

czerwiec - wrzesień

50
2017



WOKÓŁ CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL
Przewodnicząca ORPiP	mgr Małgorzata Sokulska	przewodniczaca@orpip.radom.pl
Sekretarz ORPiP	mgr Barbara Tusińska	sekretarz@orpip.radom.pl
St. specjalista ds rejestru	mgr Agnieszka Gozdur	rejestr@orpip.radom.pl
Specjalista ds administracyjno - biurowych	Jolanta Jasiuk	administracja@orpip.radom.pl
St. specjalista ds szkoleniowych	mgr Diana Wiśniewska - Janas	szkolenia@orpip.radom.pl

**HARMONOGRAM POSIEDZEŃ
OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
I PREZYDIUM ORPIP NA ROK 2017**

Lp.	Planowany termin	Gremium	WOKÓŁ CZEPKA
1.	18 styczeń (środa)	ORPiP	Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Adres Redakcji: 26-600 Radom, ul. Paderewskiego 15 tel./fax 48 360 69 60 e-mail: orpip@orpip.radom.pl www.orpip.radom.pl Redaktor Naczelna Małgorzata Sokulska Zespół Redakcyjny Diana Wiśniewska-Janias Barbara Tusińska
2.	17 luty (piątek)	Prezydium	
3.	3 marzec (piątek)	Prezydium	
4.	6 kwiecień (czwartek)	ORPiP	
5.	28 kwiecień (piątek)	Prezydium	
6.	19 maj (piątek)	Prezydium	
7.	9 czerwiec (piątek)	ORPiP	
8.	7 lipiec (piątek)	Prezydium	
9.	4 sierpień (piątek)	Prezydium	
10.	7 wrzesień (czwartek)	ORPiP	
11.	6 październik (piątek)	Prezydium	
12.	27 październik (piątek)	Prezydium	
13.	17 listopad (piątek)	Prezydium	
14.	8 grudzień (piątek)	ORPiP	

Posiedzenie Prezydium lub Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych może ulec zmianie.

O wszelkich zmianach będziemy informować na bieżąco na stronie www.orpip.radom.pl

DZIAŁY TEMATYCZNE:

I. Na marginesie

I	NA MARGINESIE	3
II	AKTUALNOŚCI	4
III	WOKÓŁ SAMORZĄDU	4
IV	ZGODNIE Z PRAWEM	13
V	WARTO WIEDZIEĆ	28
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ	32
VII	KURSY, SZKOLENIA, KONFERENCJE	35
VIII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA	39



Wakacje minęły bardzo szybko i dla wielu z nas były okazją do odpoczynku od codziennej ciężkiej pracy, oraz od ciągle towarzyszących nam napięć. Cieszą nas kolejne transze podwyżki, ale nie przypuszczaliśmy, że Ministerstwo Zdrowia sięgnie po nie ustalając wzrost wynagrodzenia w związku z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która obowiązuje od połowy sierpnia.

W dalszej części tego wydania biuletynu jest więcej informacji dotyczących jej stosowania. Z całą odpowiedzialnością możemy stwierdzić, że niestety jak zwykle nasze zawody potraktowano po macoszemu. Czujemy się oszukane. Pieniądze tzn. „zembalowe” miały być niezależne – takie były zapewnienia, a stało się zupełnie inaczej. Magister pielęgniarstwa zakwalifikowany jest zgodnie ze współczynnikiem pracy tak jak np. opiekun medyczny. Jak zwykle zyskały inne zawody. Z informacji dopływających do OIPiP wynika, że tworzone zgodnie z art.5 z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych - zasady podwyższania wynagrodzenia osób niewykonyujących zawody medyczne, uwzględniają wyższe współczynniki pracy niż te przewidziane dla pielęgniarek i położnych. Jest to bardzo smutne, że kolejny raz upewniamy się, że nasza ciężka i odpowiedzialna praca jest w dalszym ciągu nisko wyceniana. Najniższa płaca brutto obecnie to 2000 tys. zł.

Od stycznia ma wynosić 2100 zł. Pielęgniarskie wchodzącej do zawodu posiadającej wyższe wykształcenie /licencjat/proponuje się 1800 zł, a zgodnie z wspomnianą ustawą może w 2021r osiągnąć ok. 2500 zł brutto uposażenia zasadniczego. Zresztą trzeba pamiętać, że w szpitalach powiatowych pielęgniarki ze stażem pracy 15-20 lat mają nadal uposażenie zasadnicze w wysokości ok. 1900 zł brutto. Drogie Koleżanki i Koledzy batalia o wyższe wynagrodzenia wcale się nie kończy. Podejmowane są również działania w celu eliminacji na dyżurach jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych. Tak więc jak zwykle wiele jeszcze przed nami!

Małgosia



II. Aktualności

1.06.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w Konwencji Przewodniczących w NIPiP w Warszawie.

2.06.2017 - Sekretarz B. Tusińska uczestniczyła w szkoleniu w NIPiP w Warszawie.

4.06.2017 - odbył się Piknik Zdrowia organizowany przez Urząd Miejski w Radomiu w którym uczestniczyła OIPIP

7.06.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w pracach Komisji Konkursowych w RSzS

7.06.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Kształcenia

8.06.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Socjalnej

8.06.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Rewizyjnej

9.06.2017 - odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

10.06.2017 - odbył się Piknik Forum Samorządów Zaufania Publicznego w Starej Miłosnej z udziałem przedstawicieli OIPIP.

11.06.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w spotkaniu Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy Polskich Oddział Ziemi Radomskiej w Ośrodku Edukacyjno - Charytatywnym Diecezji Radomskiej „Emau” koło Białobrzeg

14.06.2017 - Sekretarz B. Tusińska uczestniczyła w pracach Komisji Konkursowych w RSzS

19.06.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska oraz Sekretarz B. Tusińska uczestniczyły w uroczystości nadania imienia Bohaterów Radomskiego Czerwca '76 Radomskiemu Centrum Onkologii.

21-22.06.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Toruniu.

21.06.2017 - odbyło się posiedzenie Zespołu Pielęgniarek Rodzinnych

21.06.2017 - odbyło się szkolenie dla położnych i pielęgniarek organizowane przez firmę Pelargos.

27.06.2017 - odbyło się szkolenie dla kadry kierowniczej z ekspertem prawa pracy Piotrem Ciborskim.

7.07.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w pracach Komisji Konkursowych w RSzS

11.07.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Socjalnej

11.07.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Kształcenia

14.07.2017 - odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP

21.07.2017 - odbyło się korespondencyjne posiedzenie Prezydium ORPiP

22.08.2017 - odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP

4.09.2017 - odbyło się spotkanie zespołu „Jesienne Klimaty”

7.09.2017 - odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

8.09.2017 - spotkał się skład sędziowski OSPiP w Radomiu

12.09.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Etyki

12-14.09.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Suwałkach

14.09.2017 - odbyło się posiedzenie Komisji Rewizyjnej

16.09.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w jubileuszu 50-lecia ukończenia szkoły pielęgniarskiej rocznika 1962-1967

18.09.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w pracach Komisji Konkursowych w RSzS

20.09.2017 - odbyło się spotkanie z Pielęgniarkami Naczelnymi/Dyrektorami ds. Pielęgniarstwa oraz Pełnomocnikami

20.09.2017 - odbyło się szkolenie nt. „Praw pacjenta i ich ograniczeń w praktyce zawodowej pielęgniarki/położnej prowadzone przez mec. Pawła Strzelca

26.09.2017 - Przewodnicząca M. Sokulska uczestniczyła w spotkaniu z wiceprezydentem J. Zawodnikiem w sprawie pielęgniarek z DPS

26.09.2017 - odbyły się warsztaty szkoleniowe „Resuscytacja noworodka” prowadzone przez firmę „MEDICURS” sponsorowane przez Nestle Zdrowy Start w przyszłość

28.09.2017 - odbyło się posiedzenie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

III. Wokół samorządu

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Prezydium

Posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 9 czerwca 2017 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, w którym uczestniczyli członkowie Okręgowej Rady, Przewodnicząca Okręgowego Sądu i Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 243 - 249/VII/2017 – w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 250-253/VII/2017 – w/s wykreślenia z rejestru ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 254/VII/2017 – w/s wydania pielęgniarskiej zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach.

Uchwała nr 255/VII/2017 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej.

Uchwała nr 256/VII/2017 – w/s przyznania jednorazowej zapomogi socjalnej z tytułu przejścia na emeryturę.

Uchwała nr 257/VII/2017 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 258/VII/2017 – w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 259/VII/2017 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych.

Uchwała nr 260/VII/2017 – w/s zawarcia umów na używanie prywatnych samochodów osobowych do celów służbowych.

Uchwała nr 261/VII/2017 – w/s zatwierdzenia kosztów organizacji szkolenia.

Uchwała nr 262/VII/2017 – w/s zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej członków OIPiP w Radomiu.

Uchwała nr 263/VII/2017 – w/s dofinansowania działalności PTSR Oddział w Radomiu.

Uchwała nr 264/VII/2017 – w/s zakupu czepków płóciennych na potrzeby reprezentacyjne OIPiP.

Uchwała nr 265/VII/2017 – w/s doposażenia biura OIPiP w Radomiu.

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Radomiu.

W dniu 14 lipca 2017 roku odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP, na którym przyjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 234-241/VII/2017 – w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 242/VII/2017 – w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 243-246/VII/2017 – w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 247/VII/2017 – w/s wydania nowego zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.

Uchwała nr 248/VII/2017 – w/s wydania duplikatu zaświadczenia prawa wykonywania zawodu

Uchwała nr 249/VII/2017 – w/s wykreślenia z rejestru Podmiotów Leczniczych prowadzonych przez OIPiP.

Uchwała nr 250/VII/2017 – w/s skierowania na przeszkolenie pielęgniarki, która nie wykonywała zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w ostatnich 6 latach.

Uchwała nr 251/VII/2017 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej

Uchwała nr 252/VII/2017 – w/s przyznania jednorazowej zapomogi socjalnej z tytułu przejścia na emeryturę.

Uchwała nr 253/VII/2017 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 254-256/VII/2017 – w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 257/VII/2017 – w/s wytypowania członków ORPiP do komisji egzaminacyjnej kursów w RSzS..

Uchwała nr 258/VII/2017 – w/s aneksu do umowy o najem lokalu przy ul. Paderewskiego 19.

Uchwała nr 259/VII/2017 – w/s sfinansowania udziału w Konferencji.

Uchwała nr 260-261/VII/2017 – w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu.

W dniu 21 lipca 2017 roku w czasie korespondencyjnego posiedzenia Prezydium ORPiP podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 262-292/VII/2017 – w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu.

W dniu 22 sierpnia 2017 roku w czasie posiedzenia Prezydium ORPiP podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 293-318/VII/2017 – w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 319-321/VII/2017 – w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 322-326/VII/2017 – w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 327/VII/2017 – w/s uznania kwalifikacji.

Uchwała nr 328 /VII/2017 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej

Uchwała nr 329/VII/2017 – w/s przyznania jednorazowej zapomogi socjalnej z tytułu przejścia na emeryturę.

Uchwała nr 330/VII/2017 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 331/VII/2017 – w/s skierowanie na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu.

Uchwała nr 332/VII/2017 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnej kursów specjalistycznych.

Uchwała nr 333/VII/2017 – w/s wytypowania przedstawicieli ORPiP do pracy w komisji konkursowej na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa w SPZZOZ w Kozienicach.

Uchwała nr 334/VII/2017 – w/s zakupu licencji na programy antywirusowe.

Uchwała nr 335/VII/2017 – w/s przedłużenia umowy abonenckiej na telefony komórkowe.

Uchwała nr 336/VII/2017 – w/s przedłużenia umowy z Wolters Kluwer.

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 7 września 2017 roku odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Uczestniczyli w nim członkowie Okręgowej Rady, Przewodnicząca Okręgowego Sądu, Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej i Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 266 - 267/VII/2017 – w/s stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 268/VII/2017 – w/s wydania duplikatu zaświadczenia PWZ pielęgniarcze.

Uchwała nr 269-274/VII/2017 – w/s wykreślenia z rejestru ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 275/VII/2017 – w/s wydania zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach.

Uchwała nr 276/VII/2017 – w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej.

Uchwała nr 277/VII/2017 – w/s przyznania jednorazowej zapomogi socjalnej z tytułu przejścia na emeryturę.

Uchwała nr 278/VII/2017 – w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 279/VII/2017 – w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 280/VII/2017 – w/s odwołania od decyzji Prezydium ORPiP w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 281/VII/2017 – w/s zatwierdzenia kosztów organizacji szkolenia.

Z prac Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

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

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

Spotkanie zostało zorganizowane na prośbę samorządu i dotyczyło siedmiu zagadnień:

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

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

Trwające prace nad założeniami do projektu Ustawy o Zdrowiu Dzieci i Młodzieży były powodem do zwrócenia uwagi na brak udziału przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych w pracach legislacyjnych. Taki tryb procedowania umożliwia udział ekspertów merytorycznie i praktycznie przygotowanych do tworzenia prawa, które na etapie opiniowania mogą powodować liczne rozbieżności. Pani Wiceminister zaproponowała formułę spotkań roboczych.

W ocenie Pani Wiceminister założenia do projektu wzmacniają rolę pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania. Ma stać się ona koordynatorem w tym obszarze i zajmować centralną pozycję w stosunku do innych specjalistów działających w medycynie szkolnej. Zmiany demograficzne mają zostać wykorzystane dla wzmocnienia opieki nad uczniem poprzez odpowiednią wycenę świadczeń, które mimo zmniejszenia liczby szkół oraz uczęszczających do nich dzieci i młodzieży nie spowoduje ograniczenia środków na realizację zadań.

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

Spotkanie było okazją do przedstawienia szerokiej listy problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem System Monitorowania Kształcenia zarówno z perspektywy okręgowej izby pielęgniarek i położnych, organizatora kształcenia podyplomowego jak i pielęgniarki/położnej korzystającej z aplikacji SMK. Najczęstsze problemy dotyczyły sposobów weryfikacji danych pielęgniarki/położnej, niedopracowania systemu w zakresie rejestracji uczestników na szkolenia. W związku deficytami Systemu Monitorowania Kształcenia w wielu obszarach zaproponowano,

aby Minister Zdrowia korzystając ze swoich uprawnień zawiesił do końca roku lub do czasu usunięcia wszystkich usterek System Monitorowania Kształcenia. Pani Wiceminister zapewniła, iż podejmie stosowne działania i wzmocni nacisk na Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia do przyspieszenia prac oraz szybsze usuwanie usterek i błędów.

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

Kolejnym poruszonym obszarem była ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia pracowników medycznych oraz jej wpływ na realizację rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedstawiciele samorządu zwrócili na deficyty przyjętej przez Sejm ustawy w zakresie braku umocowania magistra pielęgniarstwa i położnictwa w odrębnym przedzia-

le oraz braku akceptacji środowiska dla współczynnika pracy określonego dla pielęgniarek i położnych bez specjalizacji na poziomie 0,64. Pani Wiceminister wyjaśniała iż zgodnie z uchwaloną przez Sejm ustawą najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej i wysokości przeciętnego wynagrodzenia w roku poprzedzającym (do końca 2019 r. zamiast przeciętnego wynagrodzenia przyjmowana będzie kwota 3,9 tys. zł brutto). Docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego będzie osiągnięta dopiero po upływie okresu przejściowego - do końca 2021 r. Najniższe miesięczne wynagrodzenie określone w ustawie dotyczy zasadniczego wynagrodzenia brutto, nie obejmuje więc dodatków za pracę zmianową oraz wysługę. Do nowych przepisów będą musiały dostosować się wszystkie placówki medyczne - zarówno publiczne, jak i niepubliczne. Zwrócono uwagę na fakt, iż dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków finansowych, które przeznaczone zostałyby na wykonanie zadań nakładanych na podmioty lecznicze omawianą ustawą. Samorząd obawia się, iż środki zostaną na ten cel

przekazane w ryczałcie, który będzie nowym sposobem finansowania zostaną przeznaczone na sfinansowanie podwyżek dla innych pracowników medycznych. W stosunku do pielęgniarek i położnych pracodawcy wykorzystają środki płynące z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż ustawa wprost nie reguluje tego zagadnienia i wskazała na rolę zakładowych organizacji związków zawodowych oraz porozumień jakie mogą i powinny zawierać z pracodawcą.

Zwrócono się z pytaniem o realizację kolejnej transzy dodatku dla pielęgniarek zatrudnionych w Regionalnych Centrach Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Stacji Sanitarno – Epidemiologicznych. Pani Wiceminister wyjaśniła, iż dotacja zostanie niebawem przekazana wojewodom, co spowoduje wypłatę środków z wyrównaniem od stycznia 2017r.

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



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

Stanowisko Nr 9 Prezydium

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

z dnia 22 sierpnia 2017 roku

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

Skierowane do

Ministra Zdrowia

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

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

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

- I. Zmiana Załącznika do ustawy – tabeli określającej współczynniki pracy w pkt 7-9 w następujący sposób:
 1. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa i z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,05;
 2. Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarka lub położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 1,0;
 3. Pielęgniarka lub położna bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – współczynnik 0,74.
- II. Niezależnie od powyższego, treść Załącznika do ustawy powinna być sformułowana w sposób jednoznacznie przewidujący, że wyższy współczynnik pracy przysługuje pielęgniarce lub położnej posiadającej wykształcenie wyższe (magister pielęgniarstwa, magister położnictwa) lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa.

III. Wprowadzenie wyraźnego zapisu w art. 3 ust. 3 ustawy, określającego, że środki finansowe zagwarantowane pielęgniarcom i położnym w ramach zawartego Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NRPiP, i określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 roku poz. 1793 z późn. zm.) na wzrost wynagrodzeń w latach 2015-2019 i lata następne, są niezależne od uregulowań wynagrodzenia przewidzianego w ustawie z dnia 08 czerwca 2017 r.

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

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

Sekretarz NRPiP



Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP



Mariola Łodzińska



NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPIP-DM.002.134.2017.TK

Warszawa, dnia 18.07.2017r

18.07.2017
Mam

Pan

Konstanty Radziwiłł

Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

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

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

Z uprzejmymi pozdrowieniami

Prezes NRPIP

Zofia Małas

Zofia Małas



Ministerstwo Zdrowia
Sekretarz Stanu
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 21-08-2017

*D/M.
TK.
Jel.*

MDL.0762.5.2017.WS



Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych

Szanowna Pani Prezes

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

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

z wyrazami szacunku

Jel.

Józefa Szczurek-Żelazko

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl



JEDNOOSOBOWE OBSADY PIELĘGNIARSKIE I POŁOŻNICZE – SPRZECIW NRPIP

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zajęła stanowisko w sprawie pełnienia przez pielęgniarki i położne jednoosobowych dyżurów w zakładach leczniczych. Poniżej prezentujemy pełną treść pisma skierowanego do Ministerstwa Zdrowia, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Obywatelskich oraz konsultantów krajowych ds. pielęgniarstwa i położnictwa



Stanowisko Nr 10
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 14 września 2017 roku

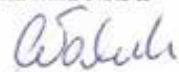
w sprawie pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych

Samorząd zawodowy, sprawując pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony, wnioskuję do Ministra Zdrowia o pilne podjęcie działań zmierzających do wyeliminowania pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne w zakładach leczniczych.

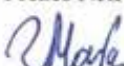
Do NRPIP wpływają liczne sygnały o stosowaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych podczas dyżurów w zakładach leczniczych. Taka praktyka nie pozwala na sprawowanie opieki z należytą starannością i z zachowaniem bezpieczeństwa pacjentów, co ma bezpośredni wpływ na występowanie zdarzeń niepożądanych, w tym także błędów medycznych.

W ocenie NRPIP aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. poz. 1545) powinno być zastąpione regulacjami prawnymi uwzględniającymi wskaźniki zatrudnienia adekwatne do profilu oddziału szpitalnego i realizowanych w nim świadczeń zdrowotnych.

Sekretarz NRPIP


Joanna Walewander

Prezes NRPIP


Zofia Małas

IV. Zgodnie z prawem

Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. (Dz. U. 2017 poz.836) o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw wprowadziła rozwiązania, które wzmacniają prawa pacjenta oraz zapewniają ochronę danych osobowych i informacji o stanie jego zdrowia zawartych w dokumentacji medycznej, a także określają zasady dostępu do takiej dokumentacji.

Najważniejsze rozwiązania:

- Każdy pacjent ma prawo do leczenia bólu. Ma ono być realizowane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz bez względu na źródło pochodzenia bólu, a także wiek pacjenta i miejsce pobytu. Na podstawie obowiązujących przepisów, dostęp do świadczeń zdrowotnych zapewniających łagodzenie bólu i innych cierpień przysługuje pacjentowi w stanie terminalnym.
- Pacjent może uzyskać informację o stanie swojego zdrowia, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, wynikach leczenia oraz rokowaniach – nie tylko od lekarza, ale także od innych osób wykonujących zawód medyczny (np. od ratownika medycznego, co jest warunkiem skutecznego wyrażenia sprzeciwu wobec wykonania czynności ratunkowych). Jest to doprecyzowanie przepisu w celu dostosowania go do innych ustaw.
- Pacjent decyduje o ewentualnej obecności osoby bliskiej podczas udzielania świadczenia zdrowotnego. Jest to doprecyzowanie obowiązującego przepisu.
- Jednoznacznie wskazano, że osoby wykonujące zawód medyczny przetwarzają dane zawarte w dokumentacji medycznej z mocy ustawy, a pozostałe osoby – na podstawie i w granicach upoważnienia udzielonego przez administratora tych danych.
- Po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna będzie udostępniana osobie przez niego upoważnionej za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym (w sposób wskazany przez tę osobę). Jest to doprecyzowanie przepisów, na podstawie których obecnie zezwala się na wgląd do dokumentacji medycznej zmarłego,

ale już wydanie jej kopii jest przedmiotem wątpliwości.

- Rozszerzono katalog osób, którym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną. Chodzi o osoby wykonujące zawód medyczny upoważnione przez podmiot tworzący placówkę medyczną, członków zespołów kontroli zakażeń szpitalnych oraz osoby wykonujące zawód medyczny inne niż lekarze, pielęgniarki i położne w związku z procedurą uzyskiwania certyfikatów jakości, czyli np. fizjoterapeuci, diagnosty laboratoryjni, ratownicy medyczni.
- Oryginał dokumentacji medycznej będzie wydawany tylko na żądanie organów władzy publicznej i sądów oraz w sytuacji, gdy sporządzenie kopii mogłoby spowodować opóźnienie w udzieleniu świadczenia zdrowotnego, co zagrażałoby życiu lub zdrowiu pacjenta. Wypożyczający oryginał, poza potwierdzeniem odbioru, będzie zobowiązany do jego zwrotu niezwłocznie po wykorzystaniu. Również zdjęcia RTG wykonane na kliszy będą udostępniane za potwierdzeniem odbioru i mają być zwrócone po wykorzystaniu.
- Papierowa dokumentacja medyczna będzie udostępniana do wglądu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych (z możliwością sporządzania notatek lub zdjęć) oraz przez sporządzanie kopii, odpisów, wyciągów albo wydruków. Dokumentacja medyczna prowadzona w postaci elektronicznej ma być udostępniana za pośrednictwem komunikacji elektronicznej lub na informatycznym nośniku danych. Są to zmiany doprecyzowujące obowiązujące przepisy.
- Maksymalna opłata za sporządzenie jednej strony kopii dokumentacji medycznej ma wynosić 30 grosze (obecnie jest to ok. 84 grosze).
- Skierowanie na świadczenie medyczne (badanie), które nie zostało udzielone z powodu niezgłoszenia się pacjenta – ma być przechowywane przez 2 lata od końca roku kalendarzowego, w którym zostało wystawione.
- Dokumentacja medyczna przeznaczona do zniszczenia może być wydana pacjentowi, jego przedstawicielowi ustawowemu lub osobie przez niego upoważnionej.
- W przypadku śmierci osoby wykonującej praktykę medyczną podmiotem zobowiązanym do zabezpieczenia dokumentacji medycznej będzie

samorząd zawodowy, tj. okręgowa izba lekarska lub okręgowa izba pielęgniarek i położnych.

- W przypadku zakończenia działalności leczniczej przez podmiot leczniczy (np. z powodu likwidacji placówki) jego dokumentację medyczną przejmie podmiot leczniczy, który przejął jego zadania.
- Przewidziano kary finansowe dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, które nie dopełnią obowiązków w zakresie zabezpieczenia dokumentacji medycznej po zakończeniu działalności leczniczej. Dzięki temu dokumentacja medyczna powinna być bezpieczna.
- Doprecyzowano uprawnienia rzecznika praw pacjenta. Jednocześnie dodano przepis, który umożliwi pacjentowi złożenie skargi do sądu administracyjnego na rozstrzygnięcia rzecznika w sprawach indywidualnych.
- Usprawniono i ujednolicono postępowanie przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Na wojewodów nałożono obowiązek stałego (raz na kwartał) informowania ministra zdrowia i rzecznika praw pacjenta o pracach wojewódzkich komisji do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Małgorzata Sokulska

Przewodnicząca ORPiP

Poniższa publikacja przybliży główne założenia ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawa wchodzi w życie w dniu 16 sierpnia 2017 r.

1.Cel regulacji

Ustawa z 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych - dalej u.n.w.z.m. - ma, według jej twórców, stanowić systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do stopniowego niwelowania dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń zasadniczych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Unormowania te mają na celu ochronę interesu niewątpliwie wagi, tj. konstytucyjnie zagwarantowanego prawa

obywatela do ochrony zdrowia. Dla zapewnienia przez państwo realizacji tego uprawnienia niezbędne jest podejmowanie działań mających na celu nie tylko wykształcenie profesjonalnej kadry medycznej, ale również zachęcenie jej do podjęcia zatrudnienia w zawodzie w podmiotach leczniczych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” (fragment uzasadnienia do projektu ustawy).

2.Czego dotyczy ustawa?

Ustawa określa zasady ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, przy uwzględnieniu rodzaju wykonywanej pracy oraz sposobu osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Przy czym najniższe wynagrodzenie zasadnicze w rozumieniu ustawy oznacza najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7 u.n.w.z.m.

3.Kogo obejmie ustawa?

Regulacje wskazanej ustawy dotyczą pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Podmiot leczniczy to podmiot, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.d.l. - zaś pracownikiem wykonującym zawód medyczny według ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest:

- osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., która jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym,

- osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, która bierze bezpośredni udział w wykonywaniu zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej polegających na sprawowaniu zapobiegawczego i bieżącego nadzoru sanitarnego, prowadzeniu działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i innych chorób powodowanych warunkami środowiska oraz na prowadzeniu działalności oświatowo-zdrowotnej.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.d.l., osobą wykonującą zawód medyczny

jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. „Pojęcie „wykonywanie zawodu medycznego” odnosi się do osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje. Przez kwalifikacje należy rozumieć zasób wiedzy i umiejętności wymaganych do udzielania świadczeń zdrowotnych” (zob. A. Kolosa, Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy, PiZS 2000, nr 7-8, s. 54). Pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje osoby wykonujące zawody, których status jest określony ustawowo, jak i zawody, które nie mają na gruncie obowiązującego prawa takiego uregulowania (M. Dercz, Komentarz do art. 2 ustawy o działalności leczniczej, LEX 2014).

Jak podkreśla Urszula Walasek-Walczak (Komentarz do art. 2 ustawy o działalności leczniczej, LexisNexis, 2013), przez osobę wykonującą zawód medyczny należy rozumieć osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Ustawa wspomina też o pracownikach niemedycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych w ramach stosunku pracy, nakazując w art. 5 u.n.w.z.m., iż w zawartym porozumieniu albo zarządzeniu wydanym przez kierownika podmiotu leczniczego lub podmiot tworzący, określa się również zasady podwyższania wynagrodzenia wyżej wymienionych osób w taki sposób, aby wynagrodzenie to odpowiadało w szczególności rodzajowi wykonywanej przez nie pracy i kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniało ilość i jakość świadczonej pracy. Jednakże brak tu konkretnych (kwotowo lub procentowo określonych) zobowiązań nałożonych na pracodawcę w zakresie podwyżek płac tej grupy pracowników. Ustawowy obowiązek dotyczy jedynie ustalenia zasad podwyżek wynagrodzeń pracowników niemedycznych w oparciu o wyżej wymienione kryteria.

4.Zasady podwyższania wynagrodzenia

Od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w art. 3 ust. 1 u.n.w.z.m. na dzień 31 grudnia 2021 r.

Docelowo, począwszy od dnia 1 stycznia 2022 r., kwotę bazową stanowić będzie przeciętne wynagrodzenie miesięczne w rozumieniu art. 1 pkt 3a ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę - dalej u.m.w.p., w poprzednim roku. A zatem najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone będzie jako iloczyn współczynnika pracy dla danej grupy zawodowej określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętne wynagrodzenia w rozumieniu art. 1 pkt 3a u.m.w.p. w roku poprzedzającym ustalenie. Najniższe wynagrodzenie zasadnicze będzie przysługiwało pracownikowi wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w pełnym wymiarze czasu pracy. Pracownikowi zatrudnionemu w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze będzie przysługiwało w wysokości proporcjonalnej do wymiaru czasu pracy określonego w umowie o pracę.

Jak podkreślają autorzy projektu, w odróżnieniu od ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, **projektowana ustawa określa najniższy poziom miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego, to znaczy podstawowego wynagrodzenia brutto, określonego w umowie o pracę, bez dodatkowych składników (dodatków) do wynagrodzenia oraz innych świadczeń związanych z pracą.** Pełne wynagrodzenie pracownika, wykonującego zawód medyczny i zatrudnionego w podmiocie leczniczym, obejmujące także ewentualne dodatki do wynagrodzenia (np. z tytułu pełnienia dyżurów medycznych), nie będzie się zatem ograniczać do kwoty najniższego wynagrodzenia ustalonego zgodnie z projektowaną ustawą i może być od niego wyższe.

5.Okres przejściowy

Ustawa zakłada, że docelowa wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego miałyby zostać osiągnięta dopiero po upływie wskazanego w ustawie okresu przejściowego.

W okresie przejściowym (tj. do

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

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

Sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”; podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

Porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja, a jeśli porozumienie nie zostanie zawarte w tym terminie, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia:

- kierownik podmiotu leczniczego,
- podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 u.n.w.z.m. w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 u.d.z.l.

Stosownie do treści art. 3 ust. 5 u.n.w.z.m., ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego musi zapewniać proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:

- na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniż-

szym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

- na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

- na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

- na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

- na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

Stosownie do treści art. 3 ust. 3 u.n.w.z.m., ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych- dalej u.s.o.z.

Zgodnie z uzasadnieniem do projektu przedmiotowej ustawy: „Ustalony w toku negocjacji sposób podwyższenia wynagrodzenia powinien zapewniać proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia. Ponadto sposób podwyższania wynagrodzenia osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 u.s.o.z. Wykonując ustawę w przypadku pie-

lęgniarek i położnych, pracodawca zobowiązany będzie do zaliczenia do wynagrodzenia zasadniczego tej części wzrostu wynagrodzenia pielęgniarki lub położnej, która stanowiłaby dopełnienie do wysokości najniższego wynagrodzenia zasadniczego określonego w ustawie. W pozostałej części decyzja o formie podwyższenia wynagrodzenia pielęgniarek i położnych podejmowana byłaby na zmienionych zasadach.”

W porozumieniu zawartym z pracownikami, lub w zarządzeniu powinny być określone również zasady podwyższania wynagrodzeń osób zatrudnionych w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, niewykonujących zawodu medycznego.

6.Obowiązki podmiotów leczniczych

Podmioty lecznicze będą zobowiązane do podwyższania wynagrodzeń pracowników objętych ustawą, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Kontrolę wykonywania ww. obowiązku przeprowadzać będzie:

1) podmiot tworzący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 u.d.z.l. na zasadach określonych w tej ustawie;

2) Państwowa Inspekcja Pracy na zasadach określonych w ustawie z dnia 13 kwietnia 2007 r. o Państwowej Inspekcji Pracy.



7. Grupy zawodowe

Zgodnie z przedmiotową ustawą wysokość najniższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym na poszczególnych kategoriach stanowisk pracy będzie uzależniona od rodzaju wykonywanej pracy oraz kwalifikacji wymaganych przy jej wykonywaniu.

Ustawa zakłada podział pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na **10 grup zawodowych**, które określone zostały w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia wymaganego od danego pracownika oraz dodatkowo posiadanej przez niego specjalizacji, w następujący sposób:

1. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;

2. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny;

3. Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji;

4. Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta;

5. Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji;

6. Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji;

7. Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją;

8. Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją.

9. Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji.

10. Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-9, wymagający średniego wykształcenia.

8. Współczynnik pracy

Współczynnik pracy dla poszczególnych grup zawodów medycznych kształtuje się następująco:

Lp.	Grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku	Współczynnik pracy
1	2	3
1.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny	1,27
2.	Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny	1,17
3.	Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji	1,05
4.	Lekarz stażysta albo lekarz dentysta stażysta	0,73
5.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji	1,05
6.	Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji	0,73
7.	Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją	1,05
8.	Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją	0,73
9.	Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji	0,64
10.	Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-9, wymagający średniego wykształcenia	0,64

9. Przepisy ustawy nie wyłączają stosowania przepisów Kodeksu pracy

Jak podkreślają autorzy projektu, przepisy ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie wyłączają stosowania przepisów ogólnych ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy dotyczących zasad ustalania wynagrodzenia. Określenie w ustawie zasady ustalania najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz wzajemnych relacji pomiędzy wynagrodzeniami dla poszczególnych kategorii zawodowych pracowników medycznych, nie stoi w sprzeczności z przepisami

Kodeksu pracy normującymi zasady ustalania wynagrodzenia za pracę, w tym zakłada możliwość różnicowania wysokości wynagrodzeń poszczególnych pracowników w zależności od posiadanego doświadczenia zawodowego, stażu pracy, dodatkowych kwalifikacji itp.

W Sejmie procedowany jest też obywatelski projekt o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, który przewiduje m.in. wzrost płac w ochronie zdrowia w ten sposób, aby 1 lipca 2019 r. osiągnęły one poziom właściwy dla danej grupy zawodowej. Aktualnie przedmiotowym projektem zajmują się dwie sejmowe komisje - Zdrowia i Finansów Publicznych. **Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA**

Pytania i odpowiedzi dotyczące stosowania ustawy

Do której grupy zawodowej należy zakwalifikować pielęgniarkę z tytułem licencjata w dziedzinie pielęgniarstwa uwzględniając zapisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych?

Odpowiedź

Przepisy ustawy z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych – dalej u.s.u.n. w załączniku określającym współczynnik pracy odnoszą się nie do kwalifikacji 'posiadanych' przez pracownika, lecz do kwalifikacji 'wymaganych' na danym stanowisku. Zakładając więc jedynie, że chodzi tu o zatrudnienie na stanowisku wymagającym takiego właśnie wykształcenia, jakie pielęgniarka posiada, czyli licencjatu, oraz że pielęgniarka ta nie posiada specjalizacji, na gruncie przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, oznacza to przypisanie do współczynnika 0,73 (pkt 6 „farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji – pkt 6 tabeli).

Przepisy ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych w załączniku określającym współczynnik pracy odnoszą się nie do kwalifikacji 'posiadanych' przez pracownika, lecz do kwalifikacji 'wymaganych' na danym stanowisku. Zasadnicze znaczenie w świetle treści załącznika ma więc to jakie kwalifikacje na danym stanowisku wynikają bądź to bezpośrednio z przepisów prawa bądź to z wymagań postawionych przez pracodawcę. Posiadanie przez pracownika kwalifikacji wyższych niż wymagane pozostaje kwestią neutralną, a więc nie wpływającą na zakwalifikowanie do określonej grupy zawodowej wymienionej w załączniku.

Biorąc pod uwagę same tylko przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, przewiduje ono zarówno stanowiska pielęgniarskie, na których wymagane jest wykształcenie wyższe magisterskie, jak i takie, na których wystarczającą jest licencjat z pielęgniarstwa, ale i stanowiska, na których wystarczające jest wykształcenie średnie. Rozporządzenie to odnosi się jednak wyłącznie do podmiotów niebędących przedsiębiorcami, co oznacza, iż w podmiocie leczniczym będącym przedsiębiorcą dla zatrudnienia na danym stanowisku mogą być stawiane wyższe wymagania. Zakładam więc jedynie, że chodzi o zatrudnienie na stanowisku wymagającym takiego właśnie wykształcenia, jakie pielęgniarka posiada, czyli licencjatu, oraz że pielęgniarka ta nie posiada specjalizacji.

Tytuł licencjata to zaś tytuł uzyskany na podstawie ustawy z dnia 27.07.2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym. Przepisy tej ustawy edukację zakończoną uzyskaniem tytułu licencjata kwalifikują jako studia wyższe pierwszego stopnia – art. 2 ust. 1 pkt 5 i pkt 18f. Tym samym osoba posiadająca tytuł licencjata posiada wykształcenie wyższe w rozumieniu przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Na gruncie przepisów ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oznacza to przypisanie do współczynnika 0,73 (pkt 6 „farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1–5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji – pkt 6 tabeli).

Iwona Kaczorowska-Kossowska

Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Czy podmiot wykonujący działalność leczniczą, której formą organizacyjno-prawną jest spółka komandytowa obowiązuje przestrzeganie ustawy z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych?

Odpowiedź

Podmiot wykonujący działalność leczniczą w formie spółki komandytowej jest objęty zakresem ustawy z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i jest obowiązany do jej przestrzegania.

Ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych – dalej u.n.w.z., określa sposób ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy, oraz sposób osiągania najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Podmiotem leczniczym w rozumieniu art. 2 pkt 2 u.n.w.z. jest podmiot leczniczy, o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.dz.l., który to stanowi, iż podmiotami leczniczymi są:

1) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2.07.2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej - dalej u.s.d.g. we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej;

2) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej;

3) jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

4) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30.04.2010 r. o instytutach badawczych (Dz.U. z 2016 r. poz. 371, 1079 i 1311);

5) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej;

5a) posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne stowarzyszeń, o których mowa w pkt 5;

6) osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania;

7) jednostki wojskowe

- w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z kolei zgodnie z art. 4 u.s.d.g., przedsiębiorcą jest osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna, niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną - wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą. Za przedsiębiorców uważa się także wspólników spółki cywilnej w zakresie wykonywanej przez nich działalności gospodarczej. Zatem spółka komandytowa jako przedsiębiorca jest objęta zakresem ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i obowiązana jest stosować jej przepisy.

Autor odpowiedzi: Kwiatkowska Monika 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Zgodnie z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych, ustawodawca wskazał, iż średni wzrost wynagrodzenia w poszczególnych latach wynosi w 2017 r. co najmniej 10%, w 2018 r. co najmniej 20% aż do 2021 roku, co daje łącznie 90%. A jak rozumieć pozostałe 10%?

Odpowiedź

Ustawodawca w art. 3 ustawy z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasad-

niczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych ustalił sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny, wskazując procentowo wysokość tego podwyższenia: odpowiednio: 10%, 20%, 20%, 20% i 20%. Nie odniósł się do „pozostałych” 10%.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych - dalej u.n.w.z., do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy, zwanego dalej „porozumieniem”;

2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów;

3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja;

4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt 3, sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia, zwanego dalej „zarządzeniem”:

a) kierownik podmiotu leczniczego,

b) podmiot tworzący, o którym mowa w art. 4 pkt 1 – w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych, o któ-

rych mowa w art. 4 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej;

5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:

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

b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,

e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

Pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w niepełnym wymiarze czasu pracy najniższe wynagrodzenie zasadnicze oblicza się proporcjonalnie do wymiaru czasu pracy określonego w ramach stosunku pracy. Ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględnia wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany na podstawie przepisów wydanych

na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - art. 3 ust. 4 u.n.w.z.

Stosownie do treści art. 3 ust. 4 u.n.w.z., od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 na dzień 31.12.2021 r.

W rozumieniu art. 2 u.n.w.z., najniższe wynagrodzenie zasadnicze oznacza najniższe miesięczne wynagrodzenie zasadnicze przysługujące pracownikowi wykonującemu zawód medyczny w podmiocie leczniczym, obliczone w sposób określony w art. 3 albo art. 7 u.n.w.z. Zgodnie z art. 7 u.n.w.z., do dnia 31 grudnia 2019 r. najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3900 zł brutto.

Reasumując, ustawodawca w art. 3 u.n.w.z. ustalił sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny, wskazując procentowo wysokość tego podwyższenia: odpowiednio: 10%, 20%, 20%, 20% i 20%. Nie odniósł się do „pozostałych” 10%.
Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Jaki współczynnik pracy należy zastosować zgodnie z ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagradzania zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej dla pracowników zatrudnionych na stanowisku asystenta? Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej, dla asystenta wymagane wykształcenie to: „specjalizacja w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej”. Czy pracownik zatrudniony na tym stanowisku nieposiadający specjalizacji, ale mający dodatkowe kwalifikacje (które uznane są przez pracodawcę) powinien być objęty współczynnikiem 1,05?

Odpowiedź

Skoro ustawa opiera się na kryterium „kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku”, a na stanowisku asystenta wymagane jest wykształcenie wyższe plus specjalizacja, to można zastosować współczynnik 1,05 korzystniejszy dla pracownika.

Ustawa z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych - dalej u.n.w.z. zakłada podział pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych na 10 grup zawodowych, podzielonych według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku, w następujący sposób:

1. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację drugiego stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.
2. Lekarz albo lekarz dentysta, który uzyskał specjalizację pierwszego stopnia w określonej dziedzinie medycyny.
3. Lekarz albo lekarz dentysta, bez specjalizacji.
4. Lekarz stażysta albo lekarz denty sta stażysta.
5. Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-4, wymagający wyższego wykształcenia i specjalizacji.
6. Farmaceuta, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1-5, wymagający wyższego wykształcenia, bez specjalizacji.
7. Pielęgniarka lub położna z tytułem magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, ze specjalizacją.
8. Pielęgniarka albo położna, ze specjalizacją.
9. Pielęgniarka albo położna, bez specjalizacji.
10. Fizjoterapeuta albo inny pracownik wykonujący zawód medyczny inny niż określony w lp. 1, wymagający średniego wykształcenia.

W rozumieniu ustawy pracownikiem wykonującym zawód medyczny jest osoba wykonująca zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.dz.l., która

jest zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 u.dz.l., osobą wykonującą zawód medyczny jest osoba uprawniona na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonej dziedzinie medycyny. Świadczeniami zdrowotnymi są natomiast działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywa się w ramach szeroko rozumianej ochrony zdrowia. „Pojęcie „wykonywanie zawodu medycznego” odnosi się do osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje. Przez kwalifikacje należy rozumieć zasób wiedzy i umiejętności wymaganych do udzielania świadczeń zdrowotnych” (zob. A. Kolosa, Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy, PiZS 2000, nr 7-8, s. 54). Pojęcie osoby wykonującej zawód medyczny obejmuje osoby wykonujące zawody, których status jest określony ustawowo, jak i zawody, które nie mają na gruncie obowiązującego prawa takiego uregulowania (M. Dercz, Komentarz do art. 2 ustawy o działalności leczniczej, LEX 2014). W uzasadnieniu do projektu ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych czytamy, iż wysokość najniższego wynagrodzenia zasadniczego przysługującego pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym na poszczególnych kategoriach stanowisk pracy będzie uzależniona od poziomu wykształcenia wymagane na stanowisku pracy, na którym zatrudniony jest dany pracownik (wykształcenie na poziomie wyższym, średnim, posiadanie specjalizacji). Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej, osoba zatrudniona na stanowisku asystenta w stacji sanitarno-epidemiologicznej musi legitymować się wyższym wykształceniem oraz posiadać specjalizację w dziedzinach medycyny mających zastosowanie w realizacji zadań Państwowej

Inspekcji Sanitarnej lub dodatkowe kwalifikacje mające zastosowanie w realizacji zadań Państwowej Inspekcji Sanitarnej. Nadto zgodnie z § 2 ww. rozporządzenia, pracownik, który nie posiada kwalifikacji wymaganych dla stanowiska zajmowanego przez niego w dniu wejścia w życie rozporządzenia, może być nadal zatrudniony na tym stanowisku.

Zatem skoro ustawa opiera się na kryterium „kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku” a na stanowisku asystenta wymagane jest wykształcenie wyższe plus specjalizacja, to można zastosować współczynnik 1,05 korzystniejszy dla pracownika, który pracując na ww. stanowisku faktycznie specjalizacji nie posiada. Jednakże z uwagi na to, iż mamy do czynienia z nową regulacją wskazane byłoby zwrócenie się o jednoznaczną interpretację do Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej kwestii.

Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Czy deklaracja wyboru lekarza/pielęgniarki POZ stanowi dokumentację medyczną?

Deklaracje wyboru do lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) nie stanowią dokumentacji medycznej i z założenia stanowią podstawę dokonywania rozliczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**Agnieszka Pietraszewska-Macheta
Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA**

Czy można zawrzeć z pielęgniarką umowę cywilnoprawną na dyżury medyczne w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, jeśli jest ona także zatrudniona na podstawie umowy o pracę w tym podmiocie w ramach oddziału szpitalnego?

Zawarcie z pielęgniarką umowy cywilnoprawnej na dyżury medyczne w zakresie udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, która jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę w oddziale szpitalnym, w tym samym podmiocie leczniczym stanowi naruszenie przepisów prawa o czasie pracy w godzinach nadliczbowych oraz przepisów dotyczących składek na ubezpieczenie społeczne.

**Iwona Choromańska
Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA**

Sieć szpitali a ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Ustawa z 23.03.2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - dalej u.z.u.ś.o. - wprowadziła do polskiego systemu publicznej opieki zdrowotnej instytucję systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej PSZ), w ramach którego dokonano kwalifikacji szpitali do poziomów szpitali I stopnia, szpitali II stopnia, szpitali III stopnia, szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych, szpitali pediatrycznych oraz szpitali ogólnopolskich. Sam system zapewnić ma świadczeniodawcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń wyspecjalizowanych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. Co istotne, zgodnie z przepisami art. 2 ust. 4-5 u.z.u.ś.o., w dniu 27 czerwca 2017 roku dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosili wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujące wskazanie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa oraz wskazanie, dla każdego ze świadczeniodawców odrębnie, wszystkich profili systemu zabezpieczenia, zakresów oraz rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Pierwszy wykaz obowiązywał będzie od dnia 1 października 2017 roku do dnia 30 czerwca 2021 roku.

**Artur Paszkowski
Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA**

Elektroniczna dokumentacja medyczna /EDM/ jednak od 2019 r.

25 sierpnia 2017 r. weszły w życie przepisy ustawy zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia, która przesunęła m.in. termin obowiązków prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej

z 1 stycznia 2018 r. na 1 stycznia 2019 r.

Ponadto w ustawie znalazły się przepisy umożliwiające prowadzenie rejestrów medycznych przez większą liczbę podmiotów niż dotychczas. Utworzenie rejestru medycznego będzie możliwe: na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, Narodowego Funduszu Zdrowia, bądź innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Określa również, że administratorem danych gromadzonych w rejestrach medycznych będzie podmiot prowadzący rejestr medyczny (nie, jak dotychczas, minister właściwy do spraw zdrowia). Ustawa doprecyzowuje przepisy dotyczące finansowania oraz dofinansowania prowadzenia rejestrów medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wskazuje ona, iż finansowanie i dofinansowanie utworzenia i prowadzenia rejestru może następować w ramach środków przeznaczonych na finansowanie programu polityki zdrowotnej lub w ramach dotacji celowej udzielonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Ponadto ustawa ustanawia obowiązek nieodpłatnego przekazywania danych z rejestrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, w sposób uniemożliwiający identyfikację osoby, której dotyczą dane, oraz przekazywania danych statystycznych, w terminie i formie wskazanej przez ministra. Przedmiotowa ustawa zmienia również określone ustawowo terminy w związku z przesunięciem terminu realizacji Projektu P1 „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”.

Dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2018 r. Recepty mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2019 r. Skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.

Ustawa wprowadza także zmiany w ustawie z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (przesunięcie terminu dotyczącego określonego zakresu danych zamieszczanych w karcie urodzenia, karcie martwego urodzenia, karcie zgonu, a także przekazywania karty urodzenia i karty martwego urodzenia kierownikowi urzędu stanu cywilnego

go w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, z dnia 1 stycznia 2018 r. na dzień 1 stycznia 2023 r.) oraz ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (uwzględnienie Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych w katalogu podmiotów, którym dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych, za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, przekazuje wyniki Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Diagnostów Laboratoryjnych).

Ustawa weszła w życie 25.08.2017 r. Jednakże przepisy nowelizujące ustawę z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego wejdą w życie z dniem 15 grudnia 2017 r., a przepisy nowelizujące ustawę z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej – z dniem 1 maja 2018 r.

Ustawa z dnia 20.07.2017. r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw została ogłoszona w Dzienniku Ustaw pod poz. 1524.

Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Od 25 lipca 2017 r. ratownicy medyczni będą mogli samodzielnie podawać koncentraty czynników krzepnięcia oraz desmopresynę w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego z zębów własnych chorego. Powyższa zmiana ma poprawić bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów z wrodzonymi skazami krwotocznymi.

Za wprowadzeniem uprawnienia do podawania koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny przez ratowników medycznych opowiadały się towarzystwa naukowe i stowarzyszenia zrzeszające osoby chore na hemofilię, w szczególności Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię oraz Stowarzyszenie Chorych na Wrodzone Skazy Krwotoczne. Ratownicy medyczni będą mogli podawać wskazane produkty lecznicze pacjentom z wrodzonymi skazami krwotocznymi, u których występuje podejrzenie czynnego krwawienia, jedynie w warunkach pozaszpitalnych. W szpitalu o podawaniu leków decydować będzie lekarz.

Opublikowano wykaz dziedzin ochrony zdrowia, w których można uzyskać tytuł specjalisty

W dniu 25 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia określające wykaz dziedzin

ochrony zdrowia, w których można uzyskać tytuł specjalisty, oznaczenia kodowe tytułów specjalisty w poszczególnych dziedzinach ochrony zdrowia, a także kierunki studiów, po ukończeniu których można przystąpić do szkolenia specjalizacyjnego.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 13.06.2017 r. w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia określa, iż wskazanymi dziedzinami, w których możliwe jest uzyskiwanie tytułu specjalisty, są:

- 1) epidemiologia;
- 2) fizyka medyczna;
- 3) inżynieria medyczna;
- 4) neurologopedia;
- 5) promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
- 6) psychologia kliniczna;
- 7) zdrowie publiczne;
- 8) zdrowie środowiskowe;
- 9) mikrobiologia;
- 10) toksykologia;
- 11) przemysł farmaceutyczny;
- 12) radiofarmacja;
- 13) surdologopedia;
- 14) psychoseksuologia;
- 15) embriologia kliniczna.

Rozporządzenie określa również szczegółowy zakres danych dotyczących przebiegu szkolenia specjalizacyjnego zawartych w elektronicznej karcie przebiegu szkolenia specjalizacyjnego, zwanej dalej „EKS”, wraz ze wskazaniem zakresu danych wprowadzanych do EKS przez osobę odbywającą szkolenie specjalizacyjne, kierownika specjalizacji, jednostkę szkolącą i wojewodę lub danych potwierdzanych w EKS przez te podmioty.

Jak należy rozumieć zapis rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej: świadczeniodawca przeznacza środki w taki sposób, aby zapewnić pielęgniarkom i położnym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz ze składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, zwane dalej wynagrodzeniami wraz z pochodnymi?

Odpowiedź

Przyjmując szeroki zakres pojęcia „wynagrodzenie” należy uznać, iż zarówno wymienione składniki wyna-

godzenia, jak i np. dodatek stażowy mieszczą się w zakresie wynagrodzenia w rozumieniu rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Możliwa jest też odmienna interpretacja ww. przepisu, zgodnie z którą definicja wynagrodzenia na potrzeby rozporządzenia zawiera w sobie wynagrodzenie zasadnicze oraz tylko wymienione w przepisie wybrane składniki wynagrodzenia.

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – dalej r.z.w.u., dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, jest obowiązany w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, do przedstawienia świadczeniodawcom, którzy przekazali do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, informację, o której mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia zmieniającego w § 1 (tj. informację, według stanu na dzień ogłoszenia rozporządzenia, o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących, u tego świadczeniodawcy, zawód i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, w przeliczeniu na liczbę etatów, realizujących te świadczenia), zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmującej:

1) wysokość dodatkowych środków na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.;

2) postanowienia o zwrocie środków określonych w pkt 1, w przypadku ich nieprzeznaczenia w sposób, o którym mowa w ust. 2, i karze umownej w wysokości do 5% tych środków.

Zgodnie z ust. 2 tego paragrafu, środki, o których mowa w ust. 1 pkt 1, świadczeniodawca przeznacza w taki sposób, aby zapewnić pielęgniarkom i położnym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia, w tym dodatek za pracę w porze nocnej i dodatek za pracę w niedzielę i święta niebędące dla pracownika dniami pracy wraz z składkami na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy, zwane dalej „wynagrodzeniami wraz z pochodnymi”, o:

1) 100 zł w okresie od dnia 1 września 2015 r. do dnia 30 czerwca 2016 r.,

2) 400 zł w okresie od dnia 1 lipca 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2016 r.

- w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej.

Dodatek stażowy, jak i premia regulaminowa stanowią składniki wynagrodzenia.

Nadto w treści porozumienia zawartego w dniu 23.09.2015 r. w Warszawie pomiędzy ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia - poprzedzającego i inicjującego wydanie rozporządzenia - przewidziano średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz ze wszystkimi innymi składnikami i pochodnymi uwzględniając w nich dodatek stażowy, dodatek za pracę w porze nocnej, dodatek świąteczny, składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy.

Zatem przyjmując szeroki zakres pojęcia „wynagrodzenie” należy uznać, iż zarówno wymienione składniki wynagrodzenia, jak i np. dodatek stażowy mieszczą się w zakresie wynagrodzenia w rozumieniu rozporządzenia. Możliwa jest też odmienna interpretacja ww. przepisu, zgodnie z którą definicja wynagrodzenia na potrzeby rozporządzenia zawiera w sobie wynagrodzenie zasadnicze oraz tylko wymienione w przepisie wybrane składniki wynagrodzenia.

Monika Kwiatkowska
Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Czy podmiot leczniczy (ZOL) może korzystać z leków przyniesionych przez pacjenta z domu w celu kontynuacji leczenia danego pacjenta? Jak należy to zrobić zgodnie z obowiązującym prawem?

Odpowiedź

Autorka dopuszcza stosowanie leków przyniesionych przez pacjenta, ale pod określonymi warunkami. Problem sygnalizowany pytaniem od zawsze stwarza autorce, jako praktykującemu radcy prawnemu, pewien kłopot. Nakładają się bowiem na siebie różne wymagania formalne. Są nimi:

1. warunki finansowania świadczeń ze strony NFZ, a szczególnie brak refundacji chorób współistniejących;

2. odpowiedzialność cywilna i karna za ordynację, w tym ordynację lekową;

3. wewnętrzne procedury, a wśród nich receptariusz;

4. przypadki szczególne, np. udział w programie lekowym, badaniu klinicznym, itp.

Autorka była w przeszłości zupełnie przeciwna stosowaniu leków przyniesionych przez pacjenta „z domu”. Pierwsza trudność polegała w ocenie autorki na niemożności stwierdzenia właściwości leku, które mogą zależeć od warunków przechowywania. Na marginesie godzi się wskazać, że na tym polega ratio legis zakazu zwrotu leków do aptek ogólnodostępnych. Pogląd ten autorka zmodyfikowała, nieco wbrew własnemu przekonaniu, w oparciu o fakt, że np. procedury akredytacyjne oraz procedury ISO „mają” takie procedury cząstkowe. Autorka dopuszcza stosowanie leków przyniesionych przez pacjenta, ale pod określonymi warunkami. I tak należy przyjąć leki protokołem. W protokole należy zweryfikować datę przydatności, stan opakowania, liczbę dawek. Za konieczny element uznać należy dokumentację potwierdzającą zalecenie (karta informacyjna, informacja od lekarza prowadzącego). Prawo powszechne nie reguluje korzystania z leków przyniesionych przez pacjenta, zatem wszystko co można zrobić to zadbać o najlepszą z możliwych weryfikację leków i podstaw ich stosowania. W zakresie podstawy prawnej wskazać można na art. 35 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym świadczeniobiorcy przyjętemu do szpitala lub innego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz przy wykonywaniu zabiegów leczniczych i pielęgnacyjnych, diagnostycznych i rehabilitacyjnych przez podmioty uprawnione do udzielania świadczeń, a także przy udzielaniu przez te podmioty pomocy w stanach nagłych, zapewnia się bezpłatnie leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne, jeżeli są one konieczne do wykonania świadczenia. Autorka osobiście nie podziela takiego poglądu i uznaje, że pacjent winien dostać w szpitalu czy innej placówce leczniczej o charakterze całodobowym wszystkie niezbędne mu leki, ale z uwagi na ustabilizo-

wany pogląd prawny i praktykę takie procedury uznaje się za dopuszczalne.

Agnieszka Sieńko Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Czy pielęgniarka gabinetu lekarza medycyny pracy po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących może wypisywać skierowania do specjalistów?

Odpowiedź

Pielęgniarka gabinetu lekarza medycyny pracy po ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących dla pielęgniarek nie może wypisywać skierowań do specjalistów.

Zadania służby medycyny pracy określone zostały w ustawie z dnia 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy - dalej u.s.m.p., oraz w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie delegacji ustawowej zawartej w ustawie.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 u.s.m.p. zadania służby medycyny pracy wykonują: lekarze, pielęgniarki, psychologzy i inne osoby o kwalifikacjach zawodowych niezbędnych do wykonywania wielodyscyplinarnych zadań tej służby.

Program kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących dla pielęgniarek, który został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 19.08.2015 r., wśród kompetencji w zakresie umiejętności pod poz. U 81 wskazuje, że pielęgniarka powinna posiadać umiejętność przygotowania pracującego podopiecznego jedynie do badań dodatkowych i pomocniczych. Zarówno w programie ww. kursu kwalifikacyjnego, jak też programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących dla pielęgniarek, który został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia również w dniu 19.08.2015 r. nie zawarto kompetencji dla pielęgniarki do wystawiania skierowania do specjalistów.

Artykuł 2 ust. 1 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty - dalej u.z.l.d. stanowi, że wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapo-

bieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Artykuł 37 u.z.l.i.d. uprawnia lekarza do zasięgania opinii u innego właściwego lekarza specjalisty. W związku z powyższym, skierowania do specjalistów winny być wypisywane przez lekarza medycyny pracy.

Iwona Choromańska

Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

SP ZOZ zatrudnia pielęgniarki pracujące w liceum. Organem prowadzącym liceum i organem założycielskim jest powiat. Dyrektor liceum odmawia udostępnienia pielęgniarkom list uczniów wraz z numerami PESEL, twierdząc, że są to dane osobowe, a pielęgniarki nie są pracownikami szkoły. Dane te są niezbędne w celu prowadzenia dokumentacji medycznej. Czy pielęgniarki mają prawo do dostępu do list uczniów?

Odpowiedź

W opisanym stanie faktycznym pielęgniarki mają prawo dostępu do list uczniów.

Nie ulega wątpliwości, iż w przypadku opisanym w pytaniu, kiedy prawo dostępu ma dotyczyć list uczniów liceum, które zawierają, między innymi, ich numery PESEL, mamy do czynienia z tzw. zwykłymi danymi osobowymi. Tym samym w zakresie ich przetwarzania należy zastosować art. 23 ustawy z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych - dalej u.o.d.o. Zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 u.o.d.o., przetwarzanie danych jest dopuszczalne między innymi wtedy, gdy jest to niezbędne dla zrealizowania uprawnień lub spełnienia obowiązku wynikającego z przepisu prawa. Jak wynika z art. 25 ustawy z 6.11.2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dokumentacja medyczna pacjenta, obok danych takich jak np. imię i nazwisko, obejmuje również numer PESEL pacjenta, jeśli został nadany. Oznacza to zatem, iż pielęgniarki mają tutaj pełne prawo uzyskania list uczniów i przetwarzania danych osobowych w nich zawartych w celu realizacji swoich obowiązków.

Łokaj Maciej

Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Jaka jest maksymalna ilość godzin pracy pielęgniarki lub lekarza na

miesiąc przy klauzuli opt-out?

Jaka jest maksymalna tygodniowa ilość godzin pracy pielęgniarki lub lekarza przy klauzuli opt-out?

Odpowiedź

Maksymalna tygodniowa liczba godzin pracy pielęgniarki lub lekarza przy klauzuli opt-out wynosi 78 godzin, maksymalna liczba godzin pracy w ciągu 4 tygodni w ramach klauzuli opt-out będzie wynosiła zatem 312 godzin.

Zgodnie z art. 95 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej - dalej u.d.z.l., pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego.

Czas pełnienia dyżuru medycznego wlicza się do czasu pracy. Praca w ramach pełnienia dyżuru medycznego może być planowana również w zakresie, w jakim przekraczała będzie 37 godzin 55 minut na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Powyższą regulację należy interpretować łącznie z treścią art. 96 u.d.z.l., zgodnie z którym pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1 u.d.z.l., mogą być, po wyrażeniu na to zgody na piśmie (tzw. klauzula opt-out), zobowiązani do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Klauzula opt-out to pisemne oświadczenie pracownika dyżurującego (najczęściej dotyczy to lekarza) o wyrażeniu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym. Przy zastosowaniu klauzuli opt-out mamy do czynienia z wydłużonym czasem pracy. W takim przypadku - dobowy wymiar czasu pracy nie może przekraczać 12 godz., zaś tygodniowy wymiar czasu pracy może przekraczać przeciętnie 48 godz. w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w okresie rozliczeniowym nie dłuższym niż 4 miesiące.

Maksymalną przeciętną liczbę godzin pracy przy podpisaniu przez lekarza klauzuli opt-out, ustala się pomniejszając wszystkie kalendarzowe godziny w tygodniu o godziny odpoczynków dobowych i tygodniowego,

które muszą być lekarzowi udzielone w trakcie takiego tygodnia.

Według takiego wyliczenia: 6 dni pracy po 13 godzin = 78 godzin tygodniowo, ograniczenie do 13 godzin pracy na dobę wynika z prawa pracownika do 11-godzinnego odpoczynku dobowego. Po wyliczeniu, maksymalna liczba godzin pracy w ciągu 4 tygodni w ramach klauzuli opt-out będzie wynosiła 312 godzin.

W opisywanej sytuacji nie stosuje się art. 151 § 3 ustawy z 26.06.1974 r. - Kodeks pracy, zgodnie z którym liczba przepracowanych godzin nadliczbowych nie może przekroczyć dla poszczególnego pracownika 150 godzin w roku kalendarzowym.

Kwiatkowska Monika Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA

Jakie przepisy regulują obowiązek posiadania zestawu przeciwwstrząsowego w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych (szpital i przychodnia)?

Jaki sprzęt powinien być dostępny w tym zestawie?

Odpowiedź

W chwili obecnej zestaw przeciwwstrząsowy jest na gruncie przepisów prawa pojęciem obejmującym jedynie produkty lecznicze, zaś sprzęt którego posiadanie wymagane jest w zakresie niezbędnym dla udzielania świadczeń pierwszej pomocy określają przepisy właściwe dla danego rodzaju świadczeń, traktując go jako element zestawu pierwszej pomocy.

Zestaw przeciwwstrząsowy, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 stycznia 2011 r. w sprawie wykazu produktów leczniczych, które mogą być doraźnie dostarczane w związku z udzielanym świadczeniem zdrowotnym, oraz wykazu produktów leczniczych wchodzących w skład zestawów przeciwwstrząsowych, ratujących życie określony został jedynie poprzez wyszczególnienie produktów leczniczych, ponieważ podstawą prawną jego wydania jest art. 68 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (tekst jedn.: Dz. U. z 2016.2142 z późn. zm.) mówiący o obrocie detalicznym produktami leczniczymi.

Odpowiedzi na postawione pytanie można jednak doszukać się w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013

r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (j.t. Dz.U. 2016.86 z późn. zm.) - dalej r.ś.g., które w załączniku nr 1 cz. V pkt 4 r.ś.g. („Wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze”) jako wymagane określa zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, w skład którego wchodzi:

- a) rurka ustno-gardłowa,
- b) maska twarzowa,
- c) worek samorozprężalny,
- d) igły, wenflony,
- e) płyny infuzyjne i środki opatrunkowe (bandaż, gaza, gaziki),
- f) aparat do pomiaru ciśnienia krwi z kompletem mankietów dla dzieci i dorosłych i stetoskop oraz odrębnie zestaw przeciwwstrząsowy, w skład którego wchodzi wymienione produkty lecznicze.

Podobnie odrębne wskazania znajdujemy w przepisach § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych, który stanowi, iż w pracowniach w których są wykonywane badania z dożylnym podaniem środka kontrastowego, minimalne wyposażenie pomocnicze stanowi zestaw przeciwwstrząsowy oraz worek samorozprężalny (ambu) do prowadzenia sztucznej wentylacji podczas zabiegów ratowniczych.

W obecnym stanie prawnym brak natomiast przepisów odpowiadających rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej - dalej r.w.p., które utraciło moc z dniem 1 lipca 2012 r., a które w § 2 pkt 30 r.w.p. określało zawartość wymaganego na wyposażeniu praktyki lekarskiej zestawu pierwszej pomocy, w skład którego wchodzić miał zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe oraz aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop.

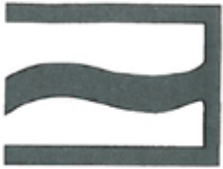
Tym samym w chwili obecnej zestaw przeciwwstrząsowy jest na gruncie przepisów prawa pojęciem obejmują-

cym jedynie produkty lecznicze, zaś sprzęt którego posiadanie wymagane jest w zakresie niezbędnym dla udzielania świadczeń pierwszej pomocy określają przepisy właściwe dla danego rodzaju świadczeń, traktując go jako element zestawu pierwszej pomocy.

Kaczorowska-Kossowska Iwona

Przedruk - 2017 Wolters Kluwer Polska SA





NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.198.2017

Warszawa, dnia 14 lipca 2017r.

17.09.17
Dziękuję

Pan
Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, zwracam się z uprzejmą prośbą o interpretację prawną niektórych zapisów rozporządzenia. Z uwagi na różniące się w tym zakresie opinie radców prawnych w podmiotach leczniczych, występujemy o jednoznaczną interpretację prawną z nadzieją, że otrzymana opinia będzie wiodąca we wszystkich postępowaniach konkursowych.

Wątpliwość budzi interpretacja zapisu § 12 ust. 1 pkt 2, czy w świetle obowiązującego prawa komisja konkursowa może dopuścić do postępowania, złożone w postaci kserokopii dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, kserokopie dokumentu potwierdzającego to prawo. Z pism, jakie kierowane są do biura NIPiP wynika, że stosuje się praktyki przeprowadzania głosowań przez komisję i dopuszczania do postępowania konkursowych kandydatów, którzy złożyli kserokopie dokumentów (a nie dokumenty zgodne z zapisami § 12 ust. 1 pkt 2). Ponadto prosimy o wykładnię, czy w związku ze stosowanymi praktykami wyniki konkursu mogą stanowić podstawę do unieważnienia postępowania konkursowych, jeśli § 8 ww. rozporządzenia określa, kto i kiedy może stwierdzić nieważność postępowania konkursowego.

Z wyrazami szacunku

Prezes NRPiP

Z Małasi

Zofia Małas

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu

Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 27-08-2017

r. ten
dr. Henryk
n p

DSP.0762.11.2017.AK



Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pismo z dnia 14 lipca 2017 r. (znak: NIPiP-NRPiP-DM.0025.198.2017) w sprawie wątpliwości interpretacyjnych dotyczących przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. poz. 182 oraz z 2016 r. poz. 1957), uprzejmie informuję co następuje.

W § 12 rozporządzenia wskazane zostały dokumenty jakie zobowiązani są złożyć kandydaci zgłaszający się do konkursu. Oprócz podania o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem, kandydat składa:

- dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
- inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata, przy czym kopie tych dokumentów, powinny być poświadczane za zgodność z oryginałem, poświadczenie może być dokonane przez samego kandydata; na prośbę właściwego podmiotu lub komisji konkursowej kandydat jest obowiązany przedstawić oryginały dokumentów;

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl



- w przypadku postępowania konkursowego na stanowisko kierownika - informację o kandydacie z Krajowego Rejestru Karnego opatrzoną datą nie wcześniejszą niż miesiąc przed dniem zgłoszenia do konkursu;
- oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska.

Zgodnie z zawartym w załączniku do rozporządzenia Ramowym regulaminem przeprowadzania konkursu, komisja konkursowa na posiedzeniu otwiera koperty z dokumentami kandydatów, zapoznaje się z dokumentami złożonymi przez kandydatów i po stwierdzeniu ich kompletności uznaje, czy w postępowaniu konkursowym uczestniczy wymagana liczba kandydatów (co najmniej dwóch). Zgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia, rozpatrzenie kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 12 rozporządzenia, skutkuje nieważnością postępowania.

Odnosząc się do wątpliwości czy w świetle § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia komisja konkursowa może dopuścić do postępowania, złożone w postaci kserokopii dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a w przypadku kandydatów na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, kserokopie dokumentu potwierdzającego to prawo, należy wyjaśnić, że za kompletne złożenie dokumentów może być uznana wyłącznie sytuacja, w której kandydat złożył oryginały dokumentów, o których mowa w § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia albo ich odpisy poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza. Skoro zatem zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia, kopie innych dokumentów, o których mowa w pkt 4, powinny być poświadczone za zgodność z oryginałem, co oznacza, że prawodawca wyraźnie dopuścił złożenie kopii dokumentów, to brak takiego wskazania w przypadku dokumentów stwierdzających kwalifikacje zawodowe, oznacza brak możliwości złożenia kserokopii dokumentów w takim przypadku.

Zgodnie z prawem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Zelazko

V. Warto wiedzieć

Informacje ze szkolenia prowadzonego przez mecenasa
Pawła Strzelca w dniu 20 września 2017 w OIPiP
w Radomiu

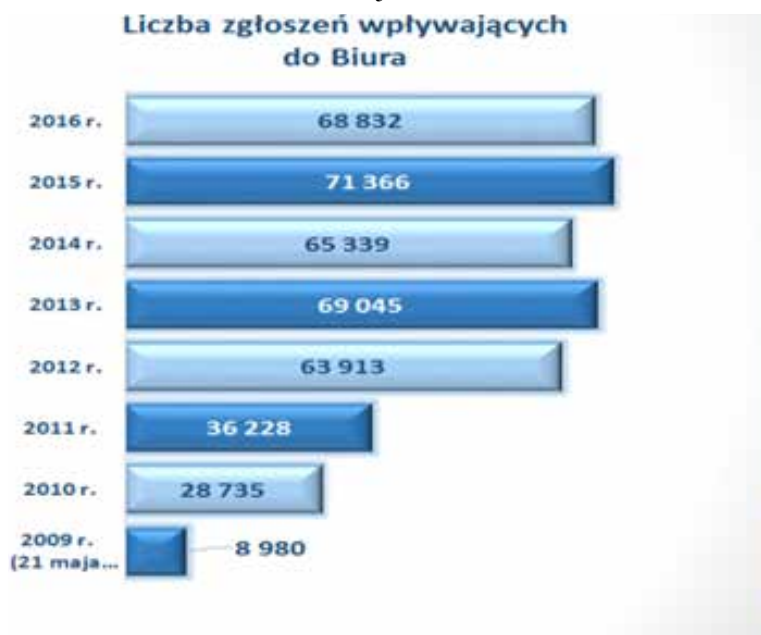
Uwagi o wybranych prawach pacjenta w praktyce
zawodowej pielęgniarstwa i położnej z uwzględnieniem
nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta

Główne prawa pacjenta

Pacjent ma prawo :

- do świadczeń zdrowotnych;
- do informacji;
- do tajemnicy informacji z nim związanych;
- do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza;
- do poszanowania intymności i godności pacjenta;
- do dokumentacji medycznej;
- do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego;
- do opieki duszpasterskiej;
- do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Na przestrzeni ostatnich lat obserwujemy istotny wzrost liczby skarg pacjentów związanych ze sferą naruszenia ich praw. Obrazuje to poniższa statystyka udostępniona przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.



11 maja 2017 r. weszła w życie nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Zmiany dotyczą przede wszystkim:

- prawa do informacji
- dostępu do dokumentacji medycznej oraz ochrony zawartych w dokumentacji danych osobowych

Prawo pacjenta do informacji

- Pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia.

- Pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Zgodnie z art. 16. Ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej) **pielęgniarka i położna są obowiązane:**

1) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i pogoju;

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta wskazuje, że wszystkie dotychczasowe prawa pacjenta w zakresie informacji, czyli prawa do:

- przystępnej informacji
- żądania nieudzielania ww. informacji o stanie zdrowia,
- wyrażenia swojego zdania nt. ww. informacji o stanie zdrowia

dotyczą już nie tylko lekarza, ale wszystkich osób wykonujących zawód medyczny (m.in. pielęgniarów i położnych). Zakres informacji przekazywanych pacjentowi jest uzależniony od udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz od uprawnień osoby wykonującej zawód medyczny.



Prawo pacjenta do dokumentacji medycznej

Art. 23 ust. 1. ustawy z dnia o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stanowi, iż **pacjent ma prawo do dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych. Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta.**

W przypadku kiedy pacjent ukończył 16 lat, winna być brana pod uwagę także jego wola w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej wspólnie z przedstawicielem ustawowym. Jeżeli pacjent małoletni nie zgadza się na upoważnienie wskazanej przez przedstawiciela osoby lub nie wyraża zgody na upoważnienie kogokolwiek, podmiot leczniczy nie może udostępnić informacji o stanie zdrowia pacjenta osobie trzeciej bez zgody sądu opiekuńczego.

Nowe podmioty, którym można udostępniać dokumentację medyczną pacjenta

Wspomniana nowela ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta rozszerzyła katalog podmiotów uprawnionych do dostępu do dokumentacji medycznej. Są nimi:

- Rzecznik Praw Pacjenta (w zakresie niezbędnym dla wykonywania przez ten podmiot swoich zadań),

- osoby wykonujące zawód medyczny, upoważnione do sprawowania nadzoru nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, np. SPZOZ lub jednostką budżetową (w zakresie niezbędnym dla sprawowania tego nadzoru),

- osoby wykonujące zawód medyczny, w związku z prowadzeniem procedury oceniającej placówkę medyczną na

podstawie przepisów o akredytacji albo procedury uzyskiwania innych certyfikatów jakości

- członkowie zespołów kontroli zakażeń szpitalnych

- osoby przygotowujące do wykonywania zawodu medycznego lub osobom wykonującym ten zawód i kształcącym się w podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych.

W ustawie doprecyzowano kwestię udostępniania dokumentacji do wglądu. Może to następować w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych lub w siedzibie placówki medycznej. Dodatkowo wprost wskazano, że osoby przeglądające dokumentację mają prawo do sporządzania notatek lub zdjęć.

Nadto dokonano zdefiniowania trzech pojęć:

Wyciąg - dokument zawierający wybrane informacje lub dane z całości dokumentacji medycznej.

Odpis - dokument wytworzony przez przepisanie całości tekstu z oryginału dokumentacji medycznej.

Kopia - dokument stanowiący kserokopię lub skan oryginału dokumentacji medycznej

Od 11 maja 2017 r. oryginał dokumentacji może być wydawany tylko wtedy, gdy zażąda tego organ władzy publicznej lub sąd powszechny. Pozostałe podmioty i osoby uprawnione (m.in. pacjenci i osoby przez nie upoważnione) mogą żądać udostępnienia oryginału dokumentacji tylko w sytuacji, w której sporządzenie kopii mogłoby spowodować zwłokę w udzieleniu świadczenia zdrowotnego zagrażającą życiu lub zdrowiu pacjenta. Papierowa dokumentacja medyczna może być udostępniana (jako skan) drogą elektroniczną lub na nośniku danych, jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny placówki medycznej. Każda placówka

może zatem samodzielnie podjąć decyzję, czy jej warunki techniczne i organizacyjne umożliwiają udostępnianie papierowej dokumentacji medycznej w postaci skanów.

Nowelizacja wprowadziła obowiązek prowadzenia wykazu (rejestru) udostępnianej dokumentacji medycznej. Wykaz taki powinien zawierać:

- imię (imiona) i nazwisko pacjenta,
- sposób udostępnienia dokumentacji medycznej;
- zakres udostępnionej dokumentacji medycznej;
- imię i nazwisko osoby innej niż pacjent, której została udostępniona dokumentacja medyczna,
- imię i nazwisko oraz podpis osoby, która udostępniła dokumentację medyczną;
- datę udostępnienia dokumentacji medycznej.

Prawo do wyrażenia zgody

W myśl art. 16 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie określonych świadczeń zdrowotnych lub odmowy takiej zgody, po uzyskaniu informacji w zakresie określonym w art. 9. W stosunku do pacjenta małoletniego zachodzi konieczność uzyskania zgody zastępczej bądź kumulatywnej. Zgoda zastępcza znajduje zastosowanie w stosunku do małoletnich, którzy nie ukończyli 16 lat. Zgodę wyraża przedstawiciel ustawowy, zaś w przypadku braku przedstawiciela ustawowego zgodę na badanie wyrazić może opiekun faktyczny (art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Pojęcie badania jest interpretowane w prawie stosunkowo restrykcyjnie i obejmuje podstawowe czynności lekarza polegające na oględzinach ciała i badaniu fizykalnym.

Przedstawicielem ustawowym

może być rodzic, przysposabiający, opiekun lub kurator. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka, pod warunkiem że nie pozbawiono ich władzy rodzicielskiej, nie są małoletnimi albo ubezwłasnowolnionymi. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania, czyli każde z nich może podejmować decyzje w sprawach dziecka. W istotnych sprawach dziecka rodzice decydują wspólnie. Do istotnych spraw dziecka zaliczyć należy sprawy związane z postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym, szczególnie gdy stwarzają podwyższone ryzyko.

Pacjent małoletni, który ukończył 16 rok życia ma także prawo do wyrażenia zgody. Zatem w tym przypadku wymagana jest zgoda kumulatywna przedstawiciela ustawowego i małoletniego pacjenta. Przy zabiegach nie stwarzających podwyższonego ryzyka dla pacjenta nie jest wymagane zachowanie szczególnej formy zgody. Niewątpliwie jednak w razie sporu, mając na uwadze treść art. 6 Kodeksu cywilnego, zachowanie formy pisemnej ułatwi udowodnienie faktu wykonania świadczenia za zgodą uprawnionego podmiotu.

W przypadku pacjenta małoletniego, który nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe lekarz może przystąpić do udzielania świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego. W przypadku braku zgody lub gdy jest wyraźny sprzeciw na dokonanie zabiegu medycznego rodziców lub samego małoletniego po 16 roku życia może być przełamany tylko orzeczeniem sądu opiekuńczego.

Prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych

Zgodnie art. 13 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo

do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Przepisu o obowiązku zachowania tajemnicy nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny

Skutki cywilno-prawne naruszenia praw pacjenta

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta „razie zawinionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego” Przywołana ustawa określa również krąg podmiotów na które ustawodawca nakłada obowiązek stania na straży praw pacjenta, czyniąc ich tym samym adresatem potencjalnych roszczeń będących następstwem naruszenia tego obowiązku. W myśl art. 2 u.p.p. : „Przestrzeganie praw pacjenta określonych w ustawie jest obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.”

Jak wynika z § 2 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. dotyczącego zakresu oraz wysokości sum w ubezpieczeniu (wydanego na podstawie art. 25 u. dz. l.), obowiązkowym ubezpieczeniem OC objęta jest odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za szkody, będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.”

Regulacje te określają zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia obowiązkowego OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zaistnienie ochrony ubezpieczeniowej uzależnione jest od kumulatywnego wystąpienia następujących przesłanek:

- a) ochroną ubezpieczeniową może być objęty podmiot wykonujący działalność leczniczą;
- b) dla ustalenia odpowiedzialności (a w następstwie udzielenia ochrony ubezpieczeniowej)konieczne jest powstanie szkody.
- c) powstała szkoda musi być następstwem działania (udzielania świadczenia) lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego.

Kluczowe znaczenie z punktu widzenia analizowanego zagadnienia ma użyte przez ustawodawcę sformułowanie „szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych”.

Użyte przez ustawodawcę określenie „szkody będących następstwem udzielania (nieudzielania) świadczeń zdrowotnych” nie może być tożsame ze „szkodami pozostającymi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W tym kontekście szkody będące następstwem udzielania (lub nieudzielania) świadczeń zdrowotnych należy rozumieć jako negatywne skutki

dla pacjenta których przyczyną było nieprawidłowe udzielenie świadczenia lub niezgodne z prawem jego nieudzielenie. Szkoda spowodowana naruszeniem praw pacjenta nie jest więc następstwem (skutkiem) udzielania (nieudzielania) świadczeń zdrowotnych”. Jest skutkiem, co do zasady, towarzyszącemu (choć niekoniecznie) udzielaniu świadczeń medycznych prawu pacjenta, a właściwie zachowaniu, które owo prawo narusza. Z samą szkodą wynikającą z udzielania (zaniechania udzielania) świadczeń zdrowotnych, następstwa naruszenia praw pacjenta pozostają w różnych „związkach” („kontekstach”).

Konkluzje:

1. Potencjalne szkody wynikające z naruszenia praw pacjenta nie powinny być utożsamiane ze szkodami będącymi następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Konsekwencja powyższego twierdzenia jest następująca :

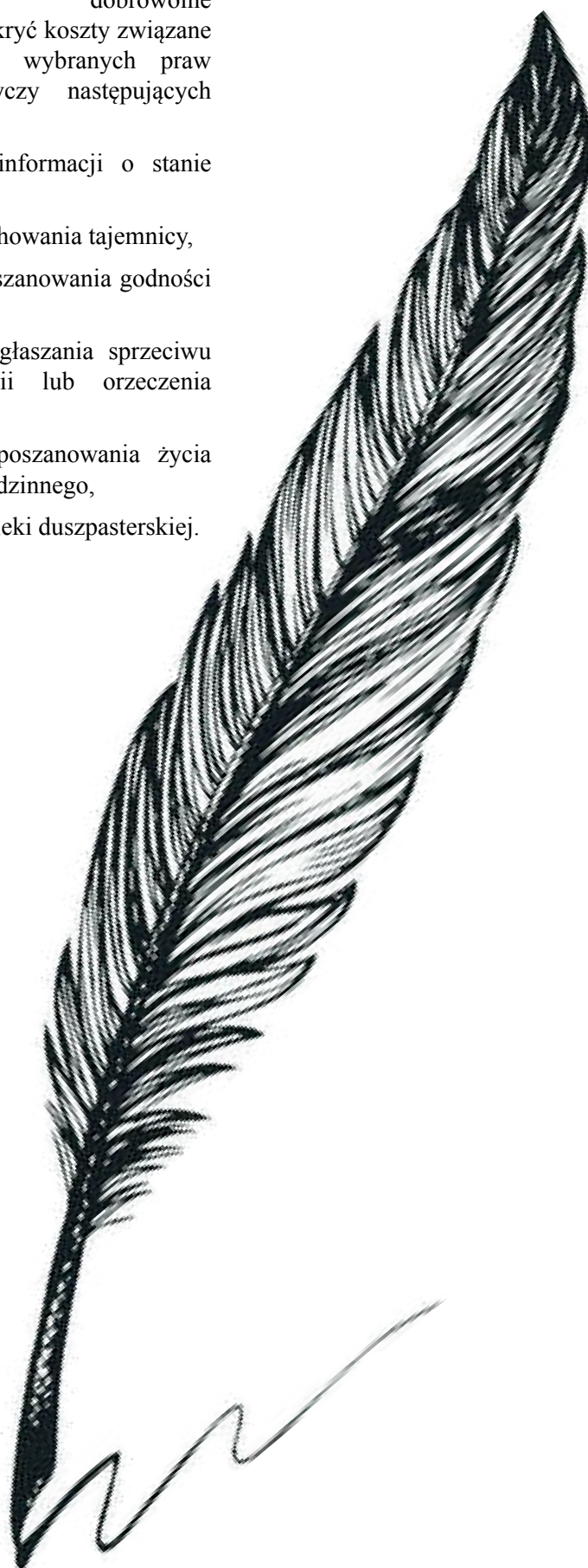
Zakres przedmiotowy ochrony ubezpieczeniowej wynikający z formuły obowiązkowego ubezpieczenia OC podmiotu wykonującego działalność leczniczą na terytorium Rzeczypospolitej Polski (określony w art.25 ustawy o działalności leczniczej oraz §2 ust.1 rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą) nie obejmuje co do zasady szkód wynikające z naruszenia praw pacjenta określonych w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Skutki finansowe wynikające z ewentualnych roszczeń pacjentów obciążają w tym zakresie świadczeniodawców oraz osoby wykonujące zawody medyczne.

Skutki finansowe naruszenia praw

pacjenta- można się ubezpieczyć

Na rynku pojawiło się już ubezpieczenie dobrowolne pozwalające pokryć koszty związane z naruszeniem wybranych praw pacjenta. Dotyczy następujących praw:

- 1) prawa do informacji o stanie zdrowia,
- 2) prawa do zachowania tajemnicy,
- 3) prawa do poszanowania godności i intymności,
- 4) prawa do zgłaszania sprzeciwu odnośnie opinii lub orzeczenia lekarza,
- 5) prawa do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- 6) prawa do opieki duszpasterskiej.



VI. Koniecznie przeczytaj

W dniu 27 czerwca 2017r. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu zorganizowała szkolenie z zakresu prawa pracy pt.

„CZAS PRACY PIELEŃGNIAREK I POŁOŻNYCH – PLANOWANIE I ROZLICZANIE”



Szkolenie poprowadził Piotr Ciborski – ekspert prawa pracy z 23 letnim doświadczeniem, wieloletni inspektor pracy (1992 – 1999) i zastępca okręgowego inspektora pracy w Gdańsku (1999 – 2007), a także członek Komisji Prawnej Głównego Inspektora Pracy (2000 – 2007), doświadczony trener współpracujący z firmami szkoleniowymi, np. Gdańską Fundacją Kształcenia Menadżerów, oraz realizujący szkolenia zamknięte dla potrzeb konkretnego odbiorcy. Specjalizuje się w problematyce prawnej ochrony pracy, ze szczególnym uwzględnieniem czasu pracy - doradca i stały współpracownik wielu przedsiębiorstw i instytucji, autor i współautor 45 książek i poradników z prawa pracy, wieloletni wykładowca na studiach podyplomowych realizowanych na: Uniwersytecie Gdańskim, Politechnice Gdańskiej, Szkole Wyższej Psychologii Społecznej oddział w Sopocie, Wyższej Szkole Administracji i Biznesu w Gdyni, autor licznych artykułów prasowych.

Szkolenie obejmowało następujące zagadnienia:

1. Pojęcie czasu pracy.
2. Potwierdzanie obecności, dyscyplina pracy – kto za nią odpowiada?
3. Wyjścia prywatne i służbowe.
4. Zasady zdawania zmian przez pielęgniarki i lekarzy – stanowisko PIP. Możliwe rozwiązania.
5. Systemy czasu pracy obowiązujące w podmiocie leczniczym.

- podstawowy, w tym dla pracowników technicznych, gospodarczych, obsługi
- równoważny, w tym praca zmianowa
- skrócony (normy do 1 lipca 2014r.)

- pracownicy niepełnosprawni

6. Zmiany przepisów o czasie pracy w wynikające z ustawy z dnia 12 lipca 2013 r. o zmianie ustawy Kodeks pracy:

- wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego „ominięcie” doby pracowniczej
- usankcjonowanie ruchomego czasu pracy
- szersze możliwości wprowadzania systemu przerywanego czasu pracy
- odpracowanie wyjścia prywatnego nie jest nadgodziną

7. Tworzenie harmonogramów czasu pracy. Co musi zawierać „grafik” Czy może być zmieniany? Czy pracownik ma obowiązek zaakceptować zmieniony harmonogram?

8. Konsekwencje wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 2 października 2012 r., co zrobić gdy święto wypadnie w sobotę? (np. 11 listopada 2017 r.)

9. Odpoczynek dobowy i tygodniowy, czy mogą być skrócone? Jak wytłumaczyć brak odpoczynku dobowego.

10. Nieobecności w pracy i ich wpływ na wymiar czasu pracy, np. choroba, urlop wypoczynkowy.

11. Czy pielęgniarki w SOR od dnia 1 lipca 2011r. mają prawo do dodatków do wynagrodzenia? Rola regulaminu wynagradzania.

12. Pełnienie dyżurów medycznych przez pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie.

13. Czy czas wolny po zejściu z dyżuru medycznego jest płatny? Uchwała 7 sędziów SN.

14. Pełnienie gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych a prawo pracownika do odpoczynku.

15. Dyżur medyczny w formule opt – out.

16. Dyżur na podstawie Kodeksu pracy.

17. Praca w godzinach nadliczbowych:

- czy pracownicy objęci skróconym czasem pracy mogą mieć nadgodziny?
- rekompensata (dodatkowe wynagrodzenie, czas wolny)
- limity

18. Praca w niedziele, święta i dni wolne od pracy z pięciodniowego tygodnia pracy.

19. Praca w porze nocnej – ograniczenia.

20. Dodatki za pracę zmianową dla pracowników medycznych.

21. Przerwy w pracy, w tym związane z karmieniem piersią.

22. Ewidencja czasu pracy. Zasady prowadzenia. Wymogi formalne.

Wszystkie uczestniczki otrzymały materiały szkoleniowe, oraz certyfikaty.



Kolejny już VIII Integracyjny Piknik Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego



W dniu 10 czerwca 2017r. w Starej Miłosnej odbyła się VIII edycja plenerowej imprezy, Rodzinnego Pikniku Integracyjnego Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Zgodnie z tradycją, podczas uroczystego otwarcia pikniku przedstawiciele samorządów dokonali symbolicznego przekazania

przewodnictwa w Mazowieckim Forum Samorządów Zawodów Zaufania Publicznego. Buzdygan, jako symbol prezydencji, wręczył swojemu następcy Mikołajowi Pietrzakowi - dziekanowi Okręgowej Rady Adwokackiej w Warszawie, ustępujący z funkcji Paweł Trojanek, Przewodniczący Mazowieckiego Oddziału Krajowej Izby Doradców Podatkowych.

Organizatorzy zapewnili szereg atrakcji kulturalnych i sportowych sprzyjających integracji środowiska mazowieckich samorządowców. Na scenie ze swoim programem artystycznym wystąpili: Andrzej Rybiński, formacja Warszawskie Combo Taneczne oraz zespół Trubadurzy, którego szlagiery porwały do tańca miłośników rock and rolla. Atrakcją dla dzieci było spotkanie z Andrzejem Supronem, medalistą olimpijskim, który ze sceny zachęcał rodziców do rozwijania sportowych pasji u swoich pociech. Na najmłodszych

uczestników pikniku czekały liczne zabawy i atrakcje, m.in.: dmuchane miasteczko, wspinaczka, zorbing, segway'e, przejażdżki na kucyku, i wiele, wiele innych. Tradycyjnie został rozegrany turniej siatkarski stojący - w zgodnej opinii sędziów - na wysokim poziomie sportowym.

Po raz pierwszy w historii spotkań mazowieckich samorządowców uruchomiono Strefę Seniora, w której osoby starsze mogły skorzystać z bezpłatnych badań, porad dietetyka, a także wziąć udział w zajęciach sportowych z instruktorem. Kolejny piknik już za rok.

V Piknik Zdrowia w Radomiu

W niedzielę 4 czerwca 2017 roku w Radomiu w godzinach 13 – 18 przed Urzędem Miejskim na placu Corazziego i przy ulicy Żeromskiego odbył się V Piknik Zdrowia. Jest to impreza o charakterze rekreacyjno-edukacyjnym, promująca zdrowy styl życia. W tym roku jej hasło brzmiało: „Szlachetne Zdrowie...”.

W pikniku wzięła udział Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu. Tradycyjnie nasze stoisko oferowało bezpłatny pomiar ciśnienia tętniczego, którym zajęły się Koleżanki z Jesiennych Klimatów, udzielając rad i porad z bogatego doświadczenia zawodowego i życiowego. Koleżanki z Higieny Szkolnej badały masę ciała i obliczały BMI, a także udzielały informacji o interpretacji wyniku i udzielały porad dietetycznych.

Imprezie towarzyszyła Ogólnopolska Akcja Krwiodawstwa „Motoserce – Krew Darem Życia – Podziel Się Nią”, parada motocyklowa oraz występy Młodzieżowej Orkiestry Grandioso. Specjaliści udzielali porad jak dbać o cerę i włosy. Podczas pikniku nie zabrakło prezentacji sprzętu i artykułów pierwszej potrzeby przydatnych podczas pielęgnacji zarówno kobiet w ciąży jak i po porodzie oraz noworodków. Wiele uwagi poświęcono tematowi profilaktyki i diagnostyki raka piersi. Dla zainteresowanych odbył się pokaz udzielania pierwszej pomocy poszkodowanym w wypadku motocyklowym prezentowany przez pracowników Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, bezpłatne badanie wzroku, pokaz zabiegów rehabilitacyjnych, poradnictwo w kwestii profilaktyki chorób. Można było skorzystać z porad dietetyka i obejrzeć prezentację Tai chi oraz fitness. Na zakończenie w muszli koncertowej wystąpiły zespoły Redox i Also-Ran.

Kolejny V Piknik Zdrowia można zaliczyć jako sukces.



VII. Kursy, szkolenia, konferencje



**OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W RADOMIU**

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OFERTA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W III-IV KWARTALE 2017 ROKU

<i>Lp.</i>	<i>Dziedzina/zakres kształcenia</i>	<i>Planowany termin rozpoczęcia - *</i>
KURSY SPECJALISTYCZNE		
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	08.09.2017 24.11.2017
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa noworodka Kurs dla pielęgniarek i położnych	20.10.2017
3.	Wykonanie i interpretacja zapisu EKG Kurs dla pielęgniarek i położnych	16.09.2017 18.11.2017
4.	Szczepienia ochronne Kurs dla pielęgniarek	06.10.2017
5.	Szczepienia ochronne Kurs dla położnych	06.10.2017
6.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	28.10.2017
7.	Wywiad i badania fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	06.10.2017
8.	Ordynowanie leków i wypisywanie recept Kurs dla pielęgniarek i położnych	30.09.2017
9.	Dializoterapia Kurs dla pielęgniarek	02.12.2017
10.	Kompresjoterapia Kurs dla pielęgniarek	02.12.2017
11.	Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych	20.10.2017

12.	Terapia bólu ostrego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych	28.10.2017
13.	Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Kurs dla pielęgniarek	04.11.2017
14.	Wykonanie badania spirometrycznego Kurs dla pielęgniarek	04.11.2017
15.	Żywienie dojelitowe i pozajelitowe Kurs dla pielęgniarek	04.11.2017
16.	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu Kurs dla położnych	18.11.2017
17.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów Kurs dla pielęgniarek i położnych	25.11.2017
18.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji Kurs dla położnych	16.09.2017
19.	Edukator w cukrzycy Kurs dla pielęgniarek i położnych	25.11.2017
20.	Endoskopia Kurs dla pielęgniarek	25.11.2017
KURSY KWALIFIKACYJNE		
21.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
22.	Pielęgniarstwo chirurgiczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
23.	Pielęgniarstwo diabetologiczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
24.	Pielęgniarstwo geriatryczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
25.	Pielęgniarstwo internistyczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
26.	Pielęgniarstwo kardiologiczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
27.	Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017

28.	Pielęgniarstwo neonatologiczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
29.	Pielęgniarstwo neurologiczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
30.	Pielęgniarstwo onkologiczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
31.	Pielęgniarstwo operacyjne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
32.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
33.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
34.	Pielęgniarstwo pediatryczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
35.	Pielęgniarstwo psychiatryczne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
36.	Pielęgniarstwo ratunkowe Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
37.	Pielęgniarstwo rodzinne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
38.	Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
39.	Pielęgniarstwo transplantacyjne Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
40.	Ochrona zdrowia pracujących Kurs dla pielęgniarek	wrzesień 2017
41.	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii Kurs dla położnych	wrzesień 2017
42.	Pielęgniarstwo operacyjne Kurs dla położnych	wrzesień 2017
43.	Pielęgniarstwo rodzinne Kurs dla położnych	wrzesień 2017
44.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne Kurs dla pielęgniarek i położnych	wrzesień 2017
SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE		

45.	Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki – dla pielęgniarek	październik 2017
46.	Pielęgniarstwo chirurgiczne – dla pielęgniarek	październik 2017
47.	Pielęgniarstwo geriatryczne – dla pielęgniarek	październik 2017
48.	Pielęgniarstwo internistyczne – dla pielęgniarek	październik 2017
49.	Pielęgniarstwo onkologiczne – dla pielęgniarek	październik 2017
50.	Pielęgniarstwo operacyjne – dla pielęgniarek	październik 2017
51.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – dla pielęgniarek	październik 2017
52.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – dla pielęgniarek	październik 2017
53.	Pielęgniarstwo pediatriczne – dla pielęgniarek	październik 2017
54.	Pielęgniarstwo psychiatryczne – dla pielęgniarek	październik 2017
55.	Pielęgniarstwo ratunkowe – dla pielęgniarek	październik 2017
56.	Pielęgniarstwo rodzinne – dla pielęgniarek	październik 2017
57.	Ochrona zdrowia pracujących – dla pielęgniarek	październik 2017
58.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze – dla położnych	październik 2017
59.	Pielęgniarstwo rodzinne – dla położnych	październik 2017
60.	Pielęgniarstwo epidemiologiczne – dla pielęgniarek i położnych	październik 2017
61.	Pielęgniarstwo neonatologiczne – dla pielęgniarek i położnych	październik 2017

* Możliwe przesunięcie zaplanowanego terminu w przypadku braku wymaganej liczby uczestników.

Informacja

Osoby zainteresowane zapraszamy do zgłaszania swojego udziału w powyższych szkoleniach. Dokumenty należy składać w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, ul. Paderewskiego 15.

Informacji dotyczących szkoleń można uzyskać

pod numerem telefonu (48) 360-05-12,

e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl

lub na stronie internetowej: www.orpip.radom.pl

VIII. Ogłoszenia podziękowania

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomin
z okazji przejścia na emeryturę*

składa

serdeczne życzenia

realizacji dalszych planów i zamierzeń

wspieranych dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją

z zawodowych dokonań

oraz

wszelkiej pomyślności w życiu osobistym koleżankom:

1. Borkowska Bożena – zatrudniona w Miejsko-Gminnym ZOZ w Białobrzegach
2. Chęć Wiesława Elżbieta – zatrudniona w DPS w Jedlance
3. Figura Ewa – zatrudniona w SPZ ZOZ w Lipsku
4. Figura Jadwiga – zatrudniona w RSzS
5. Głogowska Danuta – zatrudniona w SWPZZPOZ w Radomiu
6. Grabkowska Irmina Janina – zatrudniona w NZOZ „ZAMŁYNIE” w Radomiu
7. Marchewka Danuta – zatrudniona w SPZ ZOZ w Kozienicach
8. Piętka Anna – zatrudniona w PCM w Grójcu
9. Pilipionek Krystyna Albina – zatrudniona w RSzS
10. Wójcicka Elżbieta Jolanta – zatrudniona w NZOZ „ZAMŁYNIE” w Radomiu
11. Wyrzykowska Małgorzata – zatrudniona w SWPZZPOZ w Radomiu

*Małgorzata Sokulska
Przewodnicząca ORPiP*

*„Jeden z najgłębszych sukcesów życia
Polega na tym, że tylko wszystko
Co robimy dla innych jest tym,
Co naprawdę warto robić.”*

Caroll Levis

PODZIĘKOWANIA

dla Pani Jadwigi Figury

Pielęgniarce Oddziału Dermatologii

w związku z przejściem na emeryturę serdecznie dziękujemy za profesjonalną, pełną zaangażowania, długoletnią pracę zawodową, fachowość i poświęcenie. Jednocześnie życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, pogody ducha oraz wiary w realizację marzeń.

składają

**Koleżanki Pielęgniarki z Oddziału Dermatologii
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego**

*„ Przeżyliśmy w pracy takie chwile,
które długo w pamięci pozostaną.
Są takie osoby, które poznane
zawsze już będą pamiętane ! „*

PODZIĘKOWANIA KOLEŻANKOM

Bogusławie Celuch - położnej Dział Położnictwo i Ginekologia

Jadwidze Maciąg - pielęgniarki Dział Dziecięcy

Grażynie Stankiewicz - pielęgniarki Dział Internistyczny

*W związku z przejściem na emeryturę, dziękujemy za długoletnią pracę w zawodzie, za codzienny
trud, życzliwość, trwanie przy chorym. Życzymy dużo zdrowia i pomyślności na dalsze lata.*

*Koleżanki i Dyrekcja
SPZZOZ Szpital w Ilży*

*„ Żyj tak, aby każdy kolejny dzień był niesamowity i wyjątkowy.
Wypełniaj każdą chwilę tak, aby potem wspominać ją z radością.
Czerp energię ze słońca, kapiącego deszczu i uśmiechu innych.
Szukaj w Sobie siły ,entuzjazmu i namiętności.
Smakuj życie i układaj je w Swój własny sposób.
Żyj najpiękniej jak umiesz.
Po swojemu.
Spełniaj się..... ”*

PODZIĘKOWANIA

Pani Krystynie Piliponek

za wieloletnią i oddaną pracę w oddziale kardiologii

w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym

*składają koleżanki
z oddziału kardiologii RSzS*



Rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu ruszyło od 1 lipca 2017r.

W trosce o komfort i bezpieczeństwo pracy pielęgniarek i położnych OIPiP w Radomiu, we współpracy z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. uruchomiony został rozszerzony program grupowego ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej.

Szczegóły oferty:

- Wariant I-(Ochrona prawna) – składka roczna 15 zł
- Wariant II – (Ochrona prawna+klauszula Naruszenia Praw Pacjenta)– składka roczna 29 zł

UWAGA !

Zainteresowane ofertą koleżanki w każdej chwili zapraszamy do przystąpienia do programu. Należy tylko wypełnić deklarację, przesłać ją do biura OIPiP w Radomiu, oraz uiścić opłatę składki

na konto:

56161013222109041025350002

Przypominamy że:

ubezpieczenie INTER Ochrona Prawna to:

- Pomoc prawna w sytuacjach spornych związanych z życiem zawodowym: zwrot kosztów opinii prawnych, wynagrodzenia pełnomocnika, opłat sądowych, wynagrodzenia prawnika, stawienia świadków, przygotowania pism itp.
- Suma ubezpieczenia 25.000 zł
- Porady przez telefon - Telefoniczna Asysta Prawna od poniedziałku do piątku,

od 9:00 do 21:00. /tel. kont. +48 22 333 77 00; e-mail: interpolska@opiekaprawna.pl/

Klauszula nr 9 do ubezpieczenia OC dobrowolnej:

Nowość w ofercie INTER, powstała z myślą o sytuacjach, w których pacjenci zgłaszają roszczenia związane z naruszeniem praw pacjenta. Roszczenia takie nie są objęte ubezpieczeniem OC, jeśli nie są związane ze szkodą na zdrowiu pacjenta.

Mówimy tu o sytuacjach związanych z prawem do informacji o stanie zdrowia, zachowania tajemnicy, poszanowania godności i intymności, zgłaszania sprzeciwu, poszanowania życia prywatnego, czy też opieki duszpasterskiej. Liczba roszczeń związanych z łamaniem tych praw stale rośnie.

Dlatego też samorząd pielęgniarski w Radomiu wynegocjował specjalne warunki na jedyne w Polsce ubezpieczenie naruszenia praw pacjenta oferowane przez INTER.

Deklaracje, oraz „OWU ochrona prawna zawody medyczne” dostępne są na stronie internetowej OIPiP w zakładce - Inter Ubezpieczenia

Dane kontaktowe : Justyna Wulczyńska, kom. 603-770-588

INSTRUKCJA ZAKŁADANIA KONTA W SMK.

1. W celu dokonywania czynności w SMK konieczne będzie założenie konta w tym systemie. Należy wejść na stronę <https://smk.ezdrowie.gov.pl/> i kliknąć założyć konto.

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

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

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

Powinniśmy otrzymać komunikat: Poprawnie złożono wniosek o założenie konta

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

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

W przypadku nie otrzymania e-maila z hasłem:

1. Podczas wypełniania wniosku należy pominąć pole „opcjonalny identyfikator p2” (jeżeli w procesie składania wniosku o założenie konta wskazane pole nie zostało pominięte, należy powtórnie złożyć wniosek).

2. Mógł wystąpić błąd podczas rejestracji konta (niepoprawny adres e-mail – możliwość weryfikacji tylko w oparciu o kontakt z infolinią SMK). Pomoc techniczną w zakresie SMK można uzyskać telefonicznie:

(22) 597 09 75, (22) 492 50 05, (22) 597 09 80, (22) 492 50 19, (22) 597 09 76, (22) 203 27 66 oraz mailowo: smk-serwis@csioz.gov.pl

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

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

WNIOSEK O MODYFIKACJĘ UPRAWNIEŃ

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

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

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

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

5. Na kolejnej stronie klikamy **Nowy wniosek o modyfikację uprawnień**.

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

Jako grupa biznesowa odpowiednio:

- Pielęgniarka

- Położna

Grupa funkcjonalna:

- Użytkownik

Jednostka akceptująca wniosek:

- OIPiP

i wybieramy odpowiednią OIPiP ze słownika.

7. Na wyświetlonej liście Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych wyszukujemy Izby do której aktualnie należymy i klikamy na przycisk w kolumnie akcje a następnie po rozwinięciu w przycisk **wybierz**.

8. Po wybraniu Okręgowej Izby klikamy dalej.

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

10. Następnie klikamy **zapisz** i powinniśmy zobaczyć komunikat: **Poprawnie wykonano akcję Zapisz**.

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

- Podpis EPUAP (bez konieczności przychodzenia do OIPiP jeżeli dane podane we wniosku pokrywają się z danymi posiadanymi przez OIPiP). (szczegółowe informacje na temat profilu zaufanego można zobaczyć tutaj <http://epuap.gov.pl/wps/portal>)

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

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

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

Poprawianie danych wprowadzonych przy zakładaniu konta:

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

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

Informujemy, iż aby Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych mogła pozytywnie zweryfikować wniosek o modyfikację uprawnień wszystkie dane zawarte we wniosku wygenerowanym w systemie SMK muszą być aktualne i zgodne z danymi w CRPiP. Dlatego prosimy o aktualizację danych w CRPiP poprzez wypełnianie arkusza aktualizacyjnego wpisując te dane, które uległy zmianie i przysyłanie go na adres: rejestr@orpip.radom.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

Ośrodek Szkoleniowy OIPiP

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

tel./fax 48 360 05 12

e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

PONIEDZIAŁEK 15:00 - 16:00

DYŻURY CZŁONKÓW OKRĘGOWEGO SĄDU

II i IV poniedziałek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

DYŻURY RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ

I i III poniedziałek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

II i IV wtorek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

GODZINY	PRACY	BIURA	OIPiP
PONIEDZIAŁEK		7:30 - 17:00	
WTOREK		8:00 - 16:00	
ŚRODA		7:30 - 15:30	
CZWARTEK		7:30 - 15:30	
PIĄTEK		7:00 - 15:00	

KONTO: SGB-Bank S. A.

83 1610 1322 2109 0410 2535 0001

Składki na ubezpieczenie grupowe w INTER Polska proszę
wplacać na rachunek:

56 1610 1322 2109 0410 2535 0002 SGB-Bank S.A.

HARMONOGRAM SPOTKAŃ PEŁNOMOCNIKÓW ORPIP NA ROK 2017

Lp.	Planowany termin	Godzina
1.	21 kwiecień (piątek)	13.00
2.	9 wrzesień (piątek)	13.00
3.	15 grudzień (piątek)	13.30

HARMONOGRAM SPOTKAŃ PIEŁĘGNIAREK NACZELNYCH I DYREKTORÓW DS. PIEŁĘGNIARSTWA NA ROK 2017

Lp.	Planowany termin	Godzina
1.	7 kwiecień (piątek)	12.00
2.	8 wrzesień (piątek)	12.00
3.	15 grudzień (piątek)	13.30

Posiedzenia pielęgniarek i dyrektorów ds. pielęgniarstwa lub pełnomocników ORPiP mogą ulec zmianie.
O wszelich zmianach będziemy informować na bieżąco na stronie www.orpip.radom.pl



WOKÓŁCZEPKA

ISSN 1429-2599