

FORUM ZAWODOWE

1(100)2016



CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE
ISSN 1213-2046

W numerze

4	Słowo Przewodniczącej
4	VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
5	Tekst jednolity uchwał Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
6	Komunikat w sprawie możliwości wprowadzenia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zabiegowych w podstawowej opiece zdrowotnej
13	Wywiad dla Rynku Zdrowia przeprowadzony z Panią Zofią Małas, prezesem NRPIP
14	Stanowisko Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
18	Czy pielęgniarka, położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu może być uczestnikiem kursu specjalistycznego?
20	Forma wykonywania zawodu a odpowiedzialność prawna
26	Dokumentacja medyczna w praktyce pielęgniarki i położnej
28	Elektroniczna dokumentacja medyczna - założenia do rekomendacji w sprawie wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej
30	Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu
33	Znamy najlepsze położne w Polsce w 2015 roku! 2. edycja konkursu „Położna na medal” rozstrzygnięta
34	BEATA WOŹNIAK - „Położna na Medal”

NASZ ADRES

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210
tel./fax: 13 43 694 60, www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

Biurowisko czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.30-15.30

Radca Prawny

mgr Piotr Świątek

udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00

Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

Biurowisko Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00

tel. 13 43 694 60

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej pełni dyżur w pierwszy wtorek miesiąca w godzinach 10-14

Podania o zapomogi i dofinansowanie szkoleń podyplomowych prosimy składać do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

WIELKANOCNY PACIERZ

*Nie umiem być srebrnym aniołem -
Ni gorejącym krzakiem -
Tyle Zmartwychwstań już przeszło-
A serce mam byle jakie.*

*Tyle procesji z dzwonami -
Tyle już alleluja -
A moja świętość dziurawa
Na ćwiartce włoska się buja.*

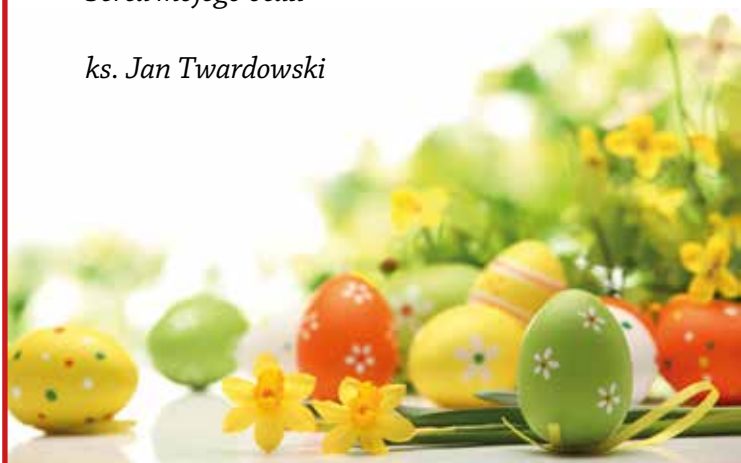
*Wiatr gra mi na kościach mych psalmy -
Jak na koślawej fujarce -
Żeby choć papież spojrział
Na mnie - przez białe swe palce.*

*Żeby choć Matka Boska
Przez chmur zabite wcięż deski -
Uśmiech mi Swój zesłała
Jak ptaszka we mgłę niebieskiej.*

*I wiem, gdy łzę swoją trzymam
Jak złoty kamyk z procy -
Zrozumie mnie mały Baranek
Z najcichszej Wielkiej Nocy.*

*Pyszczek położy na rękę -
Sumienia wywróci podszewkę -
Serca mojego ocali*

ks. Jan Twardowski



Z okazji Świąt Wielkanocnych chcielibyśmy naszym czytelnikom złożyć szczere życzenia pokoju, wiary i miłości. By nadchodzący czas był przepiękny spotkaniami z rodziną i odpoczynkiem, który doda sił i zmotywuje do podejmowania kolejnych wyzwań, a nadchodząca wiosna wypełni słońcem Wasze życie osobiste i zawodowe

Zespół Redakcyjny

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie



SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY,

Jeszcze raz pragnę serdecznie podziękować Wszystkim Delegatom za zaufanie, jakim zostałam obdarzona w wyborach na XXX Nadzwyczajnym Okręgowym Zjeździe Pielęgniarek i Położnych. Wybór na Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych jest dla mnie nie tylko ogromnym zaszczytem ale też wielkim zobowiązaniem. Będę pracować dla Was wszystkich najlepiej jak umiem i postaram się nie zawieść w wypełnianiu codziennych niezliczonych zadań. VII kadencja Samorządu Zawodowego to czas wyczerpanej pracy dla

nas wszystkich. Aktywność, zaangażowanie, determinacja w dążeniu do celu, dyspozycyjność to elementy bardzo istotne w pracy samorządowej. Rzeczywistość z jaką musimy się zmierzyć wymusza na nas podejmowanie nowych decyzji, aby sprostać wymaganiom rynku i zaspokoić coraz to nowe oczekiwania naszych pracodawców. Nie możemy jednak zniechęcać się do dalszych działań na rzecz naszego środowiska zawodowego. Wiele przecież zależy od nas samych i od naszego nastawienia do problemów, z którymi na co dzień borykamy się w pracy

zawodowej. Wyrażam przekonanie, że dalsza współpraca, życzliwość i partnerstwo pomogą nam pokonać wiele wspólnych problemów. Bardzo gorąco zapraszam do tej współpracy wszystkich, którzy nie boją się wyzwań i chcą pracować dla środowiska zawodowego. Musimy przecież być solidarni i dobrze zorganizowani, aby uchronić się przed negatywnymi skutkami proponowanych reform. Proszę wszystkich o otwartość i jedność w działaniu, wsparcie i pomoc w rozwiązywaniu naszych wspólnych problemów.

*Z okazji zbliżających się Świąt Wielkiej Nocy
życzę Wam Koleżanki i Koledzy i Waszym najbliższym*

*Radosnych, pełnych nadziei i życzliwości Świąt Wielkanocnych,
aby napętniały Was pokojem i siłą w pokonywaniu trudności,
życzę pogody w sercu i radości płynącej ze Zmartwychwstania Pańskiego,
ciepłych i rodzinnych spotkań,
smacznego jajka i mokrego śmigusa-dyngusa.*

*Przewodnicząca ORPiP w Krośno
Renata Michalska*

VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

W dniach 18-20 stycznia 2016 r. w Warszawie odbył się VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. W obradach Zjazdu Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Krośnie reprezentowały następujące osoby:

1. Barańska Beata
2. Krygowska Krystyna
3. Michalska Renata
4. Radwańska Zenona
5. Sawicka Małgorzata
6. Witusik Teresa

Otwarcia VII-go Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych dokonała Grażyna Rogala-Pawelczyk – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VI kadencji. Pani Prezes wręczyła odznaczenia samorządowe złote, srebrne i brązowe za zasługi dla samorządu dla pielęgniarek i położnych, które wykazały się ogromnym zaangażowaniem i wzorową postawą zawodową.

Ponadto obrady Zjazdu swoim wystąpieniem zaszczylicili zaproszeni goście. Wystąpienia m. in. Pana Konstantego Radziwiłła – Ministra Zdrowia, Pana Władysława Kosiniaka – Kamysha – Przewodniczącego PSL, Pani Beaty Cholewki – Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia, przedstawicieli różnych korporacji zawodowych słuchane były z ogromną uwagą i nadzieją na lepsze jutro. Było mnóstwo życzeń na kolejną kadencję, wytrwałości i determinacji w dążeniu do wyznaczonego celu dla środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych. Pan Konstanty Radziwiłł zadeklarował kontynuację wypłacania podwyżek dla pielęgniarek i położnych, większy nacisk na kształcenie przeddyplomowe, a tym samym przyciągnięcie młodzieży do zawodu, ordynowanie leków przez pielęgniarki i położne, przegląd przepisów prawnych w zakresie

medycyny i usunięcie istniejących absurdów prawnych.

Po wielu ciepłych słowach skierowanych do pielęgniarek i położnych przyszedł czas na powołanie Komisji Zjazdowych, sprawozdania z mijającej kadencji i wreszcie wybory do Organów Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Nowym Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została Pani mgr Zofia Małas.



Pani Zofia Małas jest magistrem zdrowia publicznego i specjalistką w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego i internistycznego. Przez dwie ostatnie kadencje była Przewodniczącą Świętokrzyskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych. W ostatnich wyborach kandydowała do Sejmu. W rozmowie z PAP nowa Prezes zapowiedziała, że w pierwszej kolejności należy zająć się uregulowaniem obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz uporządkować kwestie związane z wynagrodzeniami dla pielęgniarek i położnych. Za ważny cel dla samorządu pielęgniarek i po-

łożnych na okres VII kadencji należy uznać także m.in. wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego. W rozmowie z dziennikarzem portalu Rynek Zdrowia Prezes Zofia Małas zapowiedziała również dążenie do „określenia kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia podyplomowego z jednoznacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych. Obecnie zapis w programach kursów nie przekłada się bowiem na uprawnienia w praktyce”.

Dotychczasowa szefowa NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk została Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Z kolei Naczelnemu Sądowi Pielęgniarek i Położnych będzie przewodniczyć Beata Rozner, a Naczelnej Komisji Rewizyjnej Kamilla Gólc.

Delegaci VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych podjęli szereg uchwał, między innymi ustalając wysokość składki członkowskiej dla pielęgniarek i położnych. Tekst jednolity przedmiotowej uchwały przedstawiam poniżej.

*Przewodnicząca ORPiP w Krośnie
Renata Michalska*

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

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

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

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

§ 2.1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

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

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

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

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których

mowa w ust. 1 składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła w którym jej wysokość jest najwyższa.

§ 3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

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

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

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

3) wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,

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

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

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

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

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

§ 5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 4% sumy

uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do ostatniego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

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

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

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

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

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



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0021.217.2015.WW

Warszawa, dnia 21 grudnia 2015 r.

Pani/Pan Przewodnicząca/y Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowni Państwo,

Uprzejmie informuję, że Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji opublikował obwieszczenie w sprawie taryfy świadczeń z rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do osobodnia za świadczenia pie-

lęgniarskie w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania, któremu przyporządkowano wartość taryfy równą 1 punkt. W wyniku prac, koszt świadczenia bazowego, tj. osobodnia, oszacowano na wartość 28,56 zł.

Prognozowany skutek finansowy wprowadzenia ww. taryfy świadczeń

wskazuje na 23,56% wzrost względem dotychczasowych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na przedmiotowe świadczenia.

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Komunikat w sprawie możliwości wprowadzenia wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek zabiegowych w podstawowej opiece zdrowotnej 18 stycznia 2016 r.

W związku z opublikowanym 12 stycznia br. zarządzeniem Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, Narodowy Fundusz Zdrowia informuję, że:

1. Nastąpiła zmiana dotycząca zwiększenia z 1,1 na 1,12 wartości współ-

czynnika korygującego bazową stawkę kapitałową dla rozliczania pacjentów w wieku od 40 do 65 roku życia w zakresie świadczeń realizowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

2. W związku z wprowadzoną zmianą świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (pracodawcy) mają możliwość podniesienia wynagrodzeń zatrudnionych pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia w gabinetach

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

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

Autor: Centrala NFZ

MINISTER ZDROWIA

PP-WPS.078.2.2016

Warszawa, 27.01.2016 r.

Pani Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek

Szanowna Pani Prezes,

Odpowiadając na korespondencję z dnia 4 stycznia br. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0021.1.2016.WW) oraz z dnia 7 stycznia br. (znak: NtPiP-NRPiP-DM.0021.6.2016.WW) w sprawie pojawiających się wątpliwości dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższej informacji.

W porozumieniu podpisanym 23 września 2015 r. przez Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz środowisko pielęgniarek i położnych - reprezentowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - ustalono m.in.: że od 1 stycznia 2016 r. wzrośnie stawka kapitałowa dla:

■ pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,

■ położnej podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w sposób zapewniający ww. grupom zawodowym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w przeliczeniu na etat (równoważnik etatu).

Zgodnie z treścią porozumienia wzrost wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej w wysokości 400 zł nastąpi w okresie

od 1 stycznia 2016r. do dnia 31 sierpnia 2016 r. Następnie o 800 zł wynagrodzenie wzrosło w okresie od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r. Natomiast od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. będzie przysługiwała podwyżka w kwocie 1200 zł, zaś od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r, wynagrodzenie wzrosło o kwotę 1600 zł.

W dniu 16 października br. weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), Rozporządzenie to uzupełnia rozwiązania zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400) m.in, w zakresie uregulowania od 1 stycznia 2016r. kwestii wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek poz, pielęgniarek i higienistek szkolnych udzielających świadczeń w środowisku nauczania i wychowania oraz położnych poz, zgodnie z ww. zawartym porozumieniem.

Jednocześnie wyjaśniam, iż obowiązujące przepisy prawa, mianem pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/położnej podstawowej opieki zdrowotnej, określają pielęgniarkę/położną legitymującą się stosownymi kwalifikacjami, będącą świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo, która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pielęgniarka/położna poz podlega wyborom świadczeniobiorców na podstawie deklaracji wyboru, zgodnie z zasadami określonymi w art. 28 oraz 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie ze stanowiskiem Narodowego Funduszu Zdrowia w warunkach kontraktowania świadczeń zakres świadczeń pielęgniarki poz, położnej poz oraz pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania stanowi samodzielne przedmioty wniosku i umowy zawieranej przez Fundusz ze świadczeniodawcą. W ramach zawartych umów, pielęgniarki, położne, pielęgniarki/higienistki szkolne udzielają świadczeń gwarantowanych określonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1248, z późn. zm.) realizując zakresy zadań określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 214, poz. 1816). Świadczenia w przedmiotowych zakresach świadczeń finansowane są na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej. Podstawą rozliczeń są listy świadczeniobiorców sporządzone na podstawie deklaracji wyboru pielęgniarki poz, położnej poz, a w przypadku pielęgniarki/higienistki szkolnej - listy uczniów szkół objętych opieką. Dla świadczeń lekarza poz, wymienione powyżej przepisy prawa ustalają odrębnie, zarówno wykaz świadczeń gwarantowanych podlegający finansowaniu ze środków publicznych, jak też zakres realizowanych zadań. Świadczenia lekarza poz są samodzielnym przedmiotem wniosku i umowy zawieranej przez Fundusz, a podstawą rozliczeń w tym zakresie świadczeń jest lista świadczeniobiorców utworzona przez świadczeniodawcę na podstawie deklaracji wyboru lekarza poz.

Podkreślenia wymaga, że Fundusz nie jest pracodawcą wobec personelu zgłaszanego przez świadczeniodawców do realizacji umów. Kwoty środków przekazywane świadczeniodawcom w wyniku rozliczenia świadczeń służą pokryciu kosztów ich udzielania, w tym kosztów wynagrodzeń personelu. Wynikający z przepisów § 16 ust. 1a załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 3 i § 4 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015. r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wzrost finansowania świadczeń w zakresach: świadczenia pielęgniarki poz, świadczenia położnej poz, świadczenia pielęgniarki szkolnej, kieruje strumień finansowania w obszar, w których zwiększenie nakładów na świadczenia było konieczne.

Wzrost finansowania świadczeń w zakresie: świadczenia lekarza poz, nastąpił w roku 2015, skutkując wzrostem nakładów na POZ o ok. 1,1 mld zł w porównaniu z kosztami poniesionymi w roku 2014. Jako skutek przyjętych rozwiązań, w roku 2016, szacowany jest dalszy wzrost nakładów na finansowanie przedmiotowych świadczeń (o ok. 0,4 mld zł), w przypadku spełnienia przez wszystkich świadczeniodawców realizujących zakres świadczeń lekarza poz, przesłanek do stosowania przy rozliczaniu świadczeń, w ciągu całego roku, rocznej stawki kapitacyjnej w kwocie 144 zł.

W świetle powyższego tzw. „pielęgniarki praktyki” - wykonujące świadczenia w gabinetach zabiegowych i gabinetach szczepień lekarzy poz nie są uprawnione do wzrostu wynagrodzeń, wynikającego z ww. rozporządzenia, ponieważ nie są pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej i NFZ nie wymaga uczestniczenia przez powyższe w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza poz. Natomiast tzw. „pielęgniarki współpracujące” z pielęgniarką poz, która posiada deklarację wyboru pacjentów i jej wynagrodzenie jest finansowane ze stawki kapitacyjnej i mogą być uwzględnione w podziale dodatkowych środków pochodzących ze wzrostu kapitacyjnej stawki rocznej. Warunkiem jest posiadanie umowy z NFZ obejmującej świadczenia udzielane przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach której do realizacji tych świadczeń zatrudniona jest obok pielęgniarki poz tzw. „pielęgniarka współpracująca”. Jednocześnie wyjaśniam, że zgodnie z informacją Prezesa NFZ dla wyliczenia stawek kapitacyjnych w zakresach: pielęgniarki poz i położnej poz zostały uwzględnione pielęgniarki i położne „współpracując”. Ponadto, jak poinformował Prezes NFZ, w związku z postanowieniami zarządzenia Nr 2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, nastąpiła zmiana dotycząca zwiększenia z 1,1 na 1,2 wartości współczynnika korygującego stawkę kapitacyjną dla rozliczania pa-

centów w wieku od 40. do 60. roku życia w zakresie świadczeń realizowanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. W związku z tym świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej (pracodawcy) mogą dokonać zmian dotyczących wzrostu wynagrodzeń w sytuacji zatrudniania pielęgniarek i po-

łożnych realizujących świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień, w których realizowane są świadczenia gwarantowane w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że wprowadzona przez Prezesa NFZ regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
Marek Tombarkiewicz

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA CENTRALA W WARSZAWIE DEPARTAMENT ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Warszawa, 26.01.2016 r.

Pani Zofia Małas Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych ul. Pory 78 lok. 10, 02-757 Warszawa

Szanowna Pani,

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

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r, poz. 1628), zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1400) dodatkowe środki finansowe świadczeniodawca przeznacza w taki sposób, (...) aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł (...) dla wskazanej wyżej grupy zawodowej.

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

Jednocześnie trzeba stwierdzić, że świadczeniodawca może, w związku ze swoją suwerennością i samodzielnością, zgodnie z zapisami zawartymi w § 1 ust. 3 zarządzenia Nr2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wykorzystać środki finansowe wynikające ze zmiany wartości współczynnika odnoszącego się do osób w wieku od 40 do 65 roku życia z poziomu 1,1 do 1,12 do finansowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki, w szczególności rea-

lizujące świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień, które nie są definiowane, jako pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

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

Z poważaniem
Departament Świadczeń
Opieki Zdrowotnej NFZ
Zastępca Dyrektora
Daniel Rutkowski

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Warszawa, 29.01.2016 r.

Pani Zofia Małas Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W nawiązaniu do spotkania w dniu 26 stycznia 2016 r. w siedzibie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia odno-

sząc się do kwestii stosowania przepisów dotyczących przekazania dodatkowych środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki

zdrowotnej uprzejmie informuję, jak niżej.

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r, poz.

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

Przedmiotowe środki finansowe stanowią sumę wszystkich środków finansowych otrzymanych w zakresach świadczeń realizowanych przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki lub higienistki szkolne udzielające świadczenia w środowisku nauczania i wychowania, dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, w ramach

umowy zawartej z NFZ przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

Z poważaniem
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

Warszawa, 15.01.2016 r.

Pani Lucyna Dargiewicz
Przewodniczący Zarządu Krajowego
Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych

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

1. Strony zawartej w dniu 23 września 2015 roku Porozumienia, nie zakwestionowały treści przekazanych zgodnie z pkt 2 projektów zarządzeń Prezesa NFZ, które wprost realizowały intencje zawarte w Porozumieniu oraz zarządzenia Nr 77/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 listopada 2015 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

2. W przekazanych wcześniej danych dotyczących pielęgniarek „współpracujących” w POZ, dla wyliczenia wzrostów stawek kapitacyjnych w zakresach: pielęgniarki POZ i położnej POZ zostały uwzględnione pielęgniarki i położne „współpracujące”, zgodnie z informacją przekazaną w trakcie spotkania 13 października 2015 roku, o którym Pani wspomina.

3. Należy wskazać, że prezentowane przez Panią wyliczenie kwoty 328,70 PLN nie uwzględnia współczynników

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

4. Z uwagi na szacunkowy charakter powyższych wyliczeń, o którym była Pani poinformowana w toku spotkania, zaproponowane wysokości stawek kapitacyjnych mogą ulec zmianie po dokonaniu analizy faktycznie sfinansowanych świadczeń w tym zakresie po upływie I kwartału 2016 roku.

5. W odniesieniu do przepisów określających przekazanie środków finansowych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w zakresie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), dla których jednostką rozliczeniową jest roczna stawka kapitacyjna, należy podkreślić, że wskazanie średniego wzrostu wynagrodzenia przyznawanego pielęgniarkom i położnym POZ na poziomie świadczeniodawcy powoduje brak jakiegokolwiek relacji pomiędzy zasadami finansowania kapitacyjnego a przekazaniem dodatkowych środków finansowych na wzrost wynagrodzeń, ponieważ w żaden sposób nie uwzględnia liczebności populacji objętych opieką przez wskazywane pielęgniarki i położne. Należy przypomnieć, że wysokość środków przekazywanych dla świadczeniodawcy w ramach finansowania kapitacyjnego wynika z iloczynu rocznej stawki kapitacyjnej i liczby zadeklarowanych świadczeniobiorców

6. W zakresie lekarza POZ nie uwzględniono pielęgniarek gabinetu za-

biegowego lub punktów szczepień ponieważ NFZ nie posiada informacji o ich liczbie z uwagi na fakt braku wymogu uczestniczenia przez powyższe w procesie realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie lekarza POZ - powyżej wskazywane pielęgniarki nie są pielęgniarkami podstawowej opieki zdrowotnej.

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

Wprowadzona regulacja nie jest związana z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warun-

ków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400 z późn. zm.).

7. W odniesieniu do świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na mocy § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz. 1400) świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej zostały wyłączone w całości, jako te, które podlegają wzrostom finansowania dedykowanym pielęgniarkom i położnym, poczynając od 1 września 2015 roku. Z kolei na mocy postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 roku zmieniającego

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

Pragnę zapewnić panią o wnikliwym podejściu Narodowego Funduszu Zdrowia do przedstawianych problemów

i pełnej otwartości do współpracy ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, w przyjmowaniu rozwiązań mających na celu ich rozwiązywanie. Jednakże należy mieć na względzie możliwość wypracowywania rozwiązań zgodnie z obowiązującym prawem.

Do wiadomości:

Pan Konstanty Radziwiłł - Minister Zdrowia

Pani Grażyna Rogala-Pawelczyk - Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Tadeusz Jędrzejczyk

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

Centrala w Warszawie

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Warszawa, dnia 25.01.2016 r.

Pani Zofia Małas Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani,

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

Zgodnie z § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. (Dz. U. z 2015 r, poz. 1628), zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. poz. 1400) dodatkowe środki finansowe świadczeniodawca przeznacza w taki sposób, (...) aby zapewnić średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi w skali kraju o 400 zł (...) dla wskazanej wyżej grupy zawodowej.

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

Jednocześnie trzeba stwierdzić, że świadczeniodawcą może, w związku ze swoją suwerennością i samodzielnością, zgodnie z zapisami zawartymi w § 1 ust. 3 zarządzenia Nr2/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 stycznia 2016 r. zmieniającego zarządzenie Nr 77/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 listopada 2015 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, wykorzystać środki finansowe wynikające ze zmiany wartości współczynnika odnoszącego się do osób w wieku od 40 do 65 roku życia z poziomu 1,1 do 1,12 do finansowania świadczeń wykonywanych przez pielęgniarki, w szczególności rea-

lizujące świadczenia w gabinetach zabiegowych oraz punktach szczepień> które nie są definiowane, jako pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

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

Z poważaniem
Departament Świadczeń
Opieki Zdrowotnej NFZ
Zastępca Dyrektora
Daniel Rutkowski

**Pani /Pan Przewodnicząca/Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowni Państwo,

W załączeniu przesyłam odpowiedź Ministra Zdrowia na pismo Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w spra-

wie wątpliwości interpretacyjnych art. 27 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.) w zakresie wydania pa-

cjentowi oryginału dokumentacji medycznej.

*Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas*

Minister Zdrowia
Dot: NIPiP-NRPiP-OM.002S.12.2016

Warszawa, 25.01.2016 r.

**Pani Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na otrzymane pismo w dniu 14 stycznia 2016 r. w sprawie wątpliwości Interpretacyjnych dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej, uprzejmie informuje, co następuje:

Sposoby udostępniania dokumentacji medycznej określa art. 27 ustawy z dnia 6 listopada 2006 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 158, z późn.,zm.), zwanej dalej „ustawą”. Jednym z wymienionych w tym przepisie sposobów jest wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeśli żąda tego uprawniany organ lub podmiot. Katalog podmiotów i organów, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępni dokumentację medyczną zawiera art. 26 ustawy. Przede wszystkim jest to pacjent (jego przedstawiciel ustawowy) lub osoba przez niego upoważniona (ust. 1 i 2), a dodatkowo inne organy i podmioty w określonym zakresie (ust. 3 i 4). Ustawa przyznaje zatem każdemu z uprawnionych podmiotów i organów prawo żądania udostępnienia oryginału dokumentacji, przy czym jest to obwarowane pewnymi ograniczeniami, gdyż dokumentacja oryginalna może być jedynie „wypożyczona”, zaś po wykorzystaniu musi być zwrócona podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych.

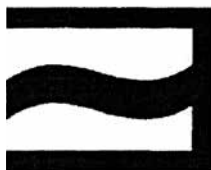
Należy zauważyć, iż w art. 27 ustawy zostały wskazane sposoby udostępniania dokumentacji medycznej, bez wskazywania kręgu odbiorców, co sugeruje, że wymienione sposoby udostępniania dotyczą każdego z podmiotów i organów wskazanych w art. 26, w tym również pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego) lub osobę przez niego upoważnioną. Istotnie w art. 27 pkt 3 ustawa posługuje się pojęciem organu i podmiotu, jednakże nie w celu określenia kręgu adresatów tego przepisu, a zaznaczenia, że wydanie oryginału następują na żądanie określonego organu czy podmiotu.

Powyższe stanowisko dodatkowo potwierdza fakt, iż Ministerstwo Zdrowia rozważało w ramach procedowanego w ubiegłym roku projektu ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw, zmianę art. 27 pkt 3 ustawy w kierunku ograniczenia możliwości wydawania oryginału dokumentacji medycznej, bowiem praktyka wskazywała na często przypadki braku zwrotu oryginału dokumentacji medycznej po wykorzystaniu przez pacjenta. Projektowany przepis art. 27 przewidywał, że dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej mogłaby być udostępniana przez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, na żądanie organów władzy publicznej, w tym

Rzecznika Praw Pacjenta albo sądów powszechnych, a także w przypadku gdy zwłoka w wydaniu dokumentacji mogłaby spowodować zagrożenie życia lub zdrowia pacjenta.

Należy zatem stwierdzić, iż w świetle obowiązującego obecnie przepisu art. 27 pkt 3 ustawy, przez podmiot, który może żądać udostępnienia oryginałów dokumentacji medycznej należy rozumieć także pacjenta, a co za tym idzie może on żądać od świadczeniodawcy wydania mu oryginału dokumentacji medycznej.

*Z poważaniem
Konstanty Radziwiłł*



NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
NIPiP-NRPiP-DM.G025.12.2016

Warszawa, dnia 12 stycznia 2016 r.

Pan Konstanty Radziwiłł Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

Do Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wpływają zapytania dotyczące problemu wydawania pacjentom przez świadczeniodawców oryginałów dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 27 ustawy z dnia z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012r., poz. 159 z późn. zm.) dokumentacja medyczna jest udostępniana:

1) do wglądu, w tym także do baz danych w zakresie ochrony zdrowia, w siedzibie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych,

2) poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków.

3) poprzez wydanie oryginału za pokwitowaniem odbioru i z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu, jeżeli upraw-

niony organ lub podmiot żąda udostępnienia oryginałów tej dokumentacji.

Pojawiły się dwa kierunki interpretacyjne powyższych przepisów. Zgodnie z pierwszym art. 27 pkt 3 ww. ustawy daje każdemu uprawnionemu, także pacjentowi, prawo do otrzymania oryginału dokumentacji medycznej. Zgodnie z drugim - prawo do otrzymania oryginału dokumentacji przysługuje jedynie podmiotom wymienionym w art. 26 ust. 3 cytowanej ustawy, bowiem ustawodawca w przedmiotowej ustawie wyraźnie rozróżnił kategorie uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznych, przede wszystkim używając sformułowań: pacjent, organ i podmiot.

W związku z powyższym, uprzejmie proszę o odpowiedź na pytanie: czy w świetle norm art. 27 pkt. 3 usta-

wy z dnia z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.) przez podmiot, który może żądać udostępnienia oryginałów dokumentacji należy rozumieć także pacjenta, a tym samym, czy pacjent może żądać od świadczeniodawcy wydania oryginału dokumentacji medycznej.

Powyższe pytanie związane jest z problemem interpretacyjnym ww. przepisu i wynikającymi z tego wątpliwościami: czy pacjenci mogą żądać od podmiotów udzielających świadczeń wydania oryginałów dokumentacji medycznej.

Z poważaniem

Prezes NRPiP

dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTERSTWO FINANSÓW
PODSEKRETARZ STANU
Konrad Raczkowski

Warszawa, dnia 20 stycznia 2016 r.

Pani Renata Michalska Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Szanowna Pani Przewodnicząca,

W odpowiedzi na wystąpienie z dnia 21 grudnia 2015 r. Nr OIPIP.0012.18.2015, skierowane bezpośrednio do Ministra Finansów oraz z dnia 21 grudnia 2015 r. Nr OIPIP.0012.19.2015 nadesłane do Prezesa Rady Ministrów (przesłane Ministrowi Finansów przy piśmie z dnia 5 stycznia 2016 r. Nr SPRM.222.1.116.2015. JP), przy których przekazano Apel Nr 2 podjęty przez Delegatów XXX Nadzwyczajnego Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Krośnie w dniu 27 listopada 2015 r. w sprawie zwolnienia z opodatkowania świadczeń otrzymywanych od samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, uprzejmie informuję:

Opodatkowanie dochodów osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia

26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm), zwanej dalej „ustawą”.

Na podstawie przepisów ustawy opodatkowaniu podatkiem dochodowym podlegają wszelkiego rodzaju dochody, z wyjątkiem dochodów wymienionych w art. 21, 52, 52a i 52c oraz dochodów, od których na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej zaniechano poboru podatku.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy wolna od podatku dochodowego jest wartość świadczeń przyznanych zgodnie z odrębnymi przepisami przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych, z wyjątkiem wynagrodzeń otrzymywanych za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy oraz za czas urlopu szkoleniowego.

Powyższy przepis zwalnia od podatku wartość świadczeń przyznanych pracownikowi, zgodnie z odrębnymi przepisami, na podnoszenie kwalifikacji zawodowych. Nie obejmuje on natomiast świadczeń na podnoszenie kwalifikacji zawodowych, bądź ich refundacji, przyznanych przez samorządy zawodowe, w tym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych.

Gdyby jednak ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.) zawierała regulacje, z których wynikałaby możliwość przekazywania środków finansowych przez samorząd zawodowy pracodawcom zatrudniającym pracowników wykonujących zawód pielęgniarek lub położnych, na sfinansowa-

nie (w całości bądź w części) przez nich świadczeń szkoleniowych swoim pracownikom to wówczas świadczenie to mieściłoby się w zakresie zwolnienia określonego w art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy.

Natomiast w przypadku uregulowania kwestii finansowania szkoleń dla pielęgniarek lub położnych w ustawie z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn. zm.), z których wynikałoby, że koszty nieodpłatnych szkoleń lub ich refundacja pokrywana jest ze składek członkowskich do wysokości opłaconych składek przez daną pielęgniarkę, czy położną wówczas nie wystąpiłaby korzyść majątkowa i w konsekwencji nie wystąpiłby przychód do opodatkowania.

Jednakże z uwagi na brak takich rozwiązań prawnych wartość przedmiotowych świadczeń stanowi przychód podlegający opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Zwolnienie z opodatkowania wartości szkoleń bądź ich refundacji, o których mowa w wystąpieniu, spowodowałaby konieczność objęcia zwolnieniem wartości wszystkich nieodpłatnych szkoleń. W przeciwnym wypadku przepis zwalniający z opodatkowania wartość szkolenia (bądź jego refundacji) otrzymanego wyłącznie przez pielęgniarki i położne mógłby być uznany za niekonstytucyjny, z uwagi na naruszenie zasady równości wobec prawa (art. 32 ust. 1 Konstytucji RP).

Niekonstytucyjne będą bowiem przepisy ustawy, które jednej grupie podatników, w tym przypadkiem pielęgniarkom i położnym, przyznają prawo do zwolnienia z opodatkowania przedmiotowych świadczeń a innym grupom zawodowym, np. lekarzom, prawnikom, takiego prawa nie przyznają.

Mając powyższe na uwadze uprzejmie informuję, iż obecnie nie są prowadzone prace związane ze zwolnieniem z opodatkowania świadczeń z tytułu szkoleń i konferencji dofinansowanych/refundowanych przez samorząd zawodowy.

Z wyrazami szacunku

Podsekretarz Stanu

dr hab. prof. nadzw. Konrad Raczkowski

Wywiad dla Rynku Zdrowia przeprowadzony z Panią Zofią Małas, prezesem NRPiP

Nowa prezes NRPiP: najważniejsze – normy zatrudnienia, podwyżki, uprawnień

W pierwszej kolejności musimy się zająć uregulowaniem obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz wynagrodzeń pielęgniarek. Za ważny cel samorządu pielęgniarek i położnych uznaliśmy także m.in. wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego - mówi nam Zofia Małas, nowa prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Rynek Zdrowia: - Jakie główne zadania i wyzwania stoją przed samorządem pielęgniarskim w najbliższej kadencji?

- W największym skrócie można powiedzieć, że w pierwszej kolejności musimy się zająć uregulowaniem obsad pielęgniarskich w szpitalach oraz wynagrodzeń pielęgniarek.

Jest też wiele zadań związanych z kształceniem przeddyplomowym i poddyplomowym pielęgniarek oraz położnych. Istotną kwestią jest przede wszystkim opracowanie i wdrożenie standardu ścieżki rozwoju zawodowego.

Chcielibyśmy określić kompetencje zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów, dziedzin i zakresów kształcenia poddyplomowego z jedno-

znacznym wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, menedżerskich lub naukowych w aktach prawnych. Obecnie zapis w programach kursów nie przekłada się bowiem na uprawnienia w praktyce.

Za ważny cel samorządu pielęgniarek i położnych uznaliśmy także wprowadzenie rezydentur do kształcenia specjalizacyjnego oraz wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązku aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

- Jak w ocenie samorządu pielęgniarskiego wygląda stosowanie w praktyce przepisów dotyczących minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych?

- Obowiązuje w tym zakresie wadliwe rozporządzenie z grudnia 2011 roku. Nie daje ono możliwości zastosowania dobrej metody wyliczania tych norm. Stosuje kategoryzację zależną od stanu zdrowia pacjenta.

My od 2011 roku staramy się, aby do tzw. zapisów koszykowych NFZ wprowadzić konkretne wskaźniki, które zostały przez nas wypracowane na podstawie badań i pomiarów przeprowadzonych na bardzo dużej liczbie oddziałów szpitalnych.

Tego typu wskaźniki udało się zastosować i zawrzeć w rozporządzeniach „koszykowych” w przypadku oddziałów anesteziologicznych, neonatologicznych czy udarowych i to się sprawdza. Skoro tak, to w taki sam sposób należy uregulować wskaźniki w oddziałach zachowawczych, zabiegowych, pediatrycznych, psychiatrycznych.

- Przykładowo, w oddziałach zachowawczych, ile miałyby wynosić ten wskaźnik?

- Z naszych obliczeń wynika, że 0,6. Gdyby go zastosować, to np. na 40-lóżkowy oddział wewnętrzny przypadłyby 24 etaty pielęgniarskie. To dałoby bezpieczeństwo pacjentowi, ale także pielęgniarkom. Na dyżurze dziennym byłoby ich średnio pięć, a na nocnym cztery. Oznacza to, że pielęgniarka miałaby pod swoją opieką nie więcej niż 10 pacjentów.

To gwarantowałyby minimalny poziom zatrudnienia pielęgniarek, a jednocześnie stanowiłoby zabezpieczenie potrzeb pacjenta. Pielęgniarka nie musiałaby się zastanawiać, które zabiegi ma wykonać w pierwszej kolejności, bo wszystkich nie jest w stanie. Dzisiaj w pierwszej kolejności wykonuje zlecenia lekarza i brakuje

jej czasu na pielęgnację pacjenta, nie mówiąc już o edukacji jego i jego rodziny.

- Czy nie będzie to rozwiązanie zbyt kosztowne? Czy nie zabraknie nam pielęgniarek, aby spełnić minimalne normy zatrudnienia wyznaczane tymi wskaźnikami?

- Rzeczywiście, może się okazać, że - zwłaszcza w szpitalach w dużych aglomeracjach, gdzie są rażąco niskie obsady pielęgniarskie - zastosowanie tych wskaźników będzie kosztowało więcej.

Należy jednak postawić sobie pytanie - jaka jest jakość świadczeń, gdy zamiast dwóch czy trzech jest jedna pielęgniarka? W domu, jeśli mamy osobę chorą, to zazwyczaj do opieki nad nią zaangażowana jest cała rodzina. W szpitalu jedna pielęgniarka ma pod opieką 20 czy 30 pacjentów - to jaka jest rzeczywista jakość opieki oferowanej przez te placówki?

Wracając do pytania - czy wystarczy pielęgniarek, aby spełnić proponowane przez nas normy zatrudnienia? Przeprowadziłam dokładne badania w województwie świętokrzyskim, z którego pochodzę. Na ich podstawie twierdzę, że są szpitale, w których normy zatrudnienia są przyzwoite, ale są też takie, gdzie są rażąco niskie. Te ostatnie są jednak w mniejszości.

Czasem, aby rozwiązać problem, trzeba by dokonać alokacji zatrudnienia między poszczególnymi oddziałami, może czasem nawet między szpitalami.

Ważną kwestią jest wiek pielęgniarek, którego średnia zbliża się do 50. roku życia. Jeżeli w wieku, nazwijmy to dojrziałym, ktoś zachoruje, to najczęściej jest to przeziębienie czy grypa, i trwa

to długo, dwa-trzy miesiące. Wówczas pracodawca powinien zapewnić w miejsce chorującej pielęgniarki zastępstwo, jednak z powodu sytuacji finansowej szpitale to się rzadko zdarza.

Dlatego należy zastanowić się, jak zatrzymać w kraju wcale nie małą liczbę absolwentów wydziałów pielęgniarstwa, którzy z powodów finansowych podejmują pracę za granicą, czasem w innych profesjach. Pierwszym krokiem, o który zabiegamy byłoby rezydentury, na początek w tych dziedzinach, w których niedobór pielęgniarek jest największy.

- Wydawało się, że wynegocjowane przez środowisko i podpisane w ubiegłym roku z ministrem zdrowia porozumienie w sprawie podwyżek dla pielęgniarek ureguluje w końcu kwestie wysokości zarobków w tym zawodzie. Dzisiaj, na początku lutego 2016 roku nie brakuje sygnałów, że nie ma pieniędzy na podwyżki między innymi dla pielęgniarek zabiegowych i pracujących w punktach szczepień...

- Środowisko pielęgniarek jest bardzo zawiedzione i rozgoryczone dotychczasowym sposobem realizacji porozumienia. Jego ideą, co zaakceptowała strona ministerialna, było, aby każda pielęgniarka i położna otrzymała podwyżkę przez cztery lata po 400 złotych brutto, czyli 230 złotych netto. Słowa „podwyżka wynagrodzenia” oznaczają, że powinna zostać podniesiona podstawa wynagrodzenia.

Niestety, pracodawcy traktują to jako „dodatek” do wynagrodzenia. Tylko w nielicznych, pojedynczych przypadkach zostało to zrobione prawidłowo.

Powołam się na dane z województwa świętokrzyskiego. Otóż tylko w jednym szpitalu na 24 funkcjonujące w tym regionie podwyżkę włączono do podstawy wynagrodzenia. Pracodawcy tłumaczą to brakiem pewności, czy będą pieniądze na te podwyższone płace przez kolejne lata. Należy dokonać w tym zakresie zmian, bo to wypacza ideę porozumienia, jakie zostało zawarte z Ministerstwem Zdrowia przez środowisko pielęgniarskie.

Także rozporządzenie MZ - tzw. OWU - dotyczące podwyżek, okazało się dalece niedoskonałą protezą. Jako nowe władze samorządu zawodowego spotkaliśmy się już z prezesem NFZ i nakreślił problem. Sądzę, że zostanie to rozwiązane w najbliższym czasie. Tak naprawdę pielęgniarka zabiegowa i pracująca w punkcie szczepień w POZ jest kosztem lekarza podstawowej opieki i pieniądze na podwyżki dla niej powinny się znaleźć w zwiększonej stawce ryczałtowej.

Podwyżek nie otrzymały, co także jest niezgodne z ideą tego porozumienia, na przykład pielęgniarki pracujące w DPS-ach, w Sanepidach, żłobkach, w placówkach Ministerstwa Obrony Narodowej, bo podlegają pod inne resorty. Upominamy się o nie, co w Ministerstwie Zdrowia spotyka się ze zrozumieniem. Mam nadzieję, że z podobnym zrozumieniem podejście do tej kwestii także Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.

Nadzieję na szybkie rozwiązanie problemu budzi fakt, że minister Konstanty Radziwiłł rozumie sytuację dotyczącą zarówno płac, jak i obsad pielęgniarskich. Będziemy chcieli wspólnie uregulować to prawnie.

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

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

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

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjolo-

gicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.);

- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego

przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007);

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

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

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

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

zaistnienie w pełni skutecznego i efektywnego systemu opieki.

Jednocześnie poniżej przedstawiamy uwagi do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, które wprowadza nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC):

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

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

3) Kobieta ciężarna będzie miała ograniczony wybór lekarza lub położnej prowadzącego/ej ciążę, gdyż będzie on zażęony do osób, które tworzą zespół

w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Kobieta ciężarna będzie zmuszona do wyboru lekarza lub położnej z jednego zespołu, co jest niezgodne z prawem pacjenta i rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad dzieckiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.).

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

5) Projekt przewiduje wprowadzenie nowych definicji pojęć: „rozporządzenie o opiece okołoporodowej” i „rozporządzenie o opiece w ciąży patologicznej”, odpowiadających odpowiednio rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100, z późn. zm.) i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, położu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), przewidujących określone standardy związane z opieką okołoporodową, co należy uznać za konsekwencję wprowadzenia do zarządzenia nowego zakresu świadczeń zdrowotnych – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KC).

Jednocześnie zauważyć należy, że projekt nie przewiduje wprowadzenia do za-

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

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

7) Projekt wprowadza określone zasady dotyczące rozliczania świadczeń

udzielanych w ramach nowego zakresu świadczeń medycznych. Przede wszystkim, zgodnie z propozycją niedopuszczalne ma być „dodatkowe rozliczanie świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem i położeniem, analogicznych jak w KC, w zakresach położnictwa i ginekologii oraz innych zakresach i rodzajach świadczeń, chyba że przepisy załącznika nr 4 do zarządzenia stanowią inaczej”. Z projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wynika, że zastrzeżenie to nie dotyczy badań prenatalnych wykonywanych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1505, z późn. zm.). Jednocześnie jednak w projektowanej części P załącznika nr 4 do zarządzenia wskazano również, że w przypadku przystąpienia podmiotu do realizacji świadczeń KC, NFZ nie będzie finansował u danego świadczeniodawcy świadczeń związanych z położnictwem w ramach AOS oraz lecznictwa szpitalnego. Tym samym podmiot ten nie otrzyma finansowania za świadczenia opieki zdrowotnej związane z położnictwem udzielone osobom nie pozostającym w tym podmiocie w opiece koordynowanej, na przykład w stanach nagłych;

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

9) W załączniku nr 3 do projektu, w pkt. 1.2, wskazano, że „w przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KC, świadczeniodawca odnoto-

wuje to w historii choroby oraz systemie informatycznym, udostępnionym przez NFZ do monitorowania KC”. Jednocześnie, w pkt. 2.5, wskazano, że „rozliczeniu w danym okresie sprawozdawczym podlega liczba świadczeń KC, odpowiadająca liczbie porodów w tym okresie sprawozdawczym. Kwota ta uwzględnia pełną opiekę w okresie ciąży, porodu i położu”. Powstaje wątpliwość, czy rozliczona zostanie opieka w okresie ciąży w sytuacji, gdy przed samym porodem osoba objęta opieką koordynowaną zrezygnuje z tej opieki. Podobna wątpliwość pojawia się w odniesieniu do pkt. 1.4, zgodnie z którym „w przypadku wystąpienia nieprawidłowości przekraczających kompetencje opieki w ośrodku I/II poziomu referencyjnego, pacjentka powinna być skierowana do ośrodka III poziomu referencyjnego, zgodnie ze stanem klinicznym”. W tym przypadku nie jest jasne, który ośrodek uzyska rozliczenie świadczenia. Powstaje również wątpliwość w sposobie rozliczania w przypadku, gdy pacjentka wejdzie do projektu w trakcie porodu lub po porodzie, a wcześniejsze świadczenia były realizowane przez położną poz, nie będącą uczestnikiem programu KC. Brak takiej regulacji stwarza sytuacje mogące skutkować nadużyciami.

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

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

- Finansowanie świadczenia KC jest nieczytelne (wartości procentowe), może stwarzać duże różnice w finansowaniu świadczenia.

- Brak informacji o podziale środków, a ma opiekować się pacjentką zespół specjalistów.

12) Załącznik nr 2 – Warunki wymagane:

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

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

- W pkt 23.4 Warunki wymagane ppkt 23.4.7 Pozostałe warunki - minimalna liczba porodów w podmiocie koordynującym (żywo urodzonych dzieci powyżej 22 t.c. - 600 rocznie) - warunki nie są możliwe do osiągnięcia przez większość szpitali w niektórych województwach.

- W pkt 23.5 Warunki dodatkowo oceniane ppkt 23.5.2 Pozostały personel - należy uwzględnić w projekcie położną specjalistkę pielęgniarstwa rodzinnego, gdyż spełnia wymogi i posiada odpowiednie kwalifikacje do wyszczególnionych zadań. Nie dbamy o wykorzystanie wiedzy pielęgniarstwa rodzinnego i nie uwzględnia się ich kwalifikacji w żadnych zarządzeniach, stąd pracodawcy nie mają motywacji do ich zatrudnienia, czy dodatkowego wynagrodzenia. Położna specjalistka pielęgniarstwa rodzinnego ma kwalifikacje do pracy w lecznictwie otwartym i zamkniętym.

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

- W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 6) Zapewnia możliwość 24 h kontaktu z ośrodkiem prowadzącym - zapis ten budzi wątpliwości. Biorąc pod uwa-

gę fakt, że w Programie mają uczestniczyć placówki, w których odbywa się co najmniej 600 porodów rocznie (w niektórych znacznie więcej) to całodobowa opieka nad taką liczbą pacjentek może być trudna. Zwłaszcza, że dotyczy to dość długiego okresu jakim jest ciąża i 6 tygodni okresu połogowego, a wymagania personalne NFZ nie są wygórowane (6 lekarzy, 1 położna). Ponadto pomimo wieloletniego sygnalizowania ze strony istniejących podmiotów realizujących świadczenia położnej poz, NFZ nie wyrażał zgody na kontraktowanie całodobowej opieki.

- W pkt 1.2 Określenie świadczenia w ppkt 9) [podmiot koordynujący] współpracuje z lekarzem POZ, na liście którego znajduje się kobieta w ciąży - brak jest natomiast zapisu dotyczącego współpracy z położną poz. Czy świadczeniodawca przystępujący do świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży obejmuje także opieką noworodka do ukończenia 6 tygodnia życia (w domu)? Do chwili obecnej taką opieką noworodka obejmowała położna poz. Należy również zaznaczyć, że w ppkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia znajduje się procedura 89.04 opieka pielęgniarki lub położnej.

- W pkt 1.5 Specyfikacja zasadniczych procedur medycznych wykonywanych w trakcie udzielania świadczenia - należy dodać inne procedury dotyczące wykonywania świadczeń przez położną, np. procedury wizyty domowej u ciężarnej, położnicy, noworodka, porady laktacyjnej. Są to zadania specyficzne nie tylko w zakresie szczególnych kompetencji położnej, ale i wymogów takich jak czas dojazdu, koszt dojazdu, czas wizyty.

- W pkt 5 Parametry jakościowe do oceny udzielania świadczeń - Parametry jakościowe dla podmiotów I oraz II poziomu referencyjnego mogą nie być możliwe do osiągnięcia przez większość oddziałów położniczych w niektórych województwach (z danych aktualnie znanych oczekiwany odsetek cięć cesarskich - poniżej 25% nie występuje w niektórych województwach, a średnia wynosi 35-40%).

14) Załącznik nr 5 - ankieta satysfakcji: Pytanie S7: Ocena położnych: Sta-

ranność wykonanych zabiegów/opatrunków - czy pacjentka może ocenić obiektywnie nie będąc fachowcem? Staranność podlega ocenie merytorycznej, ocenie pacjentki może podlegać satysfakcja ze świadczonej opieki.

15) Zmiany spowodowane reorganizacją opieki nad kobietą w ciąży, w czasie porodu i połogu oraz nad noworodkiem wpłyną na dezorganizację dotychczasowej już ustabilizowanej opieki. Proponowany program spowoduje zamknięcie indywidualnych praktyk położnych, które zapewniają wysoką jakość świadczeń medycznych względem kobiety. Po okresie pilotażu położne mogą być zmuszone do zamknięcia indywidualnych praktyk i przejścia do programu. Należy podkreślić, że ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej gwarantuje samodzielność tych zawodów.

Proponowane zmiany, przedstawione w projekcie zarządzenia wpłyną niekorzystnie na zdrowie matki i noworodka, ponieważ:

- Wprowadzą chaos do dotychczas sprawnie funkcjonującej opieki nad matką i noworodkiem.

- Ograniczą wolność pacjentki w zakresie wyboru położnej POZ narzucając położną zatrudnioną w opiece skoordynowanej.

- Wprowadzą nierówny dostęp do opieki kobiet zamieszkujących miasto i wieś.

- Podmioty medyczne realizujące świadczenia położnej poz prowadzone przez położne, jak również indywidualne grupowe praktyki położnej jak wykazują statystyki realizują świadczenia opieki okołoporodowej w sposób właściwy, co ma również odzwierciedlenie w poziomie satysfakcji pacjenta. Fakt ten należy łączyć z dużą świadomością położnych decydujących się na samodzielne realizowanie usług oraz roli samorządu pielęgniarek i położnych jako instytucji nadzorującej. Proponowana zmiana może wyeliminować z rynku dobrze funkcjonujące praktyki i zakłady.

W świetle powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wprowadzenie w życie przedmiotowego projektu zarządzenia Prezesa NFZ jest niezasadne, a wręcz może przynieść więcej szkód niż korzyści i w zwią-

ku z tym, opiniuje go negatywnie i wnosi o odrzuceniu w całości. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych proponuje usprawnienie wdrażania istniejącego już i dobrze opracowanego standardu opieki okołoporodowej, wzmocnienie pozycji położnej, zapewnienie finansowania świadczeń dla położnych poz, w celu prowadzenia ciąży oraz umożliwienie

równej dostępności wyboru miejsca porodu kobietom w ciąży (bezpłatny dostęp do świadczeń okołoporodowych w domu, domu narodzin, szpitalu). Jednakże w przypadku podjęcia decyzji o dalszym procedowaniu projektu Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z wnioskiem o przekazanie do ponownego uzgodnienia przedmiotowe-

go projektu w wersji uwzględniającej powyższe stanowisko.

*Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander*

*Zofia Małas
Prezes NRPiP*

Czy pielęgniarka, położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu może być uczestnikiem kursu specjalistycznego?

Pielęgniarka, położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej (zgodnie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) może być uczestnikiem kursu specjalistycznego. Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

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

Wobec powyższego nie ma żadnych przeszkód prawnych, aby pielęgniarka, położna, która spełnia ww. warunki, a jest w trakcie odbywania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu mogła być uczestnikiem kursu specjalistycznego.

CZY POŁOŻNA MOŻE PRZYSTĄPIĆ DO KURSU SPECJALISTYCZNEGO: SZCZEPIENIA OCHRONNE (NR 03/08)?

Położna może ukończyć kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych noworodków (Nr 04/08). Nie może natomiast przystąpić do kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne (Nr 03/08), gdyż kurs ten przeznaczony jest wyłącznie dla pielęgniarek. Tym samym za nieprawidłowy należy uznać fakt zakwalifi-

kowania położnej do odbywania kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne (Nr 03/08), w którym może uczestniczyć jedynie pielęgniarka. Należy również wyraźnie podkreślić, iż w świetle obowiązującej ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) oraz innych aktów prawnych, w szczególności rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) uprawnienia położnej w zakresie wykonywania szczepień ochronnych dotyczą tylko i wyłącznie noworodków. To pielęgniarka natomiast będzie uprawniona do realizacji tych świadczeń wobec innych świadczeniobiorców, w szczególności dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz osób dorosłych. Wobec powyższego położna może wykonywać szczepienia ochronne tylko u noworodków.

CZY UKOŃCZENIE SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO MOŻNA UZNAĆ ZA RÓWNOWAŻNE Z UKOŃCZENIEM STUDIÓW PIERWSZEGO STOPNIA (LICENCJACKICH) NA KIERUNKU PIEŁĘGNIARSTWO, W PRZYPADKU WNIOSKOWANIA DO PRACODAWCY O PODWYŻKĘ WYNAGRODZENIA ZA PRACĘ?

Zgodnie z przepisem art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.) pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. W art. 66 ust. 1 ustawa ta przewiduje następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane „specjalizacją”, kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny oraz kurs dokształcający. Najwyższą formą kształcenia podyplomowego jest specjalizacja, która ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę, położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie (art. 67 ust. 1 ww. ustawy).

Natomiast studia licencjackie są studiami pierwszego stopnia, które stanowią formę kształcenia, na którą są przyjmowani kandydaci posiadający świadectwo dojrzałości, kończącą się uzyskaniem kwalifikacji pierwszego stopnia (art. 2 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawa o szkolnictwie wyższym (j. t. Dz. U. z 2012 r. poz. 572 ze zm.),

W obecnym stanie prawnym, pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe wyłącznie po ukończeniu szkoły pielęgniarstwa w formie studiów wyższych.

Zatem obecnie każda pielęgniarka kończąca szkołę zawodową, uzyskuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa. Licencjat jest więc podstawowym tytułem zawodowym.

Specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej jest kształceniem podyplomowym, tj. po uzyskaniu co najmniej tytułu licencjata pielęgniarstwa. Jest to zatem rodzaj kształcenia podnoszący w sposób istotny kwalifikacje zawodowe pielęgniarki w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia. Po pomyślnym ukończeniu specjalizacji, pielęgniarka uprawniona jest na mocy przepisów ustawowych do posługiwania się tytułem specjalisty, zgodnym z dziedziną kończącej specjalizacji. Dodać należy również, iż zgodnie z art. 67 ust. 4 ww. ustawy do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które: posiadają prawo wykonywania zawodu; pracowały w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat; zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego. W celu przystąpienia do specjalizacji, pielęgniarka obowiązana jest spełniać wszystkie trzy wymienione warunki. Powyższy wymóg wskazuje jednoznacznie, że posiadanie tytułu licencjata nie jest równoznaczne z posiadaniem tytułu specjalisty w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia.

Odnośnie możliwości podwyższenia wynagrodzenia za pracę w związku z podwyższeniem kwalifikacji zawodowych stwierdzić należy, iż zasady wynagradzania określone są w obowiązujących u danego - pracodawcy przepisach wewnętrznych (Zakładowy Układ Zbiorowy Pracy lub Regulamin Wynagradzania). Nie mniej jednak pracodawca powinien docenić podwyższenie przez pracownika kwalifikacji zawodowych, poprzez podwyższenie wynagrodzenia za pracę w odpowiedniej kwocie.

INFORMACJA W SPRAWIE TERMINU WAŻNOŚCI WYDANYCH ZAŚWIADCZEŃ O UKOŃCZONYCH SZKOLENIACH

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014 r. poz. ; i 1435 ze zm.) re-

gulują zasady funkcjonowania systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Zarówno wyżej powołane przepisy ustawy, jak też rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. 2013 poz. 1562) nie zawierają postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. Oznacza to, że zaświadczenia wydawane są bezterminowo. Kwestia oceny, czy pielęgniarka położna legitymuje się odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi należy już do przełożonych. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, iż w myśl art. 61 ust. 1 ww. ustawy pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych.

JAK DŁUGO POZOSTAJE WAŻNE ZAŚWIADCZENIE O UKOŃCZENIU KURSU SPECJALISTYCZNEGO?

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j. t. Dz. U. z 2014r. poz. 1435 ze zm.) nie przewidują terminu ważności uprawnień uzyskanych w wyniku ukończenia określonej formy kształcenia podyplomowego, w tym w szczególności kursu specjalistycznego.

Ponadto obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) nie zawiera postanowień odnośnie terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. W szczególności we wzorze zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego, stanowiącym załącznik nr 10 do ww. rozporządzenia, brak jest treści wskazującej na dokonywanie wpisu daty ważności takiego zaświadczenia.

Wobec powyższego należy wskazać, iż zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego są wydawane bezterminowo. Nie ma więc podstaw do twierdzenia, iż ukończenie ww. kursu jest ważne tylko przez okres 5 lat.

OBOWIĄZEK PODNOSZENIA KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRZEZ

PIELĘGNIARKE, POŁOŻNĄ A UKOŃCZENIE STUDIÓW MAGISTERSKICH NA KIERUNKU PEDAGOGIKA.

Zgodnie z przepisem art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (j.t. Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ustala się następujące rodzaje kształcenia podyplomowego: szkolenie specjalizacyjne, zwane „specjalizacją”, kurs kwalifikacyjny, kurs specjalistyczny oraz kurs dokształcający. W myśl przepisu art. 67 ust. 1 ww. ustawy specjalizacja ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę i położną specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Ukończenie studiów magisterskich na kierunku pedagogika, specjalność pedagogika i promocja zdrowia nie jest tożsame z ukończeniem szkolenia specjalistycznego w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Należy wskazać, iż zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (Dz. U. z 2011, Nr 196, poz. 1167) absolwentom studiów drugiego stopnia na kierunku pedagogika nadaje się tytuł zawodowy magistra. Natomiast w myśl § 2 ww. rozporządzenia absolwentom studiów pierwszego stopnia nadaje się tytuł. zawodowy licencjat pielęgniarstwa - po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Natomiast absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa - po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (§3 ww. rozporządzenia). Kończąc studia magisterskie na kierunku pedagogika uzyskuje się tytuł magistra, jednakże nie jest to specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. Uzyskanie tytułu magistra na kierunku pedagogika może być uznane w świetle roz-

porządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 173, poz. 1419 ze zm.) za posiadanie wykształcenia wyższego w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, uprawniającego do podjęcia kształcenia w celu uzyskania tytułu specjalisty w ww. dziedzinach. Ukończenie studiów podyplomowych w zakresie zarządzania i marketingu w ochronie zdrowia niewątpliwie może stanowić element dodatkowy, jako argument przy obsadzaniu stanowisk kierowniczych w pionie pielęgniarstwa. Jednakże nie jest to specjalizacja w rozumieniu przepisów ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

MOŻLIWOŚĆ UBIEGANIA SIĘ O STANOWISKO PIELEŃNIARKI ODDZIAŁOWEJ PRZEZ OSOBĘ, KTÓRA ODBYŁA KURS KWALIFIKACYJNY „PIELEŃNIAREK ODDZIAŁOWYCH” W 1987 R.

Kwalifikacje, jakie są wymagane na stanowisku pielęgniarki oddziałowej zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w spra-

wie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896). Zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia w celu ubiegania się o stanowisko pielęgniarki oddziałowej należy spełnić następujące wymagania:

1) tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz 1 rok pracy w szpitalu lub

2) tytuł magistra w zawodzie, w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, i licencjat pielęgniarstwa lub średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka oraz 1 rok pracy w szpitalu lub

3) licencjat pielęgniarstwa i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 3 lata pracy w szpitalu

4) licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny oraz 4 lata pracy w szpitalu lub

5) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub or-

ganizacji i zarządzania oraz 5 lat pracy w szpitalu lub

6) średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i kurs kwalifikacyjny oraz 7 lat pracy w szpitalu (w okresie przejściowym do dnia 31 grudnia 2020 r.).

Rozporządzenie nie wymaga, w jakim czasie kurs kwalifikacyjny powinien być odbyty. Przepisy nie dają również podstawy do stwierdzenia, że kurs kwalifikacyjny odbyty w 1987 r. jest nieważny. Tym samym osoba, która odbyła kurs kwalifikacyjny w 1987 r., o ile spełnia pozostałe wymagania, może się ubiegać o stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

*Przedruk z publikacji NIPiP,
VII Krajowy Zjazd*

Pielęgniarek i Położnych,

Warszawa, dnia 18-20 stycznia 2016 r.

Forma wykonywania zawodu a odpowiedzialność prawna

Odpowiedzialność prawna to taki rodzaj odpowiedzialności, który wynika z określonych przepisów prawnych przyjętych przez system normatywny państwa. Osoby wykonujące zawód pielęgniarki, w związku z jego wykonywaniem podlegać mogą różnego rodzaju odpowiedzialności prawnej, w szczególności: cywilnej, karnej i zawodowej, a w przypadku zatrudnienia pracowniczego - również odpowiedzialności pracowniczego. Możliwa jest sytuacja, w której np. pielęgniarka może równocześnie ponieść wszystkie z wymienionych rodzajów odpowiedzialności. Poszczególne rodzaje odpowiedzialności stanowią w doktrynie prawa szeroki przedmiot analizy, dlatego w zakresie szczegółowych zasad prawnej odpowiedzialności odsyłam do licznych opracowań w tym zakresie¹.

1.1. UWAGI OGÓLNE

Pogląd, że pielęgniarkę uważa się za podwładną lekarza bądź szpitala, który ponosi odpowiedzialność za wyrządzoną przez nią szkodę, należy uznać w zasadniczej części za nieaktualny². Zasady odpowiedzialności cywilnej determinują przepisy określające status prawny zawodu pielęgniarki. Warto tu podkreślić, iż wykonywanie zawodu pielęgniarki w Polsce polega na samodzielnym wykonywaniu działań medycznych przy braku nadzoru ze strony lekarza co do sposobu ich wykonywania, przy czym należy podkreślić szeroki zakres czynności wykonywanych bez zlecenia lekarskiego, oraz rozwój niepracowniczych form wykonywania zawodu. Problem cywilnej odpowiedzialności pielęgniarki wymaga niewątpliwie odrębnej dogłębnej analizy, natomiast poniżej poczynio-

no jedynie uwagi ogólne, aby przybliżyć zasady tej odpowiedzialności.

Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki jest odpowiedzialnością majątkową wobec osoby poszkodowanej, a jej główną funkcją jest kompensacja uszczerbku w dobrach prawnie chronionych. Co do zasady, jest to odpowiedzialność nieograniczona, ograniczenia występują przy egzekucji. Pielęgniarka jako sprawca szkody staje się dłużnikiem i odpowiada za dług (szkodę) całym swoim majątkiem obecnym i przyszłym. Pielęgniarka (jako dłużnik) może spełnić świadczenia dobrowolnie, natomiast w braku dobrowolnego świadczenia przez pielęgniarkę (dłużnika) osoba poszkodowana (wierzyciel) może swoich uprawnień dochodzić przed sądem, a następnie zaspokoić swoją wierzytelność w drodze postępowania egzekucyjnego³.

1.2. ŹRÓDŁA I PRZESŁANKI ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

Źródłem odpowiedzialności cywilnej pielęgniarki może być umowa (kontrakt) lub czyn niedozwolony. W pierwszym przypadku mowa jest o odpowiedzialności kontraktowanej pielęgniarki, będącej konsekwencją wyrządzenia pacjentowi szkody, w następstwie niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (art. 471 k.c.). W drugim przypadku mowa jest o odpowiedzialności deliktowej, polegającej na wyrządzeniu pacjentowi szkody czynem niedozwolonym (tzn. postępowaniem sprzecznym z prawem, zasadami ostrożności, zasadami etyki zawodowej czy zasadami współżycia społecznego) (art. 415 i n. k.c.).

Odpowiedzialność kontraktowa może być oparta na zasadzie winy (pielęgniarka odpowiada tylko wtedy, gdy można jej przypisać winę), bądź na zasadzie ryzyka (odpowiedzialność pielęgniarki jest zaostrożona, odpowiada ona niezależnie od swej winy za sam fakt wyrządzenia szkody poprzez niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania). Odpowiedzialność deliktowa może być oparta na zasadzie winy, na zasadzie ryzyka lub na zasadach słuszności (na podstawie zasad współżycia społecznego).

Dla powstania odpowiedzialności cywilnej muszą być spełnione jej przesłanki:

1. zdarzenie wyrządzające szkodę, za które prawo czyni dłużnika odpowiedzialnym (niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania albo czyn niedozwolony),

2. szkoda mająca charakter majątkowy (na osobie lub na mieniu) lub niemajątkowa (doznana krzywda),

3. związek przyczynowy pomiędzy tym zdarzeniem a szkodą.

1.2.1. WINA PIELEŃNIARKI

Najczęstszymi przypadkami odpowiedzialności pielęgniarki wobec pacjenta są roszczenia oparte na art. 415 k.c.: „Kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia”. Pojęcie winy składa się z dwóch elementów, które muszą wystąpić łącznie - obiektywny i subiektywny.

Element obiektywny to szeroko ujmowana bezprawność zachowania się sprawcy szkody. Tym samym obiek-

tywny element winy wypełnia każde zachowanie się pielęgniarki niezgodne z przepisami prawa (w tym określającymi zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i prawa pacjenta), zasadami współżycia społecznego, zasadami etyki zawodowej bądź z obowiązkiem ostrożności jaką każdy człowiek w społeczeństwie powinien przestrzegać, aby drugiemu szkody nie wyrządzić. W ostatnim przypadku w stosunku do pielęgniarki, chodzi w szczególności o zachowania niezgodne z regułami wynikającymi z zasad aktualnej wiedzy medycznej. Postępowanie pielęgniarki będzie bezprawne, gdy bez uzasadnienia przewidywanego przez ustawodawcę łamie ona tajemnicę zawodową, gdy bezpodstawnie odmawia udzielania świadczenia zdrowotnego bądź odstępuje od jego wykonania, gdy wkracza w sferę nietykalności pacjenta bez jego zgody lub wbrew jego woli (przy braku ustawowego upoważnienia). Przy istnieniu stosunku umownego pomiędzy pacjentem a pielęgniarką obiektywny element tkwi już w samym niewykonaniu lub nienależytym wykonaniu zobowiązania. Ogólnie można stwierdzić, że obiektywnym elementem winy będzie uchybienie przez pielęgniarkę jej obowiązków zawodowych, które należy traktować szeroko, jako takie, które wynikają z przepisów określających status zawodowy pielęgniarki, KEPP i które zostały zastrzeżone w umowie zawartej z pacjentem (przez pielęgniarkę wykonującą zawód w ramach praktyki zawodowej).

Element subiektywny winy jest to tzw. „przypisywalność”, „zdolność poczytania”, „możliwość przypisania” sprawcy ujemnej oceny jego zachowania się. Element subiektywny winy odwołuje się do przeżyć psychicznych osoby, łącząc winę z możliwością postawienia sprawcy zarzutu podjęcia niewłaściwej decyzji, a w konsekwencji nagannego zachowania się (działania lub zaniechania) w konkretnej sytuacji. W doktrynie prawa rozróżnia się: winę dotyczącą techniki* medycznej (niewiedza pielęgniarki, nieostrożność w postępowaniu, niedbalstwo, niezręczność, nieuwaga) oraz winę niedotyczącą techniki medycznej (np. brak koniecznego nadzoru, odmowa udzielenia pomocy, niedoinformowanie pacjenta o sposobie postę-

powania i ryzyku z tym związanym, dokonanie transfuzji krwi nieodpowiedniej grupy itp.)⁴. Sformułowanie takiego zarzutu wymaga jednak po stronie sprawcy szkody odpowiednich kwalifikacji psychicznych. Wadliwość podejmowania decyzji i zachowania przypisać można tylko pielęgniarce, która miała możliwość oceny swego postępowania, a więc gdy mogła ona działać z dostatecznym rozeznaniem. Stawiając sprawcy szkody zarzut zawinionego zachowania (działania lub zaniechania) nie wystarczy wykazać, że nie przestrzegał kryteriów wymaganej staranności. Konieczne jest jeszcze uwzględnienie jego stanu świadomości, woli i przewidywania skutków postępowania. Dopiero zestawienie tych elementów pozwoli rozstrzygnąć o winie konkretnej pielęgniarki.

Wina jako przesłanka subiektywna może wystąpić w dwóch postaciach: winy umyślnej (w zamiarze bezpośrednim lub w zamiarze ewentualnym) oraz winy nieumyślnej (lekkomyślność i niedbalstwo). Odpowiedzialność cywilna pielęgniarki na zasadzie winy jest w zasadzie niezależna od stopnia winy, którą można przypisać sprawcy szkody. Można bez ryzyka popełnienia błędu powiedzieć, iż przypadki winy umyślnej pielęgniarki pojawiają się niezwykle rzadko. Natomiast przypadki, kiedy pielęgniarce można przypisać winę nieumyślną w postaci niedbalstwa, są częste i sprowadzają się do sytuacji, w których pielęgniarce postawić można zarzut niezachowania należytej staranności w przeprowadzeniu czynności pielęgniarskich. W praktyce możliwość postawienia zarzutu niewłaściwego postępowania kształtuje się różnorodnie. Odnosi się przede wszystkim do pewnego modelu staranności właściwego dla stosunków danego rodzaju (art. 355 § 1 k.c.). Miernik staranności służący do oceny zachowania się sprawcy szkody ma charakter abstrakcyjny (niezależny od cech osobistych i przymiotów sprawcy), ponieważ budowany jest on jako wzorzec powinienego, właściwego postępowania każdej pielęgniarki, która znajdzie się w określonej sytuacji. Wzorzec „dobrej pielęgniarki” jest elastyczny w zależności od tego, czy chodzi o pielęgniarkę ogólną, czy o pielęgniarkę specjalistę, czy chodzi o pielęgniarkę nowoczesnej kliniki czy prowincjonalnego

szpitala. Pewne minimum wiedzy i staranności pielęgniarki istnieje jednak bez względu na miejsce wykonywania zawodu. Wzorzec jest również zależny od stanu wiedzy, jest zmienny wraz z postępem nauk medycznych. W zakresie odpowiedzialności kontraktowej, wysokie kwalifikacje zawodowe mogą prowadzić do zastosowania bardziej rygorystycznego wzorca staranności.

Pacjent, który występuje z powództwem odszkodowawczym, musi udowodnić podstawy swojego roszczenia, w tym także winę pielęgniarki⁵. Na pielęgniarcie nie ciąży domniemanie winy, natomiast zobowiązana jest ona do dołożenia należytej staranności w procesie udzielania pielęgniarskich świadczeń zdrowotnych, której brak musi pozywający udowodnić. Pielęgniarka powinna z kolei wykazać, że należycie wypełniała swoje obowiązki i działała zgodnie z zasadami wiedzy medycznej. Rzeczą pozywającego jest natomiast dowód przeciwny.

Przedmiotem dowodu są, zgodnie z art. 227 k.c., fakty mające dla rozstrzygnięcia sprawy istotne znaczenie. W toczącej się sprawie szczególne znaczenie ma wnikliwe postępowanie dowodowe i wszechstronne rozważenie przez sąd zebranego materiału dowodowego. Istotnym dowodem jest dokumentacja medyczna pacjenta, w tym dokumentacja prowadzona przez pielęgniarki. Zgodnie ze stanowiskiem SN ewentualne braki, niedające się usunąć w dokumentacji medycznej pacjenta, nie mogą być wykorzystywane w procesie na niekorzyść pacjenta⁶. Co do zasady, to do stron należy wykazywanie dowodów, jednak również sąd może dopuścić dowód niewskazany przez strony (art. 232 k.p.c.). Często ważnym dowodem będzie opinia biegłych, ponieważ biegły może pomóc sądowi właściwie ocenić postępowanie pielęgniarki w zakresie wykonywanych czynności i procesu pielęgnacyjnego. Dla uniknięcia ewentualnych podejrzeń co do stronniczości biegłych powinni być oni powoływani z innego terenu aniżeli teren działalności zawodowej pielęgniarki, która spowodowała szkodę⁷. Sąd może korzystać ze wszelkich dowodów, zarówno bezpośrednich i absolutnie pewnych, a także z dowodów pośrednich o dużym stopniu prawdopodobieństwa, może uznać za usta-

lone fakty mające istotne znaczenie dla rozstrzygnięcia sprawy, jeżeli wnioski takie można wyprowadzić z innych ustalonych faktów (art. 231 k.p.c.), co oznacza, że może przyjąć winę pielęgniarki w oparciu o domniemanie faktyczne w braku dowodu przeciwnego.

1.2.2. SZKODA

Szkoda jest podstawową przesłanką odpowiedzialności cywilnej (odszkodowawczej). Brak jest ustawowej definicji szkody, natomiast w doktrynie prawa najogólniej określenie to odnosi się do wszelkich uszczerbków w dobrach lub interesach prawnie chronionych, których doznał poszkodowany⁸. Rozróżnia się dwa rodzaje szkód:

- szkodę majątkową (uszczerbek materialny na osobie lub na mieniu),
- szkodę niemajątkową (doznana krzywda, czyli cierpienie fizyczne i krzywda moralna).

Szkoda może być wyrządzona pacjentowi lub, w wyniku jego śmierci, osobom pośrednio poszkodowanym (osobom bliskim) oraz dziecku jeszcze nienarodzonemu (nasciturusowi).

Szkodą majątkową może być uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, straty wynikłe z całkowitej lub częściowej utraty zdolności do pracy zarobkowej, ze zwiększenia się potrzeb poszkodowanego lub zmniejszenia jego widoków powodzenia w przyszłości, koszty potrzebnych świadczeń zdrowotnych i inne uzasadnione wydatki, koszty przekwalifikowania zawodowego, utrata dochodów, które na skutek uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia poszkodowany mógłby osiągnąć. W razie śmierci poszkodowanego szkodą są straty, które wskutek tego ponoszą osoby bliskie, jak koszty pogrzebu, uszczerbek majątkowy wynikły z utraty środków utrzymania, pogorszenia się sytuacji życiowej. Zgodnie z treścią art. 361 § 2 k.c. są dwa rodzaje szkody majątkowej: strata (damnum emergens), która polega na zmniejszeniu majątku poszkodowanego wskutek zdarzenia, z którym związana jest czyjaś odpowiedzialność, oraz utracone korzyści (lucrum cessans), co oznacza, że majątek poszkodowanego nie wzrósł tak, jakby to się stało, gdyby nie nastąpiło zdarzenie, z którym złączona

jest czyjaś odpowiedzialność (zdarzenie sprawcze).

Szkoda niemajątkowa, inaczej krzywda, zwykle wiąże się ze szkodą majątkową na osobie, może jednak mieć miejsce nawet tam, gdzie nie ma szkody majątkowej. Krzywdą będą cierpienia fizyczne i psychiczne powstałe na skutek wadliwie przeprowadzonej czynności w ramach wykonywania zawodu pielęgniarki, jak również nawet przy prawidłowo wykonanej czynności, ale bez zgody pacjenta.

Ustalenie rozmiaru szkody może nastąpić na podstawie dwóch podstawowych metod. Pierwsza, obiektywna, polega na ustaleniu wysokości szkody w odniesieniu do konkretnego dobra. Druga, dyferencyjna, polega na porównaniu aktualnego stanu majątkowego poszkodowanego z hipotetycznym stanem jego majątku, jaki istniałby, gdyby nie nastąpiło zdarzenie szkodzące. Należy przy tym uwzględnić samoistny rozwój choroby pacjenta wpływający na pogorszenie jego stanu zdrowia, a także szkodę przyszłą, będącą wynikiem wadliwego postępowania pielęgniarki. W razie możliwości wystąpienia innych szkód niż istniejące w chwili orzekania, poszkodowany może żądać ustalenia odpowiedzialności pielęgniarki (podmiotu leczniczego) za szkody, które mogą się ujawnić w przyszłości.

1.2.3. ZWIĄZEK PRZYCZYNOWY

Zgodnie z art. 361 § 1 k.c. zobowiązany do odszkodowania, w rozważanym przypadku pielęgniarka, ponosi odpowiedzialność tylko za normalne następstwa działania lub zaniechania, z którego szkoda wynikła. Przepis ten wyraża zasadę przyczynowości, ograniczonej jednak do przypadków normalnych, adekwatnego związku przyczynowego (normalnego następstwa). Dla teorii adekwatnego związku przyczynowego charakterystyczne jest to, że wśród wszelkich warunków nastąpienia szkody przypisuje ona prawną doniosłość tylko tym, które zwiększają możliwość (prawdopodobieństwo) nastąpienia badanego skutku. Pozwala to na uznanie prawnej doniosłości tych skutków, które są dla badanego zdarzeniem zwykłym (typowe, normalne), a na odrzucenie takich, które oceniamy jako niezwykle, nietypo-

we, nienormalne. Dla uznania typowości skutku badanego zdarzenia nie ma wpływu okoliczność przewidywalności następstwa przez sprawcę szkody, czy też jej przewidywalności możliwej dla przeciętnego uczestnika zdarzenia, albowiem przewidywalność nie jest kategorią związku przyczynowego, tylko winy⁹.

Niewątpliwie ustalenie istnienia między badanymi zjawiskami normalnego związku przyczynowego jest zabiegiem złożonym. Przyjmując, że konstrukcja związku przyczynowego jest odzwierciedleniem otaczającej nas rzeczywistości, wyrażającej się w powiązaniach kauzalnych między różnorodnymi zjawiskami, należy przede wszystkim ustalić te powiązania przyczynowe, które łączą w ujęciu ogólnym badane zjawiska, szkodę oraz zdarzenie, których jest wynikiem. Zabieg ten stanowi przejaw odzwierciedlenia rzeczywistości, oparty jest w praktyce na wiedzy i doświadczeniu życiowym sędziego lub dowodzie z opinii biegłego.

Adekwatny związek przyczynowy między zachowaniem się pielęgniarki a szkodą może być bezpośredni, może być również pośredni. Jest zatem rzeczą obojętną, czy przyczyna jest dalsza czy bliższa, byleby tylko skutek pozostał jeszcze w granicach „normalności”. Ustalenie związku przyczynowego między winą pielęgniarki a powstałą szkodą albo ocena, czy zachodzi normalny związek przyczynowy między winą a szkodą, często będzie bardzo trudne. W procesach medycznych często nie jest możliwe ustalenie pewnego związku przyczynowego, gdyż w świetle aktualnej wiedzy medycznej w większości przypadków można mówić tylko o prawdopodobieństwie wysokiego stopnia, a rzadko o pewności czy wyłączności przyczyny. Dlatego w orzecznictwie SN przyjęto jako utrwaloną zasadę, że do powstania związku przyczynowego wystarczy jego uprawdopodobnienie w znacznym stopniu¹⁰. Natomiast dowód, że jakieś inne przyczyny, niż niedbalstwo pielęgniarki, mogły, lecz nie musiały spowodować pacjentowi szkody, nie zwalnia pielęgniarki od odpowiedzialności. Ani wielość przyczyn, ani zwiększone ryzyko działania medycznego pielęgniarki (np. z uwagi na stan zdrowia pacjenta) nie wyłączają odpowiedzialności pielęgniarki, jeśli przy-

najmniej jedną z przyczyn było jej niedbalstwo¹¹.

1.3. ODPOWIEDZIALNOŚĆ CYWILNA PIELĘGNIARKI A FORMY WYKONYWANIA ZAWODU

Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone podczas świadczenia usług pielęgniarskich wymaga uwzględnienia charakteru stosunku prawnego łączącego pielęgniarkę z pacjentem, czyli prawnych form wykonywania zawodu pielęgniarki.

Zatrudnienie pracownicze osoby wykonującej zawód pielęgniarki może mieć miejsce zarówno w publicznym (pzo, spzo), jak prywatnym podmiocie leczniczym. Wówczas pielęgniarki nie łączą z pacjentem żaden stosunek umowny. Pielęgniarka jest pracownikiem podmiotu leczniczego, realizującym działalność tego podmiotu, jest więc wobec pacjenta osobą trzecią. Nie ponosi wobec pacjenta odpowiedzialności kontraktowej, a jej odpowiedzialność deliktowa (z czynu niedozwolonego) na podstawie art. 415 k.c. została wyłączona na podstawie art. 120 k.p. Odpowiedzialność kontraktową i deliktową ponosi wyłącznie podmiot leczniczy. Innymi słowy, odpowiedzialność pielęgniarki jest pracownicza, ograniczona co najwyżej do trzymiesięcznego wynagrodzenia za pracę, chyba że szkodę wyrządziła z winy umyślnej, kiedy to regres jest pełny (art. 119 i n. k.p.). Jeśli szkodę wyrządziło kilka pielęgniarek lub zespół lekarzy i pielęgniarek, to każdy z tych pracowników ponosi wobec podmiotu leczniczego, który naprawił szkodę, odpowiedzialność za części szkody, stosownie do przyczynienia się do niej i stopnia winy. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie stopnia winy i przyczynienia się poszczególnych pracowników do powstania szkody, lecz każdemu z nich można przypisać winę, odpowiadają oni w częściach równych (art. 118 k.p.).

Pielęgniarki świadczącej usługi pielęgniarskie w ramach podmiotu leczniczego na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakt, co do zasady na podstawie umowy z indywidualną praktyką pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego - art. 5 ust. 2 pkt 2 u.dz.l., wyżej nazwana zatrudnieniem niepracowniczym), nie łączą

stosunek prawny z pacjentem. Nie odpowiada więc wobec pacjenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania, ale ponosi odpowiedzialność deliktową (art. 415 k.c.). Jeżeli odpowiedzialność deliktową ponosi także podmiot leczniczy, odpowiedzialność obu podmiotów wobec pacjenta jest solidarna (art. 441 § 1 k.c., art. 33 u.dz.l.).

Pielęgniarka, która wykonuje indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę (we własnym gabinecie lub w miejscu wezwania, art. 5 ust. 2 pkt 2 u.dz.l.), zawiera umowę z pacjentem. Umowa taka przybiera postać umowy o świadczenie usług, do której stosuje się odpowiednio przepisy o zleceniu (art. 750 k.c.). Jeżeli pielęgniarka samodzielnie dokonuje czynności medycznej, ponosi wobec pacjenta odpowiedzialność kontraktową z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania (art. 417 k.c.). Niezależnie od powyższego, pielęgniarka ponosi odpowiedzialność deliktową na podstawie art. 415 k.c. Jeżeli pielęgniarka prowadząca indywidualną praktykę w czasie świadczenia usług pielęgniarskich posługiwała się personelem pomocniczym (asystent pielęgniarki), to odpowiedzialność kontraktowa pielęgniarki oparta będzie na art. 474 k.c., a odpowiedzialność deliktowa na art. 429 k.c. (odpowiedzialność za osoby, którymi się posłużono) lub art. 430 k.c. (odpowiedzialność za podwładnego).

W sytuacji prowadzenia przez pielęgniarkę indywidualnej praktyki i udzielania pacjentowi świadczeń pielęgniarskich na podstawie umowy z Funduszem, nie łączą pielęgniarki z pacjentem, w zakresie świadczeń objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, żadna umowa. Pielęgniarka odpowiada wówczas tylko w ramach odpowiedzialności deliktowej na podstawach opisanych wyżej.

Pielęgniarki mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej praktyki grupowej w formie spółki cywilnej, spółki jawnej i partnerskiej. Charakterystyczną cechą, ale i wadą spółki cywilnej jest osobista i solidarna odpowiedzialność za zobowiązania spółki, której nie można w umowie spółki ani wyłączyć, ani ograniczyć, ani zastąpić inną formą odpowiedzialności¹². Współ-

nicy odpowiadają zarówno majątkiem wspólnym (czyli tzw. majątkiem spółki), jak i każdy z osobna, swym majątkiem nienależącym do wspólności. Wierzycielowi przysługuje w tym zakresie pełna swoboda wyboru, z którego majątku chce uzyskać zaspokojenie, w szczególności żaden przepis nie nakazuje mu najpierw sięgnąć do majątku spółki, a dopiero w razie niezaspokojenia z niego wierzytelności - do majątku odrębnego współników, stąd też odpowiedzialność współników ma charakter bezpośredni. W przypadku spółki jawnej współnicy ponoszą odpowiedzialność: osobistą, solidarną, nieograniczoną i subsydiarną. W porównaniu ze spółką cywilną, w odniesieniu do spółki jawnej - odpowiedzialność solidarna jest modyfikowana przez art. 31 k.s.h., zgodnie z którym obowiązuje zasada odpowiedzialności subsydiarnej. Wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku współnika wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna.

Inaczej przedstawia się sytuacja prawna w zakresie odpowiedzialności pielęgniarki będącej współnikiem w spółce partnerskiej. Co do zasady - pielęgniarka jako współnik (partner) nie ponosi odpowiedzialności za zobowiązania spółki powstałe w związku z wykonywaniem przez pozostałych partnerów zawodu pielęgniarki w spółce (art. 96 § 1 k.s.h.). Partner nie ponosi również, co do zasady, odpowiedzialności za zobowiązania spółki będące następstwem działań lub zaniechań osób zatrudnionych przez spółkę na podstawie umowy o pracę lub innego stosunku prawnego, które podlegały kierownictwu innego partnera przy świadczeniu usług pielęgniarskich, które związane były z przedmiotem działalności spółki (art. 95 § 1 k.s.h.). Takie rozwiązanie ma na celu wyeliminowanie odpowiedzialności za nie „własne błędy”. Natomiast za zobowiązania spółki partnerskiej niebędące następstwem osobistego wykonywania zawodu pielęgniarki (czyli m.in. zobowiązania wynajmu lokalu, wynagrodzenia pracowników) odpowiedzialność współników jest subsydiarna, co oznacza, że wierzyciel spółki może prowadzić egzekucję z majątku współnika dopiero wówczas, gdy egzekucja z majątku spółki okaże się bezskuteczna (art. 89 w zw. z art. 31 k.s.h.).

Wyłączna odpowiedzialność pielęgniarki może pojawić się także tam, gdzie pielęgniarka udzielając w nagłych przypadkach pomocy medycznej, w celu odwrócenia niebezpieczeństwa grożącego pacjentowi, w wykonaniu obowiązku ustawowego i etycznego, działa jako prowadzący cudze sprawy bez zlecenia (art. 752 k.c.). Jej kontraktowa odpowiedzialność odszkodowawcza jest wówczas ograniczona tylko do przypadków wyrządzenia szkody z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa (art. 757 k.c.). Odpowiedzialność deliktowa w takich przypadkach będzie ograniczona do sytuacji umyślnego wyrządzenia pacjentowi szkody, w innych wypadkach zachowanie się pielęgniarki powinno być oceniane w kategoriach działania w celu altruistycznym i z tego powodu nie może być uznane jako zachowanie się bezprawne.

1.4. ODSZKODOWANIE

Naprawienie szkody wyrządzonej pacjentowi (lub osobom pośrednio poszkodowanym na skutek jego śmierci) następuje poprzez zapłatę odpowiedniej sumy pieniężnej, co do zasady określonej przez sąd w wyroku. Odszkodowanie jako wynagrodzenie za poniesioną przez pacjenta szkodę może przybrać różne formy. Są to:

- świadczenie pieniężne wyrównujące doznany przez poszkodowanego uszczerbek majątkowy albo świadczenie przywracające stan poprzedni (art. 363 k.c.);

- jednorazowe świadczenie pieniężne pokrywające koszty i wydatki poniesione w związku z uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, jeżeli jest konieczne i celowe; przykładowo kwota świadczenia może obejmować koszty: leczenia, rekonwalescencji, rehabilitacji, zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, niezbędnej opieki osób trzecich, przekwalifikowania zawodowego. Na żądanie poszkodowanego pielęgniarka zobowiązana do naprawienia szkody powinna wyłożyć z góry sumę potrzebną na koszty leczenia, oraz sumę potrzebną na koszty przygotowania do innego zawodu. Nie zwalnia pielęgniarki odpowiedzialnej za szkodę od obowiązku pokrycia wymienionych kosztów fakt, iż ich poniesienie nie wpłynęło na poprawę stanu zdrowia poszkodowanego, jeżeli były one w danej sytuacji uzasadnione;

- jednorazowe świadczenie pieniężne jako zadośćuczynienie, kompensujące wyrządzoną pacjentowi krzywdę (art. 445 § 1 k.c.), za cierpienie fizyczne lub psychiczne, wywołane np. kalectwem, utratą sprawności. Przyznanie tego świadczenia zależy od swobodnego uznania sądu rozstrzygającego sprawę¹³, nie może to jednak oznaczać dowolności. Sąd powinien umotywować zarówno przyznanie, jak i odmowę zadośćuczynienia. Zaznaczyć przy tym należy, iż roszczenie o zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę przysługuje jedynie w przypadku odpowiedzialności deliktowej;

- renta jako świadczenie okresowe, w przypadku utraty przez poszkodowanego zdolności do pracy zarobkowej albo zwiększenia potrzeb lub pogorszenia widoków na przyszłość (art. 444 § 2 i 3 k.c.);
- renta skapitalizowana, jako jednorazowe świadczenie zastępujące rentowe świadczenia okresowe (art. 447 k.c.);

- zadośćuczynienie pieniężne w przypadku wyrządzenia krzywdy przez zawinione naruszenie praw pacjenta w inny sposób niż przez spowodowanie uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia (art. 4 ust. 1 u.p.p. w związku z art. 448 k.c.).

W razie śmierci pacjenta roszczenia odszkodowawcze przysługują osobom, które poniosły koszty leczenia i pogrzebu (art. 446 § 1 k.c.) oraz osobom bliskim, przy czym roszczenia tych osób mają charakter samodzielny i związany generalnie z pogorszeniem się na skutek śmierci pacjenta ich sytuacji życiowej. Pielęgniarka może być zobowiązana do świadczenia:

- osobom bliskim, względem których ciążył na zmarłym obowiązek alimentacyjny, renty w wysokości nie większej niż ta, do której obowiązany był zmarły;

- osobom bliskim, którym zmarły dostarczał dobrowolnie środków utrzymania, renty o tyle, o ile wymagają tego zasady współżycia społecznego (art. 446 § 2 k.c.);

- najbliższym członkom rodziny jednorazowego odszkodowania, uwzględniającego uszczerbki nieskompensowane zasądzoną rentą (art. 446 § 3 k.c.).

Ponadto, w razie zawinionego naruszenia prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności, sąd może zasądzić odpowiednią sumę pieniężną (pełniącą

funkcję zadośćuczynienia) na wskazany – przez małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego - cel społeczny (art. 4 ust. 2 u.p.p. w związku z art. 448 k.c.).

1.5. PRZYZCINIENIE SIĘ POSZKODOWANEGO

Zgodnie z art. 362 k.c. obowiązek naprawienia szkody ulegnie odpowiedniemu zmniejszeniu stosownie do okoliczności, jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania lub zwiększenia szkody. W takich okolicznościach obowiązek naprawienia szkody odpowiednio się zmniejsza stosownie do okoliczności, a zwłaszcza winy obu stron. Przy ocenie winy poszkodowanego należy porównać zachowanie się poszkodowanego z pewnym wzorcem postępowania i ustalić, jak w danych okolicznościach postąpiłby człowiek rozsądny. Warto podkreślić, iż miarkowanie jest uprawnieniem sądu, a nie jego bezwzględny obowiązek, nawet w przypadku ustalenia ewidentnego przyczynienia się poszkodowanego. Niemniej postuluje się, aby w praktyce sądowej odstąpienie od miarkowania stanowiło wyjątek w szczególności uzasadnionych przypadkach, a nie regułą¹⁴.

1.6. PRZEDAWNIEŃ ROSZCZEŃ

Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie, cywilnoprawne roszczenia majątkowe ulegają przedawnieniu (art. 117 i n. k.c.). Woli zainteresowanego (pозwanej pielęgniarki) pozostawiona jest możliwość skorzystania z zarzutu przedawnienia. Roszczenie przedawnione nie wygasa, istnieje ono w postaci tzw. roszczenia niezupełnego, nie można jednak go skutecznie dochodzić i egzekwować, jeżeli zobowiązany (pозwana pielęgniarka) skorzysta z zarzutu przedawnienia. Skorzystanie z tego zarzutu polega na podniesieniu go w procesie. Sąd nie uwzględnia przedawnienia z urzędu, co oznacza, że skorzystanie z tego zarzutu wymaga woli i działania pозwanej pielęgniarki¹⁵.

Zasadą jest, że roszczenie o naprawienie szkody (zarówno szkody majątkowej, jak i niemajątkowej) wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem trzech lat od dnia, w którym pacjent dowiedział się o szko-

dzie i (koniunkcja) pielęgniarcie obowiązanej do jej naprawienia. Ta koniunkcja ma szczególne znaczenie, gdy pacjent korzystał z usług pielęgniarskich świadczonych przez różne pielęgniarki i trudno stwierdzić, która wyrządziła szkodę. W każdym przypadku roszczenie przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Jeżeli zachowanie pielęgniarki wyrządzającej szkodę nosiło znamiona przestępstwa, roszczenia przedawnia się z upływem lat dziesięciu od dnia zdarzenia wyrządzającego szkodę. Przestępstwo musi być stwierdzone wyrokiem sądu karnego.

Jeżeli pacjenta łączyła z pielęgniarką umowa cywilnoprawna, przedawnienie następuje po dziesięciu latach od niewykonania lub nienależytego wykonania tej umowy.

Termin dla osób pośrednio poszkodowanych biegnie od chwili dowiedzenia się o utracie osoby bliskiej (art. 446 § 2 k.c.), bądź o znacznym pogorszeniu ich sytuacji życiowej (art. 446 § 3 k.c.) i o osobie obowiązanej do naprawienia tej szkody.

Przedruk z „Prawo medyczne dla pielęgniarek”,

Dorota Karkowska, Warszawa 2013

¹ Przykładowo: M. Nesterowicz, *Prawo medyczne...*, M. Świdarska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny...*; K. Bączyk-Rozwadowska, *Odpowiedzialność cywilna za szkody wyrządzone przy leczeniu*, Toruń 2007; J. Ciszewski, *Prawa pacjenta w aspekcie odpowiedzialności lekarza za niektóre szkody medyczne*, Gdańsk 2002; M. Sośniak, *Cywilna odpowiedzialność lekarza*, Warszawa 1989; A. Liszewska, *Odpowiedzialność karna za błąd w sztuce lekarskiej*, Kraków 1998; Z. Marek, *Błąd medyczny*, wyd. 2 poprawione, Kraków 2007; R. Kędziora, *Odpowiedzialność karna lekarza w związku z wykonywaniem czynności medycznych*, Warszawa 2009; M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004; E. Zielińska, *Odpowiedzialność zawodowa lekarza*.

² M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 275-282.

³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 i późn. zm.); ustawa z dnia 17 listopada 1964 r. - Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.).

⁴ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 42.

⁵ Zgodnie z art. 6 k.c. Ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne.

⁶ Wyrok SN z dnia 15 października 1997 r., III CKN 226/97, Legalis.

⁷ Orzeczenie SN z dnia 7 stycznia 1966 r., I CR 365/65, OSPiKA 1966, z. 12, poz. 278.

⁸ Szeroko pojęcie szkody por. Z. Radwański, A. Olejniczak, *Zobowiązania - część ogólna*, 10 wyd., Warszawa 2012, s. 90-92.

⁹ Orzeczenie SN z dnia 10 grudnia 1952 r., C 584/52, PiP 1953, z. 7-8, s. 366.

¹⁰ Orzeczenie SN z dnia 5 lipca 1967 r., OSNCP 1968, nr 2, poz. 26; także orzeczenie SN z dnia 17 czerwca 1969, OSPiKA 1969, z. 7-8, poz. 155.

¹¹ M. Nesterowicz, *Prawo medyczne*, wyd. VI, s. 57.

¹² J. Jacyszyn, M. Skory (red.), *Prawo spółek*. Wybrane..., s. 61.

¹³ Orzeczenie SN z dnia 15 września 1999 r., III CKN 339/98, OSP 2000, z. 4, poz. 66.

¹⁴ M. Filar, S. Krześ, E. Marszałkowska-Krześ, P. Zaborowski, *Odpowiedzialność lekarzy i zakładów opieki zdrowotnej*, Warszawa 2004, s. 46.

¹⁵ Ibidem, s. 47.

Dokumentacja medyczna w praktyce pielęgniarki i położnej

Dokumentowanie świadczeń zdrowotnych jako zadanie zawodowe pielęgniarki, położnej

Planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem czy realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji to tylko część z bardzo szerokiego zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne w ramach wykonywania zawodu. Zakres świadczeń realizowanych przez (aktywności zawodowej), a więc niejako istotę wykonywanych przez nie zawodów, wskazują art. 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej¹. W jednym z dalszych przepisów przywołanej ustawy - art. 18 - wskazuje inne niezwykle ważne zadanie pielęgniarki i położnej. Zgodnie z tym przepisem pielęgniarka i położna mają obowiązek prowadzenia i udostępniania dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta^{2,3}.

Zadanie to jest równie ważne zadaniem realizowanym w ramach ściśle rozumianego udzielania świadczeń zdrowotnych. Dokumentacja medyczna odzwierciedla przebieg całego procesu udzielania świadczeń medycznych, jest podstawą rozliczenia poszczególnych procedur, a w szczególnych sytuacjach stanowi środek dowodowy... Zdarza się bowiem niekiedy, że pielęgniarka czy położna odpowiadają nie za to, co zrobiły i w jaki sposób, ale za to, co zostało albo nie zostało przez nie odnotowane w dokumentacji medycznej⁴. Prowadzenie dokumentacji medycznej jest immanentną częścią działalności zawodowej polegającej na wykonywaniu zawodów pielęgniarki i położnej. Niestety w wielu opracowaniach poświęconych samodzielny zawodom medycznym pielęgniarki i położnej są one pomijane albo traktowane pobieżnie. Przyjrzyjmy się zatem bliżej samej dokumentacji medycznej i najważniejszym zasadom jej przetwarzania. Podstawowe zasady prowadzenia dokumentacji medycznej za-

warte są w przepisach powołanej już wyżej ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Przede wszystkim zgodnie z art. 23 tej ustawy pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, a dane zawarte w dokumentacji medycznej podlegają ochronie określonej w tej ustawie oraz w przepisach odrębnych⁵. W celu realizacji wspomnianego prawa pacjenta podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w ustawie, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji.

Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa ponadto: minimalny zakres danych odzwierciedlanych w dokumentacji medycznej, zakres podmiotów, którym udostępnia się dokumentację medyczną w wersji papierowej⁶, sposoby udostępniania dokumentacji medycznej, przypadki i maksymalną wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, okresy przechowywania niewykorzystywanej dokumentacji medycznej oraz podstawowe zasady przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot udzielający tych świadczeń⁷.

Na podstawie art. 30 ust. 1 cyt. ustawy Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸. Rozporządzenie to stanowi, że dokumentację medyczną stanowi dokumentacja indywidualna (dotycząca poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych) oraz dokumentacja zbiorcza (dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystają-

cych ze świadczeń zdrowotnych). Na dokumentację indywidualną składają się:

1) dokumentacja indywidualna wewnętrzna, w szczególności: historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego oraz karta uodpornienia;

2) dokumentacja indywidualna zewnętrzna, w szczególności: skierowanie do szpitala lub innego podmiotu, skierowanie na badania diagnostyczne, konsultację lub leczenie, karta przebiegu ciąży, książeczka zdrowia dziecka, karta informacyjna z leczenia szpitalnego, pisemna informacja lekarza o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania, oraz o wyznaczonych wizytach kontrolnych, a także książeczka szczepień oraz zaświadczenie, orzeczenie albo opinia lekarska. Rozporządzenie określa dokumentację medyczną prowadzoną przez podmiot leczniczy, dokumentację prowadzoną przez lekarza, pielęgniarkę i położną udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, dokumentację prowadzoną przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarkę lub higienistkę szkolną udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki profilaktycznej nad uczniami, a także szczególne rodzaje dokumentacji medycznej. Ponadto rozporządzenie określa zasady przechowywania i udostępniania dokumentacji oraz szczególne wymagania dotyczące dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej. W rozporządzeniu określono również wzory wybranej dokumentacji medycznej. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia

stanowią podstawową regulację w tym zakresie odnoszącą się do ogółu podmiotów leczniczych i osób wykonujących zawody medyczne w formie praktyk zawodowych. Pamiętać przy tym jednak trzeba, że w praktyce funkcjonują określonego rodzaju podmioty lecznicze, w ramach których dokumentacja medyczna może być przetwarzana w odmienny sposób. W związku z tym analogiczne do rozporządzenia Ministra Zdrowia przepisy wydali również:

1) Minister Sprawiedliwości - przepisy określające rodzaje, zakres i sposób przetwarzania dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności⁹;

2) Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji - przepisy określające rodzaj, zakres i sposób przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez tego ministra¹⁰;

3) Minister Obrony Narodowej - przepisy określające rodzaj, zakres i sposób przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez tego ministra¹¹.

Regulowaną odrębnymi szczegółowymi przepisami dokumentację medyczną prowadzi się również w jednostkach służby medycyny pracy¹². Także w tym zakresie Minister Zdrowia wydał przepisy wykonawcze do ustawy określające:

1) rodzaje dokumentacji medycznej osób objętych zakresem działania jednostki służby medycyny pracy i dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarkę wykonującą indywidualną praktykę pielęgniarską, indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarską oraz grupową praktykę pielęgniarską realizującą zadania służby medycyny pracy, sposób prowadzenia i przechowywania tej dokumentacji, a także wzory stosowanych dokumentów¹³;

2) rodzaje dokumentacji badań i orzeczeń psychologicznych, wzory stosowanych dokumentów oraz szczegółowy sposób jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania¹⁴.

Ponadto według odmiennych nieco zasad dokumentację medyczną przetwarzają ośrodki medycznie wspomaganą prokreacji oraz banki komórek rozrodczych i zarodków. Zobowiązane są one do przechowywania dokumentacji doty-

czącej wykonywanych czynności, w tym rodzajów i ilości komórek rozrodczych i zarodków, pobranych, przetestowanych, zakonserwowanych, przetworzonych, przechowywanych i dystrybuowanych lub w inny sposób wykorzystanych, a także dotyczącą ich pochodzenia oraz miejsca docelowego, niezbędną do monitorowania komórek rozrodczych i zarodków na wszystkich etapach przez 90 lat od dnia jej utworzenia w celu zastosowania u ludzi w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji, w sposób umożliwiający identyfikację dawców i biorczyni komórek rozrodczych i zarodków¹⁵. Szczegółowe wymagania, jakim powinna odpowiadać wspomniana dokumentacja zostały określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu wykonawczym do ustawy¹⁶. Także wymagania, jakim powinna odpowiadać dokumentacja medyczna dotycząca pobierania komórek, tkanek i narządów, ich przechowywania i przeszczepiania została - w oparciu o przepisy ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów¹⁷ - określona w sposób odrębny¹⁸.

Powyższy pobieżny przegląd podstawowych przepisów dotyczących rodzajów i zasad przetwarzania dokumentacji medycznej odnosi się do dokumentacji medycznej w formie tradycyjnej, to jest w wersji papierowej. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi wprost, że zasady udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej określają przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁹, przy czym w chwili obecnej pod pojęciem elektronicznej dokumentacji medycznej należy rozumieć dokumentację medyczną wytworzoną w sposób elektroniczny niezależnie od tego, czy dokumentacja ta następnie została przetworzona w dokumentację papierową (poprzez wydruk) czy też nie. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami w tym zakresie datą graniczną, po której wszyscy usługodawcy będą mieli obowiązek prowadzenia (wytworzenia) dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej jest data 1 sierpnia 2017 r. Jednocześnie, do dnia 31 grudnia tego

roku, ustawodawca pozostawił możliwość przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej w dokumentację papierową (wydruk). Na podstawie art. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia wydane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej²⁰ określające:

1) format elektronicznej dokumentacji medycznej udostępnianej przez usługodawców w Systemie Informacji Medycznej, warunki organizacyjno-techniczne jej przetwarzania, udostępniania, autoryzacji oraz zabezpieczenia przed utratą;

2) warunki organizacyjno-techniczne zamieszczania w Systemie Informacji Medycznej dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zapotrzebowania usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne i ich pobierania z Systemu, zgodnie z zakresem zadań wykonywanych przez usługodawców;

3) warunki organizacyjno-techniczne realizacji dostępu i pobierania danych przetwarzanych w Systemie.

Rozporządzenie to zawiera podstawowe w tej chwili przepisy dla przetwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej.

A. Ryłski

*Przedruk z publikacji NIPiP,
VII Krajowy Zjazd
Pielęgniarek i Położnych,*

Warszawa, dnia 18-20 stycznia 2016 r.

Przypisy

¹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.

² Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.

³ Obowiązek taki wynika również z przepisów ustaw szczególnych, np. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184).

⁴ W określonych przepisami przypadkach niewłaściwe prowadzenie dokumentacji medycznej zagrożone może być sankcją karną. Na przykład, zgodnie z art. 51 pkt 2 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r. poz. 947, z późn. zm.) kto, wbrew obowiązkowi prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, nie dokonuje wpisu szczepień

nia, nie wystawia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia lub nie prowadzi dokumentacji medycznej w tym zakresie lub prowadzi ją nierzetelnie, podlega karze grzywny.

⁵ Przez przepisy odrębne należy rozumieć tu w szczególności ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).

⁶ Zasady udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej określają przepisy ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.).

⁷ Odpowiednio art. 25-29 i 31.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069). Rozporządzenie to weszło w życie z dniem 23 grudnia 2015 r. i zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, z późn./zm.).

⁹ Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie ro-

dzajów i zakresu dokumentacji medycznej prowadzonej w podmiotach leczniczych dla osób pozbawionych wolności oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 39, poz. 203 oraz z 2013 r. poz. 1524).

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 maja 2011 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 125, poz. 712).

¹¹ Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 2 października 2014 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 1508).

¹² Art. 11 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1184).

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy i sposobu jej prowadzenia i przecho-

wywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. Nr 149, poz. 1002).

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji badań i orzeczeń psychologicznych i sposobu jej prowadzenia, przechowywania i udostępniania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. Nr 131, poz. 888).

¹⁵ Art. 47 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. poz. 1087).

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinna odpowiadać dokumentacja dotycząca komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. poz. 1686).

¹⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 793, z późn. zm.

¹⁸ § 17 i 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie szczegółowych warunków pobierania, przechowywania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 213, poz. 1656).

¹⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 636, z późn. zm.

²⁰ Dz. U. z 2013 r. poz. 463.

Elektroniczna dokumentacja medyczna - założenia do rekomendacji w sprawie wdrażania elektronicznej dokumentacji medycznej

Ochrona zdrowia jest tą dziedziną życia, w której od czasu pozyskania informacji zależy często zdrowie lub życie człowieka, dlatego rozwój i doskonalenie technologii elektronicznego obiegu informacji ma bardzo istotne znaczenie. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej jest szansą na przyspieszenie i ujednoczenie rozwoju rynku usług zdrowotnych w kraju. To, na ile szansa ta zostanie wykorzystana, zależy będzie w dużej mie-

rze od efektywności podjętych działań kreujących między innymi unifikację pojęć charakterystycznych dla profesji pielęgniarstwa.

W celu zapewnienia jednolitych ram wdrażania i funkcjonowania elektronicznej dokumentacji medycznej NRPiP rekomenduje wdrożenie elektronicznej dokumentacji pielęgniarstwa (EDP). Informatyka pielęgniarstwa jest multidyscyplinarnym naukowym podejściem do

analizowania, formalizowania i modelowania procesu gromadzenia przez pielęgniarkę i położną danych, przetwarzania danych w informacje, podejmowania decyzji na podstawie wiedzy, wpływania na opiekę nad pacjentem oraz wykorzystywania empirycznej i eksperymentalnej wiedzy do poszerzenia zakresu i poprawy jakości zawodowej praktyki pielęgniarek i położnych.

Cechy systemów informatycznych dokumentacji medycznej pacjenta

Cecha	Opis cechy
Interoperacyjność	Ujednoczenie: rozumiane jako zastosowanie tych samych norm, standardów i procedur przez różne podmioty realizujące zadania publiczne. Wymierność: możliwość zastąpienia produktu, procesu lub usługi bez jednoczesnego zakłócenia informacji pomiędzy podmiotami realizującymi zadania publiczne lub między tymi podmiotami a ich klientami, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich wymagań funkcjonalnych współpracujących systemów. Zgodność: rozumiana jako przydatność produktów, procesów lub usług przeznaczonych do wspólnego użytkowania, pod specjalnymi warunkami zapewniającymi spełnienie istotnych wymagań i przy braku niepożądanych oddziaływań.

Integralność	Poprawny przepływ informacji między jednostkami składowymi danego podmiotu oraz dostęp do potrzebnych użytkowników danych z dowolnego miejsca.
Modułowość	Konstrukcja modułowa zawiera złożoność procesów i obszarów dotyczących funkcjonowania podmiotów, umożliwia logiczny podział oferowanych funkcji. Możliwość korzystania z aplikacji innych działów oraz możliwość dokładania aplikacji ułatwiających pracę personelu np. Moduł Apteczka, Laboratorium, blok operacyjny.
Zgodność z otoczeniem prawnym	Dostosowanie do aktualnych przepisów prawa.
Bezpieczeństwo dokumentacji, poufność	Zabezpieczenie przed zagrożeniami: utratą lub uszkodzeniem dokumentacji, nieautoryzowanego modyfikowania, nieuprawnionego dostępu do informacji, ograniczenia dostępu dla osób uprawnionych, negatywnego oddziaływania na jakość opieki. Jednoznaczna identyfikacja użytkownika. Relacyjna, bezpieczna baza danych.
Przypisywanie ról	Nadawanie uprawnień pracownikowi w zależności od posiadanych kompetencji, która uprawnia do realizacji zadań w systemie.
Funkcjonalność	Zdolność do prawidłowego wypełniania postawionych zadań.
Raportowanie danych	Zebranie i podsumowanie danych (automatyczne tworzenie raportów) służących do projektowania wielopoziomowych analiz np. statystyka, koszty, rozliczenia, budżetowanie, wskaźniki opieki, jakości.
Mobilność systemu	Możliwość korzystania z danych z dowolnego miejsca placówki, najlepiej w miejscu pobytu pacjenta.
Wymiana danych z innymi systemami	Współpraca z innymi systemami zewnętrznymi, udostępnianie i zaciąganie danych niezbędnych do realizacji świadczeń.
Aktualizacja systemu	Aktualizacja do bieżących wymogów; np. baza leków, zmiana przepisów prawa, wymogi płatnika.
Wymienność informacji wewnętrznej	Współpraca pomiędzy systemami wewnętrznymi placówki: np. działy administracji, zaopatrzenie, apteczki, diagnostyka, działy pomocnicze w celu realizacji zadań.
Chronologia	Zapisywanie według kolejności następowania po sobie zdarzeń i ich oznaczeniu na podstawie przyjętego podziału czasu.
Intuicyjność	Zdolność podpowiadania przez system możliwych do zastosowania rozwiązań. Przyjazny interfejs.
Kompatybilność	Możliwość korzystania z różnych, dostępnych nośników informacji, przesyłanie danych w różnej postaci w sposób zapewniający czytelność i wiarygodność.
Scentralizowany system archiwizacji	Dane zbierane w postaci elektronicznego rekordu pacjenta gromadzone łącznie, niezależnie od poziomu z którego są generowane - członkowie zespołu terapeutycznego.
Kompleksowość	Całość dokumentacji medycznej pacjenta prowadzona w formie elektronicznej.
Niezawodność	Wysoki stopień zabezpieczenia systemu przed awariami, ograniczeniami dostępu i utratą danych.
Spójność	Ochrona przed przypadkowym zniekształceniem danych podczas odczytu, zapisu, transmisji lub magazynowania danych. Zapobieganie celowemu ukryciu faktu dokonania zmiany. Dokładność, prawdziwość, aktualność.

Kryteria elektronicznej pielęgniarskiej dokumentacji medycznej

Kryterium	Opis kryterium
Jednoznaczność	Wystandaryzowany język praktyki pielęgniarskiej. Stosowanie ujednoliconych klasyfikacji, nazewnictwa i terminologii referencyjnej.
Wspomaganie procesów planowania opieki	Możliwość korzystania z gotowych bazy danych, wybór z listy diagnoz i planów opieki, standardów i procedur.
Wspomaganie decyzji pielęgniarskich	Podpowiedź w systemie rozwiązań problemów związanych z opieką nad pacjentem, ostrzeżenie o możliwości popełnienia błędu, dostęp do informacji, możliwość konsultowania ze specjalistami. Praktyka oparta na dowodach. Na podstawie danych i informacji dokonywanie bardziej złożonych analiz i ocen, sugerowanie podjęcia optymalnych decyzji.
Raportowanie danych	Generowania raportów i danych medycznych pacjenta w zależności od potrzeb, np. analizy, wskaźniki jakości opieki, ocena działań, parametry życiowe. Możliwość wizualizacji graficznej.
Mapowanie	Tymczasowe przypisywanie kodowi jednego systemu odpowiadającego mu kodu drugiego systemu. Łączenie różnymi relacjami terminów z różnych zasobów. Możliwość tłumaczenia treści na wybrany język.
Funkcjonalność	- Wyszukiwanie danych według określonych kryteriów i potrzeb, - Sprawny sposób wprowadzania danych, - Rejestracja danych medycznych ważnych dla życia pacjentów-odzworowanie cyfrowe z aparatury medycznej, - Monitorowanie realizacji planów opieki, - Planowanie czasu pracy, - Przetwarzanie danych: wykonywanie działań arytmetycznych, sortowanie liczb; łączenie, porządkowanie lub przeszukiwanie danych tekstowych, - Integrowanie danych dotyczących pacjenta, - Optymalizacja wymiany informacji w zespole terapeutycznym, - Definiowanie schematów podawania leków, przesyłanie informacji o zużytych lekach i wyrobach medycznych do modułów liczenia kosztów, - Krótki czas odpowiedzi na wprowadzenie danych.
Integracja systemów	Możliwość integracji systemu z innymi aplikacjami eliminuje konieczności przełączania się między wieloma aplikacjami. Dostęp do wybranych dokumentów możliwy z poziomu każdego ze zintegrowanych systemów. Informacja raz wprowadzona do systemu jest wielokrotnie wykorzystywana we wszystkich modułach.

Fazy wprowadzenia dokumentacji:

- Planowanie
- Analiza
- Projektowanie
- Budowanie
- Uruchamianie
- Ewaluacja
- Poprawianie i uzupełnianie.

Korzyści z dokumentacji elektronicznej:

- Poprawa jakości i efektywności leczenia pacjenta poprzez aktywne i interakcyjne wsparcie personelu medycznego.
- Łatwy dostęp pacjenta do własnej dokumentacji medycznej
- Podążanie danych za pacjentem niezależnie od tego, gdzie on się znajduje. Zapewnienie interoperacyjności systemów informatycznych na terenie Unii Europejskiej.
- Ciągłość, przejrzystość, czytelność oraz jednoznaczność zapisów, chrono-

logiczność, trwałość, dostępność dokumentacji medycznej.

- Sprawność komunikacji w obszarze ochrony zdrowia i zapewnienie dostępności informacji na poziomie nieosiągalnym dla dokumentacji papierowej.
- Poprawa bezpieczeństwa danych medycznych.
- Kontrola kosztów w określonym ujęciu i analiza realizacji świadczeń.
- Możliwość udokumentowania wykonanych czynności będącą podstawą do wyceny - rozliczeń za wykonaną pracę.
- Możliwość prostszego zarządzania danymi, czasem i kosztami.
- Niższe koszty gromadzenia i składowania danych.
- Zwiększenie wydajności organizacji, głównie poprzez obniżenie kosztów działalności oraz zwiększenie jakości opieki nad pacjentem.

- Możliwość efektywnego wykorzystania czasu pracy.

Kolejnymi etapami pracy NRPiP będzie wypracowanie szczegółowych opisów kryteriów EDP, konsultacja ze środowiskiem pielęgniarek i położnych, nawiązanie współpracy z placówkami naukowymi w celu wdrożenia elektronicznej dokumentacji pielęgniarskiej przez podmioty lecznicze.

*Marzena Barton,
Małgorzata Hir,
Danuta Jurkowska,
Dorota Karpacka,
Agnieszka Lizak,
Katarzyna Nojkampf*

Przedruk z publikacji NIPiP, VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych,

Warszawa, dnia 18-20 stycznia 2016 r.

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentką z nietrzymaniem moczu

Klasyfikacja i przyczyny nietrzymania moczu

Inkontynencja jest objawem wielu schorzeń, dlatego też istnieje kilka rodzajów nietrzymania moczu, które ze względu na przyczynę dzielimy na:

1. pęcherzowe:

- nadreaktywność wypieracza (niestabilność)

- niska podatność ścian pęcherza

2. zwieraczowe:

- nadmierna ruchomość szyi pęcherza
- uszkodzenie cewkowego mechanizmu zwieraczowego

3. nietrzymanie z przepełnienia

4. nietrzymanie pozazwieraczowe

5. postaci mieszane

Nietrzymanie moczu z przyczyn pęcherzowych cechuje częstomocz dzienny, nocny, parcia naglące, nietrzymanie moczu z parcia a także bezwiedny wyciek moczu i moczenie nocne. Jednak nie wszystkie objawy muszą występować jednocześnie.

Nadreaktywność wypieracza rozpoznaje się i leczy na podstawie objawów, badanie urodynamiczne nie jest tu konieczne. Bardziej pomocny jest kalendarz

mikcji i przyjmowanych płynów. Pacjent zapisuje ilość przyjętych, płynów i porcje wydalonego moczu a także epizody nietrzymania z parcia i parć naglących.

Pacjenci z częstomoczem powyżej 8 razy na dobę i zmniejszoną czynnością pojemnościową pęcherza a bez przeszkody w odpływie moczu i bez infekcji, z prawidłowym usg dróg moczowych kwalifikują się do leczenia z powodu nadreaktywnego pęcherza.

Podstawowym leczeniem nadreaktywności jest leczenie zachowawcze, polega na stosowaniu farmakoterapii z leczeniem behawioralnym.

Nietrzymanie moczu z przyczyn zwieraczowych nazwane wysiłkowym nietrzymaniem moczu, dotyczy głównie kobiet ale nie tylko. Powstaje w wyniku obniżenia szyi pęcherza moczowego i cewki, oraz uszkodzenia cewkowego mechanizmu zwieraczowego. Moczu wypływa nagle podczas wysiłku (w czasie kaszlu, kichania, wysiłku fizycznego). Dokładna przyczyna tych zmian nie jest znana.

Nietrzymanie moczu z przepełnienia jest wynikiem przeszkody w odpływie

moczu lub też osłabionego skurczu wypieracza. U pacjentów z przeszkodowym przepływem cewkowym i dużym zaleganiem po mikcji często stwierdza się nawrotowe zakażenia dróg moczowych.

Nietrzymanie moczu pozazwieraczowe - jest wynikiem przetok i wad wrodzonych. Głównym objawem jest stały wyciek moczu ;bez dłuższych okresów suchości między mikcjami. Postaci mieszane nietrzymania moczu są wynikiem pęcherzowych jak i zwieraczowych zaburzeń w trzymaniu moczu.

Nietrzymanie moczu można jeszcze podzielić z punktu widzenia czasu-jaki minął od jego pojawienia się na:

- przejściowe
- utrwalone

Przejściowe - pojawiające się z różnymi stanami patologicznymi ale spoza układu moczowego. Ważnym czynnikiem jest określenie przyczyny i właściwe leczenie. Nieleczona przejściowa postać nietrzymania moczu może się utrwalić.

Utrwalone - pojawia się pomimo wykluczenia innych stanów patologicznych, a jego przyczyną są zaburzenia w dolnym odcinku dróg

moczowych (nadpobudliwość mięśnia wypieracza, obniżona pobudliwość pęcherza moczowego, niewydolność drogi odpływu, zwężenie drogi odpływu mocz).

Należy jeszcze pamiętać, że mogą też występować postaci mieszane nietrzymania moczu, co zwykle stanowi problem terapeutyczny, a zdarza się u ok 30% pacjentów.

W ocenie wysiłkowego nietrzymania moczu stosowany jest podział objawowy;

Oo - stan prawidłowy, objawy nietrzymania moczu nie występują

Io - niewielkie gubienie moczu w pozycji stojącej przy dużym wysiłku fizycznym

Ilo - gubienie moczu przy przeciętnej codziennej pracy, kaszlu, kichaniu

IIlo - gubienie moczu w pozycji leżącej, bez wysiłku lub przy małym wysiłku

Oceniając wysiłkowe nietrzymanie moczu według ICS stosuje się następujący podział:

- Typ 0 - szyja pęcherza moczowego znajduje się powyżej spojenia łonowego, jest niewydolna ale mocz nie wycieka
- Typ I - obniżona szyja pęcherza < 2 cm, niewydolna, pojawia się wyciek moczu
- Typ IIa - obniżona szyja pęcherza > 2 cm, niewydolna przy kaszlu, współistniejące obniżenie przedniej ściany pochwy, nietrzymanie moczu
- Typ II b - obniżona szyja pęcherza w spoczynku poniżej spojenia łonowego nasilające się podczas kaszlu nietrzymanie moczu
- Typ III - niewydolność zwieracza zew. cewki moczowej

DIAGNOSTYKA I METODY LECZENIA INKONTYNENCJI

Diagnostyka opiera się na stwierdzeniu obecności objawów klinicznych oraz wykluczeniu innych patologii.

Elementem kluczowym w ocenie rodzaju i nasilenia dolegliwości jest wywiad. Stanowi on nieodzowny punkt wyjścia do wdrażania dalszej diagnostyki.

Gromadząc dane dotyczące schorzenia należy zwrócić uwagę na: czas trwania dolegliwości, sytuacje podczas, których dochodzi do gubienia moczu typu; śmiech, kaszel, kichanie, obecność nokturii i określenia najbardziej uciążliwych

dla pacjentki dolegliwości (epizodów parć nagłych czy wysiłkowych).

Istotne również są dane dotyczące liczby zużytych w ciągu doby wkładek higienicznych, ilości spożywanych płynów, schorzeń współistniejących i przebytych zabiegów chirurgicznych.

Ważnym uzupełnieniem wywiadu jest prowadzenie dzienniczka mikcji pacjentki, który dokumentuje dolegliwości związane z zaburzeniami mikcji a także pozwoli ocenić nawyki dietetyczne. Powinien być on prowadzony przez kilka dni i zawierać podstawowe informacje dotyczące czasu, częstotliwości i objętości mikcji, a także ilości i natężeń parć nagłych oraz ilości przyjmowanych płynów.

Oceniając dzienniczek mikcji należy pamiętać, że:

- diureza powinna wynosić 1100-1800 ml/dobę
- prawidłowa mikcja w ciągu dnia < 8, a w nocy nie > 2
- objętość maksymalna jednorazowo wydalonego moczu to 400-600 ml.

Na wstępny etap diagnostyki składa się badanie podmiotowe:

- ocena ogólna stanu zdrowia,
- wywiad dotyczący problemów z inkontynencją,
- wywiad urologiczny i ginekologiczno - położniczy,
- wywiad neurologiczny,
- ocena ilości traconego mimowolnie moczu,
- wpływ nietrzymania moczu na jakość życia.

Duże znaczenie w diagnostyce nietrzymania moczu mają również warunki socjalne, wywiad z zakresu stanu umysłowego i psychicznego. Nie bez znaczenia są również objawy towarzyszące aktywności seksualnej i związane z obniżeniem narządu rodowego kobiety.

W wywiadzie nie można pominąć danych dotyczących przyjmowanych leków, głównie: antydepresyjnych, antycholinergicznych i alfa - adrenolitycznych.

Ponadto wskazane jest, aby pacjentka wypełniła standaryzowany kwestionariusz jakości życia osób z nietrzymaniem moczu, np. Kinga lub Gaudenza.

W celu wykluczenia zakażeń układu moczowego lub kamicy czy raka u pacjenta skarżącego się na dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu należy

wykonać analizę moczu z oceną bakteriologiczną i ewentualnym posiewem.

Bardzo ważną rolę w diagnostyce odgrywa badanie przedmiotowe, które powinno być przeprowadzone przez lekarza ze szczególną starannością, dostarcza bowiem wiele cennych informacji dotyczących; chorób neurologicznych i metabolicznych, zabiegów chirurgicznych, urazów kręgosłupa - głównie w okolicy miednicy mniejszej czy przebytych porodów.

W przypadku trudności z ustaleniem diagnozy wskazane jest rozszerzenie procesu diagnostycznego o badania specjalistyczne;

- badanie ultrasonograficzne (pozwala sprawdzić nieprawidłowości w obrębie górnych dróg moczowych)
- ocena radiologiczna (ważna u pacjentów z neurogenną dysfunkcją dolnych dróg moczowych)
- cysto uretroskopia (bezpośrednie obrazowanie cewki i pęcherza moczowego)
- badanie urodynamiczne (ocenia czynność dolnych dróg moczowych podczas fazy napełniania i opróżniania pęcherza moczowego), a składa się z następujących części:
 - uroflowmetria (nieinwazyjna metoda oceniająca strumień moczu)
 - cystometria (określa funkcje pęcherza w czasie jego napełniania)
 - badanie ciśnieniowo-przepływowe (służy diagnostyce przeszkody podpęcherzowej i ocenie czynności pęcherza w czasie mikcji)

- profilometria cewkowa w czasie wysiłku np. kaszlu (ocenia czynność mięśni zwieraczy)

- ciśnienie wycieku (podczas kaszlu czyli parcia z użyciem tłoczni brzusznej podczas wstrzymania wdechu, określone jest ciśnienie śródpęcherzowe lub brzuszne, przy którym ma miejsce wyciek moczu.

Do najważniejszych metod terapeutycznych leczenia inkontynencji u kobiet zaliczamy postępowanie; zachowawcze, operacyjne a w mniejszym stopniu farmakoterapię.

W każdym rodzaju nietrzymania moczu stosuje się środki zabezpieczające i wchłaniające, a także pielęgnujące skórę.

Leczenie zachowawcze jest najbezpieczniejsze, jednak jego skuteczność nie przekracza 50% wyleczenia.

Leczenie zachowawcze to zmiana stylu życia (zaprzestanie ciężkiej pracy fizycznej, zmniejszenie masy ciała u osób otyłych, zaprzestania palenia tytoniu, ograniczenie spożywania napojów gazowanych i kofeiny) i poprawa sprawności mięśni (wykorzystuje się tu różne urządzenia i stymulatory).

Szczególną formą jest fizjoterapia, w której zawiera się kinezyterapia, elektrostymulacja, stymulacja magnetyczna, biofeedback i terapia behawioralna. Powyższe metody są skuteczne jeżeli pacjentka jest zdyscyplinowana i cierpliwa.

Wybór terapii nietrzymania moczu zależy od przyczyn jego wystąpienia.

W celu uzyskania długotrwałego efektu leczenia zalecane jest indywidualne przygotowanie pacjentek poprzedzone wykorzystaniem wszystkich metod zachowawczych.

Przy braku poprawy w skojarzonym postępowaniu leczenia nietrzymania moczu kwalifikuje się chorych do leczenia zabiegowego.

Nietrzymanie moczu można diagnozować i należy leczyć a na pewno nie należy bagatelizować. Wstępną diagnostykę wraz z leczeniem mogą już prowadzić lekarze pierwszego kontaktu.

Artykuł jest fragmentem pracy licencjackiej autorstwa piel. lic. Ewy Dubiel, której promotorem była mgr Wiesława Szarek.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bakalczuk Sz.: *Zycie intymne osób z nietrzymaniem moczu*, Kwartalnik NTM nr1(36) 2011, s. 14-15
2. Banaszak M.: *Jak zachować aktywność, Nietrzymanie moczu a jakość życia seksualnego*, Kwartalnik NTM nr3(22) 2007, s. 5-6
3. Banaszak-Osiewicz M.: *Bez higieny są problemy*, Kwartalnik NTM nr 4(27)2008, s.5

4. Banaszak-Osiewicz M.: *Kilogramy pod kontrolą*, Kwartalnik NTM nr 3(26) 2008, s. 4-5

5. Bidzin M.: *O związkach pomiędzy NTM a psychiką...*, Kwartalnik NTM nr 4(35) 2010, s. 6

6. Biercewicz M., Szweczyk M. T., Ślusarz R.(red.): *Pielęgniarstwo w geriatrici*, Borgis, Warszawa 2006, s.46-47

7. Cegła B., Faleńczyk K.: *Standard opieki nad pacjentem z zaburzeniami funkcji zwieraczy*, Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku, Czelej, Lublin 2007, s.343

8. Ciechaniewicz W. (red.): *Dawca i biorca pielęgnowania*, Pielęgniarstwo-ćwiczenia, PZWL, Warszawa 2001, s. 115-116

9. Ciechaniewicz W.: *Dawca i biorca pielęgnowania*, [w:] *Podstawy pielęgniarstwa*, Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin 2004, s. 310-311

10. Dybowski B.: *Wpływ nietrzymania moczu na życie płciowe*, Kwartalnik NTM nr 3(26) 2008, s. 6



Śp. mgr Alfreda Słuszkiewicz (18.01.1945 - 27.11.2015)

w 1965 roku podjęła pracę zawodową, początkowo jako nauczyciel, kierownik szkolenia praktycznego, a następnie jako dyrektor sanockiej szkoły pielęgniarstwa, z którą związana była przez 35 lat. Po przejściu na emeryturę, była nadal zaangażowana w życie społeczne poprzez pracę nad utworzeniem Sanockiego Centrum Wolontariatu. Niestety ciężka i nieuleczalna choroba zniweczyła plany na dalsze, aktywne życie.

Była człowiekiem wyjątkowym, życzliwym, a jednocześnie wymagającym wobec uczniów, i współpracowników. Cechowała ją wysoka kultura osobista i oddanie pracy dydaktycznej i organizacyjnej. Chętnie dzieliła się z innymi swoim doświadczeniem i nieustannie pogłębiała wiedzę.

Dzięki mgr Alfredzie Słuszkiewicz nastąpił dynamiczny rozwój kształcenia w zawodzie pielęgniarki w Sanoku. Pani

Dyrektor wykształciła wielu młodych ludzi, którzy po ukończeniu szkoły, podejmowali pracę w placówkach ochrony zdrowia w kraju i za granicą.

Przyczyniła się do utworzenia wyższych studiów dla pielęgniarek w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Jana Gródka w Sanoku, a jej wychowankowie, obecnie jako nauczyciele akademicy, często już z posiadanymi stopniami i tytułami naukowymi, przekazują

wiedzę studentom pielęgniarstwa - kolejnym pokoleniom przyszłych pielęgniarek.

Upowszechniała ideał pielęgniarki dobrze wykształconej, profesjonalistki, współdziałającej w zespole interdyscyplinarnym.

Odeszła pielęgniarka, nauczyciel i wspaniały człowiek. Pozostanie w mojej pamięci na zawsze.

*Były uczeń, pielęgniarka
dr n. o zdr. Krzysztof Jakubowski*

Znamy najlepsze położne w Polsce w 2015 roku!

2. edycja konkursu „Położna na medal” rozstrzygnięta

Martyna Mączka z Katowic z 1067 głosami została zwyciężczynią ogólnopolskiego konkursu Położna na medal. W drugiej edycji plebiscytu, którego pomysłodawca i organizatorem jest Akademia Malucha Alantan, udział wzięły 233 położne. Konkurs przeprowadzono w ramach kampanii społecznej „Położna na medal”. Wręczenie nagród odbędzie się 11 marca podczas uroczystej gali w Warszawie.

Przez dziewięć miesięcy trwania konkursu - głosować można było od początku kwietnia do końca grudnia ubiegłego roku - aż 9190 osób z całej Polski oddało swoje głosy na 233 położne pretendujące do tytułu Położnej na medal.

- Wynik konkursu jest dla mnie ogromną niespodzianką, wspaniałym zakończeniem bardzo udanego dla mnie zawodowego roku. Jestem poruszona, że tyle pań, którym miałam zaszczyt pomagać przy porodzie, postanowiło w taki sposób mi podziękować. Chcę podkreślić, że dzięki swojej pracy, która jest dla mnie przyjemnością, czuję się już dostatecznie wyróżniona. Rezultat konkursu utwierdził mnie w przekonaniu, że warto zabiegać o każdą rodzącą - o jej prawa, intymność i bezpieczeństwo - mówi **Martyna Mączka**, zwyciężczyni konkursu.

Tuż za Martyną Mączką, zwyciężką położną z Katowic, uplasowała się Magdalena Kowalczyk-Perdek. Na położną z 13-letnim stażem zawodowym, która na co dzień pracuje w stolicy Dolnego Śląska, oddano w sumie 1051 głosów. Trzecie miejsce przypadło krakowskiej położnej Lucynie Mirzyńskiej, która otrzymała 960 głosów. W konkursie wzięły udział zarówno położne prowadzące szkoły rodzenia, jak i te pracują-

ce na oddziałach noworodkowych oraz prowadzące wizyty patronażowe. Podobnie jak w poprzedniej edycji konkursu, kryteria oceny położnej zostały przygotowane w oparciu o rekomendacje Konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego.

- Nie spodziewałam się, że uda mi się zakwalifikować do pierwszej dziesiątki. Już sam fakt, dołączenia do grona położnych starających się o „medal” był dla mnie wielkim wydarzeniem i wielką wygraną. Jest mi bardzo miło, że tak wiele pacjentek odbiera mnie pozytywnie, czego dowodem są tak liczne głosy. Chciałabym bardzo serdecznie podziękować wszystkim pacjentkom i ich rodzinom za wsparcie i za głosy - komentuje **Magdalena Kowalczyk-Perdek**.

- Udział w konkursie dedykuję moim pacjentkom - cudownym kobietom. To podium to wasze serce do mnie, to wasza pamięć - gdyby nie wy nie byłoby mnie tutaj - taka położna, jakie ma pacjentki - jesteście świadome i wymagające, bo takie macie prawo, aby otoczyć swoje Szcześnie jak najlepszą opieką. Mój zawód daje mi możliwość uczestniczenia w chwilach wielkiego szczęścia, niesamowitych emocji, trudu uczenia się macierzyństwa. To zaszczyt móc być wszą położną. Cieszę się, że mogę przedstawić pracę położnej rodzinnej według standardów opieki okołoporodowej, to dla mnie najważniejszy cel konkursu - dodaje **Lucyna Mirzyńska**.

Zakończona 31 grudnia ub. roku kampania „Położna na medal” - w ramach której przeprowadzono konkurs - ma na celu poszerzenie wśród położnych świadomości nowoczesnych standardów związanych z opieką okołoporodową, a także podnoszenie standardów pra-

cy położnych w zgodzie z oczekiwaniami pacjentów i przyjętymi wymaganiami środowiska. Intencją pomysłodawców i partnerów merytorycznych inicjatywy jest również szeroka, społeczna promocja wysokich kompetencji położnych ich doświadczenia zawodowego oraz odpowiedzialności związanej z pracą wykonywaną na co dzień przez polskie położne.

Druga edycja kampanii i konkursu została zorganizowana przez Akademię Malucha Alantan. Patronat nad całą inicjatywą objęła Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Położnych, Fundacja Rodzić po Ludzku, Stowarzyszenie Dobrze Urodzeni oraz portal edukacja pacjenta.pl

- Na wszystkie oddane głosy patrzyłmy przez pryzmat jednego wielkiego „dziękuję”, zaadresowanego do wszystkich położnych. Konkurs to szansa wyróżnienia osób, które swój zawód traktują jak misję i powołanie. To tym bardziej ważne, że położne swoją pracą pomagają w przeżyciu jednego z najbardziej fascynujących momentów w życiu człowieka, narodzin - podkreśla **Iwona Barańska** z Akademii Malucha Alantan, organizatora kampanii i konkursu.

Pełne wyniki konkursu dostępne są na stronie www.poloznanamedal.pl.

NAJLEPSZE POŁOŻNE WG WOJEWÓDZTW: PODKARPACKIE

I miejsce - Elżbieta Buczkowska, Radymno

II miejsce - Danuta Dąbrowska, Przemysł

III miejsce - Beata Woźniak, Ustrzyki Dolne

Dolnośląskie

I miejsce - Magdalena Kowalczyk-Perdek, Wrocław

II miejsce - Jolanta Maszka, Kąty Wrocławskie

III miejsce - Barbara Majchrzak, Lubin

Kujawsko-pomorskie

I miejsce - Lucyna Szkoda, Koronowo

II miejsce - Maria Rybicka, Inowrocław

III miejsce - Maria Zielińska, Sicieńko

Lubelskie

I miejsce - Agnieszka Gąsior-Guziak, Lublin

II miejsce - Anna Wysocka, Lublin

III miejsce - Monika Nowak, Lublin

Lubuskie

I miejsce - Lidia Berdacz, Zielona Góra

II miejsce - Małgorzata Muszałek, Zielona Góra

III miejsce - Magdalena Ratajczak, Ślubice

Łódzkie

I miejsce - Sylwia Żenicka, Łódź

II miejsce - Marta Mądra, Łódź

III miejsce - Edyta Wojtal, Bełchatów

Małopolskie

I miejsce - Lucyna Mirzyńska, Kraków

II miejsce - Józefa Gurgul, Kraków

III miejsce - Agnieszka Belak, Andrychów

Mazowieckie

I miejsce - Bogusława Wąsowska, Radzymin

II miejsce - Izabela Wittbrodt, Warszawa

III miejsce - Iwona Musiałkowska, Warszawa

Opolskie

I miejsce - Barbara Kokot, Opole

II miejsce - Joanna Dziurzyńska, Opole

Podlaskie

I miejsce - Maria Osińska, Białystok

II miejsce - Pelagia Pietkiewicz, Suwałki

III miejsce - Anna Reszuta, Białystok

Pomorskie

I miejsce - Anna Plaskota, Gdynia

II miejsce - Mariola Górna, Gdynia

III miejsce - Aneta Jaguszewska, Gdynia

Śląskie

I miejsce - Martyna Mączka, Katowice

II miejsce - Grażyna Fiedler-Bywalec, Katowice

III miejsce - Mariola Wilczok, Chorzów

Świętokrzyskie

I miejsce - Beata Prokop, Kielce

II miejsce - Agnieszka Piwowarczyk, Kielce

III miejsce - Katarzyna Rębosz, Kielce

Warmińsko-mazurskie

I miejsce - Beata Szandrowska, Elbląg

II miejsce - Barbara Chojnowska, Iława

III miejsce - Patrycja Darkiewicz, Giżycko

Wielkopolskie

I miejsce - Arleta Kwiatkowska-Król, Gniezno

II miejsce - Wioletta Sułkowska, Poznań

III miejsce - Marta Lambryczak, Poznań

Zachodniopomorskie

I miejsce - Małgorzata Białkowska,

II miejsce - Magdalena Zawadzka, Szczecin

III miejsce - Elżbieta Herbin, Dębno; Agata Zakrzewska, Szczecin

WSZYSTKIM UCZESTNIKOM GRATULUJEMY!

BEATA WOŹNIAK - „Położna na Medal”

Z radością informujemy, że III miejsce na najlepszą położną w województwie podkarpackim zdobyła pani **BEATA WOŹNIAK**, położna - specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego, która od 27 lat pracuje na oddziale ginekologiczno-położniczo-noworodkowym w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych.

Serdecznie gratulujemy, życzymy kolejnych sukcesów zawodowych i wytrwałości w trudnej i odpowiedzialnej pracy, która w przypadku pani Beaty jest pasją.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie

Zespół Redakcyjny biuletynu zawodowego „Forum Zawodowe”



Humor

Pani pyta się Jasia:

- Kiedy odrabiasz zadanie domowe?
- Po obiedzie
- To czemu nie masz zadania domowego?
- Bo wczoraj nie jadłem obiadu

Tato, to prawda, że prawdziwy mężczyzna powinien zachować zimną krew w sytuacjach dramatycznych?

- Tak synu, to prawda.
- To co chcesz najpierw zobaczyć. Mój dzienniczek, czy rachunek za nowe futro mamy?

Chłopczyk obserwuje jak jego mama nakłada sobie maseczkę.

- Mamo, a po co tym się smarujesz?
- Żeby być ładna.
- Po pewnym czasie mama zmywa maseczkę.
- Co, poddałaś się?

Rozmowa dwóch przyjaciółek:

- Cześć Aniu!
- Hej Agnieszko!
- Twój pies jest jakiś dziwny. Trochę za chudy. Jak się wabi?
- Anoreksio

Rozmawiają dwaj wędkarze:

- Miałem wczoraj cudowny sen! W piękną, gwiazdzistą noc płynąłem łódką z piękną, seksowną blondynką...
- I jak się ten sen skończył?
- Świetnie! Złowiłem 3-kilogramowego szczupaka!

Komendant rozmawia z podwładnymi:

- Panowie, przestępstwo zostało prawdopodobnie dokonane w nocy z 10 na 11 czerwca.
- Nagle przerywa jeden z policjantów:
- Przepraszam, nie dosłyszałem, w nocy z 10 na którego?

Mama pyta syna:

- Jasiu, jakiś czas temu były w szafce dwa ciasteczka, a teraz widzę tylko jedno. Możesz mi powiedzieć, czemu?
- No bo było ciemno i nie zauważyłem tego drugiego!

Blondynka do męża:

- Kochanie! Jakiś złodziej właśnie ukradł nam samochód!
- Mąż na to:
- Zapamiętałaś jego twarz?!
- Nie, ale spisałam numer rejestracyjny!

Podczas meczu piłkarskiego, siedzącego na trybunach malucha zagaduje mężczyzna siedzący obok:

- Przyszedłeś sam?
- Tak, proszę pana.
- Stać cię było na tak drogi bilet?
- Nie, tata kupił.
- A gdzie jest twój tata?
- W domu, szuka biletu

Kapral wchodzi wieczorem do sypialni rekrutów i pyta:

- Który z was był w cywilu elektrykiem?
- Ja! - zgłasza się jeden z żołnierzy.
- W porządku. Jesteś odpowiedzialny za to, żeby co wieczór o dziesiątej światło w sali było zgaszone.

Przychodzi babcia do urzędu skarbowego, złożyć PIT.

- Urzędniczka sprawdza i mówi:
- Właściwie wszystko jest dobrze tylko brakuje Pani podpisu
- Ale jak ja mam się podpisać?
- No tak jak się Pani zawsze podpisuje. Babcia bierze długopis i pisze:
- Całuję was gorąco babcia Aniela.

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska
OIPiP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: RS Druk, Rzeszów. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 07 III 2016 roku.



**Ośrodek
Kształcenia
Podyplomowego
Pielęgniarek
i Położnych
Sp. z o.o.
w Rzeszowie**

Placówka Szkoleniowa
w Krośnie

38-400 Krosno
ul. Bieszczadzka 5

tel. (0-13) 43 72 780-781
fax (0-13) 43 72 781

e-mail:
okppip.krosno@gmail.com

NIP 813-30-39-442
REGON 690679626

**Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek
i Położnych Sp. z o.o. w Rzeszowie, Placówka Szkoleniowa
w Krośnie, na pierwsze półrocze 2016 roku
planuje rozpocząć następujące szkolenia i kursy:**

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE:

1. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa internistycznego dla pielęgniarek
2. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla pielęgniarek
3. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych
4. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki dla pielęgniarek
5. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek

KURSY SPECJALISTYCZNE:

1. Szczepienia ochronne dla pielęgniarek
- Krosno (21/22 marzec 2016)
2. Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek
- Krosno (kwiecień/maj 2016)
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych
- Krosno (kwiecień 2016)
4. Leczenie ran dla pielęgniarek
- Krosno (maj 2016)

Informacje i zapisy pod numerem
tel.: (13) 43 72 781