodkom¹⁹.

Dziewiątym argumentem jest kontynuowanie karmienia piersią po powrocie matki do pracy. Matki powinny mieć zapewnione czyste, bezpieczne i odosobnione miejsce do odciążenia pokarmu i jego przechowywania lub karmienia. Promuje się płatne urlopy macierzyńskie, pracę na pół etatu, przerwy na karmienie piersią²⁰.

Ostatnim argumentem jest wprowadzanie stałych pokarmów po ukończeniu przez niemowlę szóstego miesiąca życia. Stały pokarm powinien być wprowadzany jak pożywienie komplementarne do karmienia piersią. Jednocześnie karmienie piersią nie powinno być zredukowane. Jedzenie powinno być podawane za pomocą widelca lub łyżeczki, nie butelki. Jedzenie powinno być podawane w bezpiecznych i czystych warunkach. Nauka spożywania stałych pokarmów zajmuje dużo czasu²¹.

3. MLEKO KOBIECE A MLEKO KROWIE

Skład mleka ludzkiego a mleka krowiego diametralnie się różni, dlatego nie jest ono odpowiednie do podawania niemowlętom. Wynika to z faktu, że mleko krowie jest przeznaczone dla oseska roślinożernego, który ma inne zapotrzebowanie pokarmowe niż wszytkożerny człowiek²².

Poniższa tabela (na s. 42) pokazuje porównanie składu chemicznego obu rodzajów mleka.

¹⁹ *Ibidem.*

²⁰ *Ibidem.*

²¹ *Ibidem.*

²² J. Kwaśniewski, T. Kwaśniewski, *Tuste życie*, Wyd WGP, Warszawa 1997, s. 55.

¹⁶ *Ibidem.*

¹⁷ *Ibidem.*

¹⁸ *Ibidem.*

Składniki	Mleko ludzkie	Mleko krowie
Woda (%)	87,6	87,3
Białko (%)	1,2	3,3
– kazeina	0,4	2,8
– białko serwatkowe	0,6	0,6
– laktoalbumina	0,3	0,4
– laktoglobulina	–	0,2
Laktoza (%)	7,0	4,8
Tłuszcz (%)	3,8	3,7
Sole mineralne (%)	0,21	0,72
Sole mineralne (na litr)		
Makroelementy		
– Sód (mmol)	7,0	25,0
– Potas (mmol)	14,0	35,0
– Chlor (mmol)	12,0	29,0
– Wapń (mg)	330,0	1250,0
– Fosfor (mg)	150,0	960,0
– Magnez (mg)	40,0	120,0
– Siarka (mg)	140,0	300,0
Mikroelementy (na litr)		
– Żelazo (mg)	1,5	1,0
– Cynk (mg)	1,2	3,8
– Miedź (mg)	0,4	0,3
– Jod (mg)	0,07	0,21
– Kobalt (mg)	Ślad	0,6
– Mangan (mg)	Ślad	0,02
– Fluor (mg)	0,107	–
– Selen (mg)	0,021	0,04
Aminokwasy (mg/litr)		
– Histydyna	230,0	800,0
– Izoleucyna	860,0	2120,0
– Leucyna	1610,0	3560,0
– Lizyna	790,0	2570,0
– Metionina	230,0	870,0
– Fenyloalanina	640,0	1730,0
– Treonina	620,0	1520,0
– Tryptofan	220,0	500,0
– Walina	900,0	2280,0
– Alanina	–	0,75
– Arginina	0,43	1,4
– Kwas asparaginowy	–	1,7
– Cystyna	–	–
– Kwas glutaminowy	–	6,8
– Glicyna	–	0,11
– Prolina	–	8,5
– Seryna	–	1,6
– Tyrozyna	–	–

Witaminy (na litr)		
– Witamina A (mg)	0,61	0,27
– Karoteny (mg)	0,25	0,37
– Witamina D (j.m.)	40,0	–
– Tokoferol (mg)	2,4	0,6
– Tiamina (mg)	0,142	0,43
– Ryboflawina (mg)	0,373	1,56
– Witamina B6 (mg)	0,18	0,51
– Kwas nikotynowy (mg)	1,83	0,76
– Witamina B12 (mg)	Ślad	6,6
– Kwas foliowy (mg)	1,4	1,3
– Biotyna (ug)	2,0	22,0
– Kwas pantotenowy (mg)	2,46	3,4
– Kwas askorbinowy (mg)	52,0	11,0
Kcal/litr	710,0	690,0
kJ/litr	2975	2890

Źródło: J. Hasik, J. Gawęcki, *Żywność człowieka zdrowego i chorego*, tom 2, Wyd Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 14–15.

Mleko krowie ma prawie trzy razy więcej białka w porównaniu do mleka ludzkiego. Różni się też rodzajem białka. W mleku kobiecym jest najwięcej białka serwatkowego, a w mleku krowim kazeiny. W mleku krowim jest siedem razy więcej kazeiny niż w mleku ludzkim oraz występuje obca dla niemowlaka β -laktoglobulina.

W mleku kobiecym przeważa ilość laktozy, dzięki czemu jest słodsze. Jest jej prawie półtora raza więcej w porównaniu do mleka krowiego. Jednocześnie w obu mlekach występuje zbliżona zawartość tłuszczu.

Dużą różnicę widać na przykładzie zawartości soli mineralnych. Mleko krowie zawiera ponad trzy razy więcej soli mineralnych, dlatego spożywanie go przez niemowlaka mogłoby doprowadzić do uszkodzenia nerek²³.

Największe rozbieżności występują między zawartością sodu na litr płynu (w mleku krowim jest go trzy i pół razy więcej), wapnia (prawie czterokrotnie mniej znajduje się w mleku kobiecym) oraz fosforu (mleko krowie ma go prawie siedem razy więcej).

Dodatkowo, mleka różnią się też zawartością mikroelementów na litr płynu. W mleku krowim znajduje się trzy razy więcej cynku i jodu. W mleku ludzkim są śladowe ilości kobaltu i manganu, które z kolei występują w mleku krowim.

W mleku ludzkim jest prawie dwa razy więcej witaminy A, która razem z beta-karotenem uczestniczy w procesie wytwarzania i regeneracji skóry oraz błon śluzowych, a także chroni je przed wolnymi rodnikami tlenowymi. Dodatkowo bierze udział w procesie dojrzewania siatkówki²⁴.

²³ J. Hasik, J. Gawęcki, *op. cit.*, s. 14.

²⁴ B. Pawlus, A. Kordek, B. Łoniewska, *Podstawowe składniki mleka kobiecego – najnowsze wiadomości*, *Borgis – Medycyna Rodzinna* 5/2004, s. 213–216, <http://www.czytelniamedyczna.pl/549,podstawowe-składniki-mleka-kobiecego-najnowsze-wiadomosci.html>, (dostęp: 23.10.2018)

W mleku krowim nie ma witaminy D, która zapewnia prawidłowe funkcjonowanie gospodarki fosforanowo-wapniowej oraz wpływ na zawartość substancji mineralnych w kościach²⁵.

Mleko kobiece zawiera pięć razy więcej witaminy C niż mleko krowie, zapewniając właściwości uszczelniające oraz antyoksydacyjne²⁶.

Kaloryczność obydwu rodzajów mleka jest porównywalna i pozostaje na poziomie około 700 kcal na litr płynu.

Mleko modyfikowane jest wytwarzane na bazie mleka krowiego, które zostaje upodobnione w procesie produkcji do mleka ludzkiego. W warunkach przemysłowych, zostaje obniżona ilość kazeiny, a zwiększona ilość białek serwatkowych. Dodatkowo, zmniejszona zostanie ogólna ilość białka oraz zawartość soli mineralnych. Dodaje się też olej roślinny, a redukuje zawartość tłuszczu mleka krowiego²⁷.

4. PORÓWNANIE SKŁADU MLEKA SSAKÓW

Poniższa tabela przedstawia zawartość mikro i makroelementów w mleku ssaków. Porównane zostały mleko krowie, kozie, owcze, bawole oraz mleko oślim i człowiekiem.

Pierwiastek	Mleko krowie	Mleko kozy	Mleko owcy	Mleko bawoła	Mleka oślim	Mleko człowieka
Wapń (mg/100g)	122	134	195–200	112	67,67	33
Fosfor (mg/100g)	119	121	124–158	99	48,7	43
Potas (mg/100g)	152	181	136–140	92	49,72	55
Magnez (mg/100g)	12	16	18–21	8	3,73	4
Sód (mg/100 g)	58	41	44–58	35	21,83	15
Cynk (µg/100g)	530	56	520–747	410	bd	380
Żelazo (µg/100g)	80	7	72–122	161	bd	200
Miedź (µg/100g)	60	5	40–68	35	bd	60
Mangan (µg/100g)	20	3,2	5,3–9,0	27	bd	70

Źródło: J. Barłowska, M. Florek, Z. Litwińczuk, Mleko i mięso zwierząt przeżuwających jako źródło substancji biologicznie czynnych, Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Przegląd hodowlany nr 2/2016, <http://ptz.icm.edu.pl/wp-content/uploads/2016/03/Bar%C5%82owska-art.-na-stron%C4%99.pdf> (dostęp: 05.11.2018).

Istnieją duże różnice w zawartości poszczególnych pierwiastków w mleku wybranych gatunków. Mleko ludzkie zawiera inne wartości mikro i makroelementów w zestawieniu z pozostałymi ssakami.

Mleko kobiece ma dwukrotnie mniejszą zawartość wapnia w porównaniu do mleka oślim, ponad trzykrotnie mniejszą w porównaniu do mleka bawoła i krowy. Czterokrotnie mniejszą w zestawieniu z mlekiem kozim oraz sześciokrotnie mniejszą co do mleka owczego.

Zawartość fosforu jest zbliżona w mleko oślim i człowiekiem. W mleku bawolim jest go ponad dwa razy więcej. Mleko kro-

wie, kozie i owcze zawiera trzy razy więcej tego pierwiastka w porównaniu do mleka ludzkiego.

Również zawartość potasu w mleku oślim i ludzkim jest podobna. Mleka bawole ma go prawie dwa razy więcej. Mleko owcze i krowie prawie trzy razy więcej, a mleko kozie ponad trzy razy więcej.

W mleku oślim i człowiekiem jest podobna zawartość magnezu. Mleko bawole ma go dwa razy więcej, mleko krowie trzy razy więcej, mleko kozie cztery razy więcej, a mleko owcze pięć razy więcej.

Mleko ludzkie ma najmniej sodu w porównaniu do mleka innych ssaków. Mleko oślim ma prawie półtora raza więcej, mleko bawole i kozie ponad dwa razy więcej, mleko krowie i owcze prawie cztery razy więcej.

W mleku człowieka znajduje się podobna zawartość cynku co do mleka bawoła. Mleko krowie i owcze ma go prawie półtora raza więcej. Z kolei mleko kozie, prawie siedem razy mniej.

Zaobserwowano zbliżoną zawartość żelaza w mleku ludzkim i mleku bawolim. Mleko owcze ma go około dwa razy mniej. Mleko krowie prawie trzy razy mniej, a mleko kozie ponad dwadzieścia osiem razy mniej.

Zawartość miedzi w mleku człowieka jest taka sama jak mleku krowim i bardzo zbliżona w mleku owczym. Mleko bawole ma go prawie dwa razy mniej, a mleko kozie dwanaście razy mniej.

Mleko ludzkie ma znacznie więcej manganu w porównaniu do mleka innych ssaków. Mleko bawole ma go ponad dwa razy mniej, mleko krowie trzy i pół raza mniej. Mleko owcze osiem razy mniej i mleko kozie ponad dwadzieścia razy mniej.

Najmniejsze różnice zaobserwowane, porównując mleko ludzkie z oślim. Zawartość makroelementów (fosforu, potasu, magnezu i sodu) plasuje się na zbliżonym poziomie. Brakuje danych, co do zawartości mikroelementów (cynku, żelaza, miedzi i manganu) w mleku oślim. Największe różnice widać w zawartości pierwiastków w mleku owczym oraz ludzkim.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ J. Hasik, J. Gawęcki, *op. cit.*, s. 16.



5. MLEKO KROWIE – POZYTYWNY WPŁYW NA ZDROWIE

Pokazano, że dieta bogata w mleko i produkty mleczne zmniejsza ryzyko wystąpienia otyłości wśród dzieci o 38%. Zwiększone spożywanie nabiału było skorelowane z zachowaniem niższego poziomu tkanki tłuszczowej. Wśród dorosłych ma pozytywny wpływ na wygląd sylwetki. Spożycie mleka w trakcie diety ujemnej kalorycznie, sprawia, że utrata wagi jest łatwiejsza, bo większe spożycie białka zawartego w produktach mlecznych, chroni przed przejedzeniem. U osób odchudzających się, zauważono, że wraz z utratą tkanki tłuszczowej, zostaje zachowana masa mięśniowa. Jednocześnie mleko, na równi z produktami sfermentowanymi, jak jogurty czy ser, zmniejsza ryzyko rozwijania się cukrzycy typu II, z uwagi na pozytywny wpływ na mikroflorę jelitową. Inne badania pokazały, że białko zawarte w mleku może zmniejszyć stężenie glukozy po posiłku u osób chorych na cukrzycę typu II²⁸.

Badania nad wpływem spożycia mleka, pokazały, że picie 200–300 ml płynu nie zwiększa ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia. Przeciwnie, chroni przed występo-

waniem nadciśnienia tętniczego i wylewu o 7%. Produkty wysokotłuszczowe, z uwagi na zawartość nasyconych kwasów tłuszczowych, np. ser, nie zwiększają poziomu „złego cholesterolu” LDL. Porównywano tradycyjne diety z wysokim spożyciem tłuszczów nasyconych z dietami niskotłuszczowymi, ale o wysokiej podaży węglowodanowej i nie zauważono podwyższania się cholesterolu²⁹.

Udowodniono pozytywne efekty spożycia mleka i nabiału na zdrowie kości w dzieciństwie i wieku nastoletnim. Występowanie osteoporozy powiązано z niskim spożyciem mleka, a więc minerałów, w dzieciństwie. Okazuje się, że duży wpływ na zdrowie i rozwój kości miało spożycie magnezu, niż wapnia. Wapń nie był znacząco powiązany z zawartością minerałów w kościach ani ich gęstością. Nie potwierdzono, że spożycie mleka w wieku dorosłym zabezpiecza przed osteoporozą i złamaniami kości³⁰.

Raport WCRF (World Cancer Research Founding), pokazuje, że spożywanie mleka i produktów mlecznych prawdopodobnie chroni przed występowaniem raka jelita grubego, pęcherza, żołądka i piersi. U kobiet, jedzących więcej niż 600 i od 400 do 600 g nabiału dziennie spadło ryzyko zachorowań na raka piersi o 10% w porównaniu do tych, spożywających mniej niż 400 g dziennie, a u mężczyzn, spożywających 525 g

²⁸ T. Kongerslev Thorning, A. Raben, T. Tholstrup, S. Soedamah-Muthu, I. Givens, A. Astrup, *Milk and dairy products: good or bad for human health? An assessment of the totality of scientific evidence*, Food & Nutrition Research, 2016

²⁹ *Ibidem.*

³⁰ *Ibidem.*

mleka dziennie zmniejszenie zachorowań o 26% na raka jelita grubego, przy jednoczesnym zwiększonym o 9% ryzyku występowania raka prostaty³¹.

6. MLEKO KROWIE

– NEGATYWNY WPŁYW NA ZDROWIE

Mleko danego ssaka jest dostosowane do potrzeb żywieniowych i wymagań jego potomstwa, dlatego jest wysoce prawdopodobnie, że nie będzie nadawało się do spożycia dla innych gatunków, a nawet może być dla nich szkodliwe. Ludzie, wyłączając zwierzęta domowe, są jedynym gatunkiem, który kontynuuje spożywanie mleka innego ssaka w wieku dorosłym. Jak wykazano powyżej, skład mleka krowiego diametralnie różni się od składu mleka kobiecego. Dla przykładu, mleko krowie zawiera trzy razy więcej białka niż mleko ludzkie, potrzebne cielakowi. Zbyt duża podaż białka w diecie może powodować wyptukiwanie wapnia z kości, a w konsekwencji prowadzić do osteoporozy. Białka zawarte w mleku krowim mogą działać jak alergeny u niemowlaków karmionych piersią³².

Najczęstszymi problemami występującymi u dzieci, karmionych mlekiem krowim są bóle brzucha, moczenie nocne, astma, krwawienie jelit, kolki oraz cukrzyca. U dorosłych spotyka się zwężone tętnice, zaburzenia pracy nerek, zapalenia stawów, białaczkę, chłoniaka, raka narządów płciowych³³.

Laktoza, cukier zawarty w mleku nie jest łatwy w trawieniu dla ludzi i może powodować szereg zaburzeń żołądkowo-jelitowych jak gazy czy czerwonkę (ostra choroba zakaźna jelit). W procesie trawienia z laktozy otrzymuje się cukry proste: glukozę i galaktozę, którą wiąże się z rakiem narządów płciowych i problemami ze wzrokiem³⁴.

Mleko krowie zawiera szereg zanieczyszczeń. Krowom podaje się bydlęcy hormony wzrostu (BGH – Bovine Growth Hormone), genetycznie modyfikowany lek, który ma na celu zwiększenie produkcji mleka. BGH sprawia, że krowy produkują nawet 20% więcej pokarmu, ale daje odwrotny skutek zdrowia stymulując produkcję insulinopodobnego czynnika wzrostu, który jest odpowiedzialny za raka wymion, przez transformację zdrowych komórek w nowotworowe. BHG zwiększa również prawdopodobieństwa zachorowań na zapalenie sutka wśród krów o 50–70%. Zwierzęta, które mają zapalenie sutka, wymagają dalszej antybiotykoterapii, która osłabia

układ odpornościowy ssaków, narażając je na infekcje. Pozostałości antybiotyków, które przyjmują pozostają również w mleku krowim³⁵.

Poza BGH, krowom podaje się również inne hormony jak oksytocynę, która ma za zadanie zwiększyć wydzielania mleka. Spożywanie nieprzepracowanego mleka, zawierającego oksytocynę, prowadzi do zachwiania równowagi hormonalnej u ludzi oraz ginekomastii (przerostu sutka u mężczyzn)³⁶.

Mleko zostaje również zainfekowane podczas dojenia, przy użyciu brudnych rąk lub niewysterylizowanych dojarek. Do płynu przedostają się bakterie E. Coli, znajdujące się w kale, pod krowim ogonem i w okolicach krocza³⁷.

Po wydojeniu, mleko jest trzymane przez długi czas, zanim zostanie rozdystrybuowane i skonsumowane. Przechowywanie w temperaturze pokojowej sprzyja namnażaniu się bakterii. Niektóre z nich mogą przetrwać proces pasteryzacji, np. *Mycobacterium paratuberculosis avium* odpowiedzialne za chorobę Leśniewskiego–Crohna oraz *Mycobacterium tuberculosis*, wywołujące gruźlicę³⁸.

7. PODSUMOWANIE

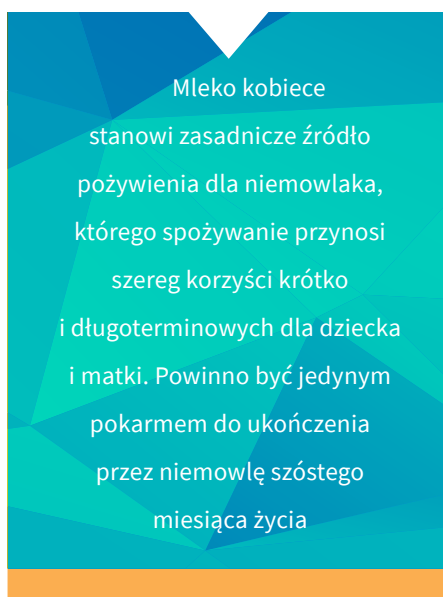
Mleko kobiece stanowi zasadnicze źródło pożywienia dla niemowlaka, którego spożywanie przynosi szereg korzyści krótko i długoterminowych dla dziecka i matki. Powinno być jedynym pokarmem do ukończenia przez niemowlę szóstego miesiąca życia.

Mleko krowie i mleko ludzkie diametralnie różnią się składem z uwagi na trzykrotnie większą zawartość białka i soli mineralnych w mleku krowim, dlatego nie może być oferowane niemowlakom.

Mleko krowie i produkty mleczne stanowią dobre źródło pełnowartościowego białka w diecie człowieka.

Udowodniono pozytywny wpływ mleka krowiego na redukcję nadwagi i otyłości, występowanie cukrzycy typu II oraz profilaktykę chorób nowotworowych (rak żołądka, jelita grubego, pęcherza i piersi).

Mleko z chowu przemysłowego zawiera szkodliwe dla człowieka antybiotyki i hormony, a proces pasteryzacji zmniejsza zawartość witamin: A, C, B1, B6, B12, biotyny, kwasu foliowego, biotyny, i β -karotenu³⁹.



³¹ *Ibidem*.

³² S. Kumar, K. Kumar, S. Suman, P. Kumar, *Cow Milk and Human Health – A Review*, Research & Reviews: Journal of Dairy Science and Technology, 2014, s. 1–3.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ .

³⁷ *Ibidem*

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ Z. Śmietana, E. Krajewska–Kamińska, K. Bohdziewicz, B. Nalepa, *Porównanie jakości mikrobiologicznej mleka pasteryzowanego, mikrofiltrowanego i UHT*, Wyd. Nauki o Żywności, Uniwersytet Warmiński–Mazurski, 2007

PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE POPIERAJĄ OBYWATELSKĄ INICJATYWĘ „SZCZEPIMY, BO MYŚLIMY”

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych popiera projekt ustawy o zmianie ustawy – Prawo oświatowe oraz niektórych innych ustaw, przygotowany w ramach inicjatywy obywatelskiej – „Szczepimy, bo myślimy”. Projekt zakłada wprowadzenie punktów za szczepienie dzieci, jako jednego z kryteriów przy przyjęciu do publicznych przedszkoli i żłobków.

Szczepienia to jedno z najpotężniejszych narzędzi, jakimi dysponuje zdrowie publiczne. Są najskuteczniejszym sposobem w walce z niebezpiecznymi, często śmiertelnymi chorobami zakaźnymi zagrażającymi zdrowiu i życiu. Są skuteczną i powszechnie społecznie akceptowaną metodą zapobiegania zachorowaniom na choroby zakaźne, zarówno w wymiarze prewencji indywidualnej, jak również kształtowania odporności całej populacji (prewencji zbiorowej).

Pielęgniarki i położne wiedzą, jak ważna w tym aspekcie jest właściwa profilaktyka. Wynika to bezpośrednio z Art. 4, pkt 7 i 8 Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych, która mówi, że zadaniem samorządu pielęgniarek i położnych jest zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa; organizacji ochrony zdrowia oraz edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Samorząd pielęgniarek i położnych uważa, że istnieje konieczność wzmocnienia dotychczasowych oraz podjęcia nowych działań na rzecz szczepień ochronnych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Stanowiskiem Nr 38 z dnia 13 listopada 2018 r. poparła akcję zbierania podpisów pod projektem obywatelskiej inicjatywy „Szczepimy, bo myślimy”. Jednocześnie deklarujemy aktywne wsparcie wszelkich działań edukacyjno-informacyjnych wśród polskiego społeczeństwa na temat zagrożeń wynikających z zaniedbania szczepień ochronnych.

Do akcji zbierania podpisów pod projektem przystąpiły Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych.



STANOWISKO NR 22

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

NACZELNA RADA PIEŁĘGNIAREK 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 22 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 sierpnia 2018 roku

w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mając ustawowe prawo, na mocy art. 4 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. 2018r., poz. 916), do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, wnosi o odrzucenie w całości *obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* przygotowany przez Komitet Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „STOP NOP”.

Zdaniem Prezydium NRPIP przepisy projektu znoszące obowiązek szczepień ochronnych godzą w interes publiczny polskiego społeczeństwa. Obecnie ustawowy obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu na określone choroby zakaźne nałożony jest na każdą osobę przebywającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ma silne uzasadnienie wynikające nie tylko z dbałości o zdrowie indywidualnego pacjenta, ale przede wszystkim z konieczności zadbania o zdrowie publiczne całego społeczeństwa. Na obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu wskazuje również obowiązujące orzecznictwo sądowe.

„Obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu jest konsekwencją przepisów Konstytucji RP, a w szczególności w art. 31 ust. 3, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Związek pomiędzy szczepieniami ochronnymi a ochroną zdrowia społeczeństwa jest oczywisty, przede wszystkim chronione powinny być inne osoby narażone w ten sposób na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych” (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 października 2016r., VII SA/Wa 2539/15, Lex 215 9949).

Prezydium NRPIP wyraża negatywną opinię do projektowanej zmiany ustawy i wnosi stanowczo o jego odrzuceniu.

Sekretarz NRPIP



Joanna Walewander

Prezes NRPIP



Zofia Małas

UMARZANIE WIERZYTELNOŚCI Z TYTUŁU SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

KANCELARIA  DUDKIEWICZ

Radca Prawny Paweł Dudkiewicz

Opinia prawna

dotycząca możliwości umarzenia przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych swoim członkom wierzytelności z tytułu składek członkowskich

1. Cel i przedmiot opinii.

Niniejsza opinia sporządzona jest na zlecenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w związku z wątpliwościami podniesionymi w piśmie Przewodniczącej Okręgowej Rady Nowosądeckiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu, dotyczącymi tego, czy organy okręgowych izb pielęgniarek i położnych są właściwe do umorzenia wierzytelności z tytułu składek członkowskich i do ustalenia zasad umarzenia.

2. Analiza prawna.

Zgodnie z art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz.U. 2018, poz. 916; dalej „ustawa”), określenie wysokości i częstotliwości wpłat składki członkowskiej, a także zasad jej podziału, należy do kompetencji Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Aktualnie obowiązującą uchwałą Krajowego Zjazdu w tym przedmiocie jest uchwała nr 18 VII Krajowego Zjazdu, zmieniona uchwałą tegoż Krajowego Zjazdu nr 22. Uchwały te nie zawierają postanowień, które dotyczyłyby możliwości umarzenia wierzytelności z tytułu składek członkowskich. Określone są natomiast w § 4 sytuacje, z których członek samorządu jest zwolniony z obowiązku opłacania składek.

Na tym tle mogą pojawić się w kontekście kwestii umarzenia wierzytelności z tytułu składek członkowskich dwa podstawowe pytania.

Po pierwsze, czy Krajowy Zjazd w ramach kompetencji określonej we wskazanym wyżej przepisie ma potencjalną możliwość określenia kwestii umarzenia wierzytelności z tytułu składek członkowskich, czy też byłoby to wykroczenie poza tę kompetencję. W ocenie sporządzającego niniejszą opinię, należałoby skłonić się do poglądu, że, mówiąc ogólnie, regulacja kwestii składek członkowskich leży w całości w gestii Krajowego Zjazdu w ramach kompetencji określonej w art. 20 pkt 11 ustawy. Należy tu zauważyć, że w ramach tej kompetencji Krajowy Zjazd określił w ww. uchwałach zwolnienia z obowiązku opłacania składek, co nigdy nie było, według wiedzy sporządzającego niniejszą opinię, kwestionowane. Czytając zaś jedynie literalnie ten przepis można by powziąć wątpliwości czy Krajowy Zjazd miał w tym zakresie kompetencję.

Przy założeniu zaś, że Krajowy Zjazd ma kompetencje do regulowania wszystkich aspektów składek członkowskich, trzeba uznać, że kompetencji w tym zakresie nie mają inne organy samorządu, w tym oczywiście także organy okręgowych izb. Nie mogą więc one ustalać zasad umarzania swoim członkom wierzytelności z tytułu składek członkowskich, ani też podejmować indywidualnych decyzji w tej sprawie.

Jeżeli natomiast uznać, że kwestia umarzania wierzytelności z tytułu składek członkowskich nie jest jednak kompetencją Krajowego Zjazdu, i wobec tego, że organ ten żadnych postanowień w tym zakresie nie zawarł w ww. uchwałach, to czy organy poszczególnych okręgowych izb mogą ustalać zasady umarzania swoim członkom wierzytelności z tytułu składek członkowskich, ewentualnie podejmować indywidualne decyzje w tej sprawie. Argumentem za takim stanowiskiem miałyby być wówczas treść art. 90 ust. 3 ustawy, który mówi, że majątkiem izby zarządza właściwa rada. W ocenie sporządzającego niniejszą opinię, nie jest to argument właściwy.

Co prawda składki członkowskie są elementem, i to istotnym, z którego składa się majątek danej okręgowej izby (art. 90 ust. 2 pkt 2 ustawy), to jednak funkcja i cel płacenia składek nie ogranicza się jedynie do zapewniania środków finansowych okręgowym izbom. Jest to element pozwalający funkcjonować samorządowi zawodowemu jako takiemu, co w szczególności przejawia się w tym, że składka dzielona jest, zgodnie z uchwałą Krajowego Zjazdu, pomiędzy okręgową izbę i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (tzw. odpis - § 5 ww. uchwał Krajowego Zjazdu). Umorzenie wierzytelności z tytułu składki powodowałoby więc uszczuplenie przychodów Naczelnej Izby, która w ramach samorządu realizuje zadania na szczeblu ogólnopolskim.

Na marginesie wskazuję, że zadane w piśmie, o którym mowa wyżej szczegółowe pytanie, *czy umorzenie składki jest równoznaczne z ustaniem obowiązku przekazywania na rzecz NIPiP części składki członkowskiej za okres umorzenia*, jest w zasadzie bezprzedmiotowe. Uchwały Krajowego Zjazdu w sprawie składek członkowskich przewidują, że na rzecz NIPiP przekazywane jest 5% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek. Jeżeliby więc uznać, że umarzanie wierzytelności z tytułu składek członkowskich jest dopuszczalne, to nie ma podstaw, żeby odpis obejmował także określony procent także składek umorzonych. Takiej regulacji w uchwałach tych nie ma, co jest oczywiste, gdyż uchwały te nie mówią nic o kwestii umarzania składek.

Z drugiej strony, obowiązek regularnego opłacania składki stanowi jeden z podstawowych obowiązków członków samorządu (art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy). Istotność tego obowiązku przejawia się także w treści art. 12 ust. 3 ustawy, który wyklucza bierne prawo wyborcze do organów izb w sytuacji nie wykonania obowiązku opłacenia składki członkowskiej przez okres co najmniej jednego roku. Płacenie składek członkowskich jest więc także obowiązkiem członków samorządu wobec samego samorządu, jak i innych jego członków, stanowiący element solidarności członków samorządu.

Oczywiście, w ramach tej solidarności członkowie samorządu, którzy są w szczególnej sytuacji mogą i powinni być traktowani inaczej. Wyrazem tego jest § 4 przedmiotowych uchwał Krajowego Zjazdu, który zwalnia określone kategorie osób z obowiązku opłacania składek, m.in. osoby bezrobotne, przebywające na urlopie macierzyńskim itd. W tych szczególnych, często trudnych sytuacjach obowiązek opłacania składek jest wyłączony. Jest to przy tym katalog zamknięty.



Może się jednak oczywiście zdarzyć, że w trudnej sytuacji (np. sytuacji rodzinne, klęska żywiołowa) znajdzie się osoba, która z obowiązku opłacania składek nie jest zwolniona i narosły jej z tego powodu zaległości w ich opłacaniu. Takiej osobie może być udzielona przez okręgową izbę pomoc materialna (patrz art. 4 ust. 2 pkt 15 ustawy), którą osoba ta może przeznaczyć także na spłatę zaległości z tytułu składek.

3. Wnioski.

- 1) Odnosne uchwały Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nie zawierają żadnej regulacji dotyczącej umarzania wierzytelności z tytułu składek członkowskich;
- 2) Jednocześnie należy uznać, że gdyby ta kwestia miała być w ramach samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych uregulowana, organem władnym tego dokonać mógłby być tylko Krajowy Zjazd.
- 3) Organy okręgowych izb nie mają więc w tym zakresie kompetencji, ani do ustalenia zasad umarzania wierzytelności z tytułu składek członkowskich, ani podejmowania indywidualnych decyzji w tej sprawie.

Warszawa, dnia 11 lipca 2018 r.

Radca prawny

Paweł Dudkiewicz

KOMUNIKATY CENTRUM KSZTAŁCENIA PODYDIPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



CENTRUM KSZTAŁCENIA PODDIPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych zwraca się do wszystkich uczestników szkoleń specjalizacyjnych, którzy rozpoczęli kształcenie począwszy od dnia 1 lipca 2017 r., tj.: za pośrednictwem Systemu SMK, **o sprawdzenie, czy jako uczestnik specjalizacji posiadacie Państwo wygenerowaną przez organizatora, Elektroniczną Kartę Kształcenia (EKK).**

Centrum przypomina, że zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2016 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. poz. 1761), jednym z warunków ubiegania się o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego jest złożenie wniosku (za pośrednictwem Systemu SMK), do którego należy dołączyć **EKK**.

W związku z powyższym brak EKK uniemożliwi pielęgniarsce, położnej złożenie wniosku o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego, a tym samym przystąpienie do egzaminu państwowego.

*Beata Szlendak
Zastępca Dyrektora
Centrum Kształcenia Podyplomowego
Pielęgniarek i Położnych*

*Jacek Chojnacki
Radca Prawny*





W dniu 27 września 2018 roku Minister Zdrowia dokonał zmiany regulaminu egzaminu państwowego m.in. w zakresie, cyt. „Warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku egzaminu jest uzyskanie przez osobę zdającą co najmniej 60% prawidłowych odpowiedzi, co stanowi odpowiednio 108 pkt dla osób, które ukończyły specjalizację w dziedzinach kształcenia określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych, 84 pkt dla osób, które ukończyły specjalizację w dziedzinach kształcenia określonych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa

Zmiana regulaminu egzaminu państwowego:
 „Warunkiem uzyskania pozytywnego wyniku egzaminu jest uzyskanie przez osobę zdającą co najmniej 60% prawidłowych odpowiedzi ...”

oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne”.

Obniżony próg ma zastosowanie do egzaminów przeprowadzonych od sesji jesiennej 2017 r. W związku z powyższym osoby, które otrzymały ww. liczbę punktów lub więcej są zwolnione z obowiązku ponownego przystąpienia do egzaminu. Komisja dokona weryfikacji wyników przeprowadzonych egzaminów i podejmie odpowiednią uchwałę nie później niż w terminie 40 dni od dnia zatwierdzenia niniejszego regulaminu.

*Centrum Kształcenia Podyplomowego
 Pielęgniarek i Położnych
 w porozumieniu
 z Departamentem Pielęgniarek
 i Położnych Ministerstwa Zdrowia*



**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

**ETYKA
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ**
profesjonalizm

**GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA**
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK**
uśmiechnij się

**PRAWDA
ODWAGA**
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź



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

Edward L. Trudeau

