



Dwumiesięcznik, wydawany przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

BIULETYN INFORMACYJNY

Listopad-Grudzień 2017

W Dzień Bożego Narodzenia

*Wszystko jest, jak przed rokiem:
na szybach srebrne kwiaty
i ten sam obraz w ramach okien;
świat biały, jak opłatek...*

*Będzie wilia! - Uśmiechną się ludzie,
do świątecznej zasiada wieczery -
błogosławiony grudzień!...
„W żłobie leży - któż pobieży...”*

*Pomyśl: na cudzej ziemi wśród obcych,
tacy jak ty młodzi chłopcy
i małe dziewczęta
zaśpiewają tę samą kolędę.*

*Pamiętaj: będą
ludzie smutni, opuszczeni,
niepotrzebni nikomu -
i nikt z nimi słowa nie zamieni,
nie zaprosi do swego domu...*

*Weź do ręki biały opłatek,
choćbyś nawet nie miał go z kim dzielić -
i życzy szczęścia całemu światu;
niech się wszystkie serca rozwesela!...*

Zdzisław Kunstman

**Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie:**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25
IV piętro w budynku „Przemysłówka” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego)
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
503 008 946, 510 893 392
Księgowość: 510 893 408
e-mail: sekretariat@oipip.czest.pl,
www.oipip.czest.pl

Godziny pracy biura:

Pn-wt-pt 7.00-15.30
Śr-czw 7.00-17.00

Nr konta bankowego:

Millenium Bank
82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Kasa biura czynna:

Pn-pt 8.00-14.00

Ośrodek szkoleniowy:

Pn-wt-pt 7.00-15.00
Śr-czw 7.00-17.00
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,
519 862 186
e-mail: szkolenia@oipip.czest.pl

Biblioteka czynna:

Pn-wt-pt 7.00-15.30
Śr-czw 7.00-17.00

Okręgowy Rzecznik

Odpowiedzialności Zawodowej:

I i III środa miesiąca: 15.00-17.00

Radca Prawny:

Śr 14.00-16.00
Pt 8.30-9.30

Wydawca:

Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie

Redaktor naczelny:

Marzena Maniszewska, Tel.: 503 008 946
e-mail: sekretarz@czest.oipip.pl

Druk:

Filharmonia Druku – Drukarnia Viper Sp. z o.o.
ul. Rejtana 25/35, 42-200 Częstochowa
www.filharmoniadruku.pl, Tel.: 34 344 44 35

Nakład: 1000 egz. ISSN 2451 – 4489

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publicznych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych. Za błędy powstałe podczas druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Nadchodzące Święta Bożego Narodzenia niosą ze sobą wiele radości oraz refleksji dotyczących minionego okresu i planów na nadchodzący Nowy Rok. W tych wyjątkowych dniach chcemy Państwu życzyć

Świąt prawdziwie świątecznych ciepłych w sercu, zimowych na zewnątrz, pachnących choinką, jaśniejących pierwszą gwiazdką,

Świąt wypełnionych radością, miłością, niosących spokój i odpoczynek, chwil roziskrzonych kołędami, śmiechem i wspomnieniami.

Nowego Roku 2018 spełniającego wszelkie marzenia, pełnego optymizmu, wiary, szczęścia i sukcesów z podjętych wyzwań oraz nabrania dystansu do tego co wokół.

W imieniu Członków ORPiP oraz Pracowników Biura OIPiP składa Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Barbara Płaza.

Spis treści:

Tradycje kołędowania i jego formy	Str. 3
Przepis bożonarodzeniowy	Str. 5
Dodatek „widmo” – czyli co dyrektorzy szpitala zrobili z „Zembałowym”	Str. 10
Odnaczenie zawodowe dla członków samorządu	Str. 13
Dzienna stawka żywieniowa w szpitalach	Str. 15
Służby sanitarne ostrzegają przed początkiem epidemii żółtaczki.	Str. 16
Przewodnicząca OZZPiP członkiem Rady Dialogu Społecznego	Str. 18
„Na gwiazdkę co najlepsze każdy wybiera”	Str.29

Tradycja kolędowania i jego formy

Opracowanie: Anna Stanisławska

Obrzęd kolędowania wywodzi się już z czasów słowiańskich. Obchodzony był w kulturach rolniczych i pasterskich, kiedy to grupy kolędników odwiedzały gospodarstwa z życzeniami pomyślności w Nowym Roku, za co otrzymywały dary w postaci jedzenia lub datki pieniężne.

Terminem kolęda określano nie tylko obrzęd kolędowania, ale również same dary przekazywane kolędnikom oraz specjalne pieśni życzące. Pierwotnie kolędowanie związane było z zaklinaniem urodzaju i pomyślności, a teksty pieśni cechowała symbolika płodnościowa oraz wiara w magiczną moc wypowiedzianych słów. Słowo kolęda oznaczało podarek. Stanowiło również chodzenie proboszcza z wizytą do parafian i zbieranie datków dla parafii. W minionych czasach powszechnym zwyczajem było obdarowywanie służby czy poddanych przez panów, a także biednych przez bogatych. Obrzędy kolędnicze obchodzono zazwyczaj w okresie tzw. Godów (okres od wigilii Bożego Narodzenia do Trzech Króli), a także w okolicy ostatków oraz Wielkanocy (było to kolędowanie wiosenne).

Zarówno w pradawnej tradycji słowiańskiej, przedchrześcijańskiej, jak i w katolickiej, był to bardzo ważny, „uświęcony” czas. Każdy z 12 wieczorów, poczynając od wieczoru z 25 na 26 grudnia, a kończąc na tym z 5 na 6 stycznia, uznawany był za „święty”. Z tych 12 dni odczytywano, jaka będzie pogoda na każdy miesiąc w roku, ponieważ dany dzień w Godach oznaczał pogodę na dany miesiąc. Nie wykonywano wtedy żadnej pracy fizycznej, oprócz doglądania i karmienia zwierząt gospodarskich. Wszystko musiało być przygotowane i ugotowane wcześniej. Spotykano się w domach, odwiedzano nawzajem, śpiewano pieśni, spożywano sute posiłki, obdarowywano prezentami. Dawni Słowianie nazywali ten czas przesilenia zimowego Świętem Godowym lub Szczodrymi Godami. Wraz z rozwojem chrześcijaństwa zaczęto je utożsamiać z Narodzeniem Jezusa.

Istotą kolędowania była obrzędowa wymiana darów. Kolędnicy w zamian za życzenia urodzaju, zdrowia i powodzenia obdarowywani byli świątecznymi

smakołykami lub drobnymi datkami. Kolędników obdarowywano tzw. „szczodrakami” – specjalnie robionymi na tę okazję pierogami lub bułkami, a także pieczywem w kształcie figurek zwierząt, zwanymi „byśki” lub „stworzunka”. Rytualne wypieki miały za zadanie zapewnić dobrobyt w kolejnym roku. Tradycyjnie kolędnicy składali odwiedzanym domostwom życzenia pomyślności między innymi takimi słowami: „Na szczęście, na zdrowie, na ten nowy rok – żeby się wam rodziła pszenicka i groch. Żeby się rodziło w komorze i w oborze, żeby stał snopek przy snopku, kopa, przy kopie, a gospodarz między kopami jako miesiąc między gwiazdami. Byście mieli w każdym kątku po dzieciątku, a na piecu troje!”

Życzeniom towarzyszyły przedstawienia kolędnicze, popisy sprawności lub tańce, a także stroje (często o kolędnikach mówiono przebierańcy). Za kolędników przebierali się głównie chłopcy. Popularne było kolędowanie z maskarami zwierzęcymi, takimi jak turoń, koza, niedźwiedź, koń, kogut, bocian, baran. Symbolizowały one siłę, zdrowie oraz życiową energię i płodność. Kolędowano również z gwiazdą, a trzymający ją kolędnik nazywany był „gwiazdorem”. Pojawiały się też tzw. „Herody”, będące grupami odgrywającymi sceny z narodzin Jezusa, w które wplataną wątki ludowe. W grupach tych byli pasterze, Trzej

Gminny Przejąd Jasełek w Dąbiu (fot. Anna Stanisławska).



Królowie, dziad, baba, Żyd, śmierć, diabeł, Cygan, policjant, kominiarze i muzykanci. Życzenia składano w postaci wierszy i zabawnych rymowanek, śpiewano kolędy. Ważnym było, aby gospodarzowi spłatać figła (np. kominiarz smarował wszystkich sadzą, dziewczyny uszczypnięte przez bociana miały spodziewać się dziecka). Inną formą kolędowania było „chodzenie z szopką”, w której za pomocą kukiełek odgrywano przedstawienia podobne do „Herodów”, czy „Jasełek”. Obchód kolędniczy był wyczekiwany wydarzeniem w całej okolicy, a pominięcie któregoś domostwa uznawane było za zły znak.

Kolędowanie oznacza również zwyczaj śpiewania pieśni o tematyce bożonarodzeniowej. Pierwotnie śpiewane były jedynie w liturgii kościelnej w postaci hymnów, litanii, psalmów z tłumaczonych tekstów łacińskich lub czeskich. Z czasem powstawały odrębne utwory. Za najstarszą zachowaną polską kolędą uważana jest pochodząca z 1424 roku i zapisana w kazaniu na Boże Narodzenie przez Jana Szczekny (profesora Akademii Krakowskiej) kolęda zaczynająca się od słów:

Zdrów bądź, Królu Anjelski K'nam na świat
w ciebie przyszyły, Tyś zajisty Bóg skryty, w święte,
czyste ciało wlitly.

W XV wieku pieśni dotyczące Bożego Narodzenia nazywano rotułami, a później kantyczkami (tym terminem określa się też zbiór tych pieśni). Wzrost popularności kolęd nastąpił na przełomie XVII i XVIII wieku. Wtedy też ustalili się sam termin kolęda w znaczeniu pieśni bożonarodzeniowej. Powstała wówczas jedna z najważniejszych polskich kolęd „W żłobie leży”, przypisywana Piotrowi Skardze, napisana do melodii poloneza koronacyjnego króla Władysława IV. Inną bardzo popularną kolędą „Bóg się rodzi”, do melodii w rytmie poloneza, napisał Franciszek Karpiński. Utwór ten najczęściej rozpoczyna Pasterkę. Twórcami kolęd byli także między innymi Mikołaj Sęp Szarzyński i Andrzej Morsztyn, a w XIX w. Feliks Nowowiejski i Zygmunt Noskowski. Kolędę „Lulajże, Jezuniu” Fryderyk Chopin zacytował w środkowej części scherza h-moll op. 20. Ze współczesnych muzyków kolędy komponował Witold Lutosławski.

Pastorałki natomiast, czyli kolędy pasterzy, to kolędy „domowe” przeznaczone do śpiewania poza kościołem. Mają polski rodowód. Zawierają opisy polskiego krajobrazu, polskie imiona pasterzy, polskie potrawy, polski strój, język gwarowy. Teksty pastorałek wzbogacane były żywiołową wyobraźnią ludową. W pełnej postaci wątek pasterski obejmuje takie zdarzenia, jak zwiastowanie przez anioła nowiny o narodzinach Chrystusa, drogę pasterzy do Betlejem, pokłon i adorację żłóbka oraz powrót do pozostawionej trzody. Pastorałki, śpiewane na melodie poloneza, mazurka, oberka, kujawiaka czy krakowiaka, w okresach zaborów dla wielu pokoleń były symbolem narodowym, ostoją polskości i zachowania ducha narodowego.

Dziś mało jest grup kolędników z prawdziwego zdarzenia, którzy chodząc od domu do domu śpiewają i składają życzenia. Tradycja ta jest często podtrzymywana przez szkoły, domy kultury, regionalne zespoły, stanowiąc element polskiego folkloru, a przedstawienia kolędnicze i jasełkowe są bardzo popularne jako forma teatru, prezentowana na różnego rodzaju przeglądach i festiwalach. Na szczęście tradycja śpiewania kolęd i pastorałek jest wciąż żywa i kultywowana w każdej polskiej rodzinie.

Źródło: Jan Uryga „Rok polski w życiu, tradycji i obyczajach ludu”.



Śledź marynowany w musztardowym sosie

Tę zaskakująco pyszną w smaku przystawkę łączącą prze-dziwne połączenie aromatów, znalazłam u Chillibite, która pięknie opisała w śledziowym poście powarsztatowe wrażenia. Z komentarzy pod nim wnioskuję, że nie tylko ja byłam zasko-czona, jak bardzo korzystna okazała się ta smakowa fuzja. Podobnie jak inne osoby, które wykonały rybę w tym sosie uważam, że jest to znakomity śledź na wigilijny stół i inne uroczyste, kulinarne okoliczności. Ostrożnie podchodząc do tego typu wynalazków sporządziłam go z połowy porcji. Naprawdę była to zbyteczna ostrożność:

Za ChilliBite powtórzę, że przepis na marynatę do śledzi i sos musztardowo-kawowy jest autorstwa Michała Godynia, szefa kuchni Ambasady Szwecji w Polsce

Składniki:

- 0,5 kg filetów ze śledzi matias
- Na zalewę do marynowania:
- 300 g wody
- 180 g cukru
- liść laurowy
- 8 ziaren ziela angielskiego
- nieduża marchew
- jedna biała cebula
- 100 g octu spirytusowego 10%

Filety osącz z solanki, zalej bardzo zimną wodą, dobrze wypłucz, aż woda będzie przezroczysta. Wymocz przez ok. 3 godziny. Wodę zagotuj z cukrem, liściem laurowym i kulkami ziela angielskiego. Zdejmij z ognia i dodaj pokrojoną

w plasterki marchew oraz cebulę pokrojoną w cienkie piórka. Warzywa dodaj do gorącej zalewy i odstaw do całkowitego ostudzenia. Jest to ważne dla zachowania jędrności śledzia. Do zimnej zalewy dodaj ocet i wymieszaj. Śledzie wyjmij z wody i osusz papierowym ręcznikiem. Pokrój w kawałki „na kęs”. Włóż do zalewy i marynuj w niej przez dobę.

Sos musztardowo – kawowy

- 90g musztardy
- 45g cukru demerara
- 45g miodu gryczanego
- 25g białego octu winnego 6%
- 1/2 płaskiej łyżeczki soli
- 10g kawy mielonej
- 60g oleju słonecznikowego

Składniki sosu wymieszaj w litrowym słoju. Wyjmij śledzie z zalewy i ponownie osusz. Przełóż do słoika z sosem (ja zachowałam również cebulkę i część marchewki). Marynuj śledzia w sosie ok. 12 godzin. Podawaj z ciemnym pieczywem.

Mówię Wam – niebo na talerzu!



Listopad - Grudzień 2017 r.

04.11.2017 r.

Konferencja naukowa „Medycyna paliatywna a leczenie objawowe w onkologii – rak piersi” zorganizowane przez Stowarzyszenie Hospicjum „Dar Serca” w Muzeum Medali w Częstochowie,

09.11.2017 r.

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo – oddechowa” – Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie,

12.11.2017 r.

Koncert galowy Zespołu Pieśni i Tańca „Śląsk” MDK Kłobuck,

13.11.2017 r.

Spotkanie Naukowe „Szczęśliwe macierzyństwo = Szczęśliwe dzieciństwo”, Obchody XXVI – lecia Oddziału Neonatologicznego oraz Oddziału Położnictwa i Ginekologii z Pododdziałem Patologii Ciąży – Teatr A. Mickiewicza w Częstochowie,

13.11.2017 r.

Konwent Przewodniczących ORPiP w Warszawie,

16.11.2017 r.

Sesja Rady Miasta Częstochowy,

17.11.2017 r.

Konferencja Uniwersytet Śląski w Katowicach,

17-18.11.2017 r.

III Jurajskie Spotkanie Onkologiczne „Rak odbytnicy – nowości w leczeniu onkologicznym” Hotel Arche Częstochowa,

21.11.2017 r.

I Regionalny konkurs z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej „Uratować znaczy żyć” organizowany przez Szkołę Podstawową nr 25 im. Stanisława Staszica w Częstochowie – Centralna Szkoła Państwowej Straży Pożarnej w Częstochowie,

21.11.2017 r.

Śląska konferencja opieki długoterminowej organizowana przez Śląski Związek Pracodawców „Lewiatan” w Katowicach,

24-25.11.2017 r.

XVII Krajowy Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Katowicach,

29.11.2017 r.

Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i dofinansowania zawodowego oraz dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ORPiP w Częstochowie,

29.11.2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

30.11.2017 r.

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego” – Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie,

07.12.2017 r.

Rozpoczęcie kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne dla pielęgniarek” – Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie,

13-14.12.2017 r.

Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych,

15.12.2017 r.

Wręczenie odznaczeń OZZPiP oraz spotkanie wigilijne – Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Zarząd Regionu Śląskiego w Mysłowicach,

15.12.2017 r.

Rozpoczęcie pięciu szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinach;

- pielęgniarstwo chirurgiczne,
- pielęgniarstwo internistyczne,
- pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze,
- pielęgniarstwo neonatologiczne,
- pielęgniarstwo psychiatryczne,

18.12.2017 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

18.12.2017 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

19.12.2017 r.

Kurs dokształcający „Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych” – Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie,

20.12.2017 r.

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” – Ośrodek Szkoleniowy przy OIPiP w Częstochowie,

Listopad – Grudzień 2017 r

Egzaminy kwalifikacyjne na szkolenia specjalistyczne w dziedzinach:

- pielęgniarstwo internistyczne,
- pielęgniarstwo chirurgiczne,
- pielęgniarstwo ginekologiczno – położnicze,
- pielęgniarstwo neonatologiczne,
- pielęgniarstwo psychiatryczne.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie informuje, że zamierza uruchomić w PIERWSZYM półroczu 2018 roku następujące kursy:

Kursy kwalifikacyjne

- Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo internistyczne – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo ratunkowe – kurs dla pielęgniarek systemu
- Pielęgniarstwo rodzinne – kurs dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo rodzinne – kurs dla położnych
- Pielęgniarstwo opieki paliatywnej – kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo geriatryczne - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania - kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek

Kursy specjalistyczne

- Resuscytacja krążeniowo-oddechowa- kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Resuscytacja oddechowo-krążeniowa noworodka – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Szczepienia ochronne – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Szczepienia ochronne dla położnych – kurs specjalistyczny dla położnych
- Leczenie ran – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek
- Leczenie ran - kurs specjalistyczny dla położnych
- Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych - kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część II – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Edukator w cukrzycy – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych
- Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu - kurs specjalistyczny dla położnych
- Onkologia ginekologiczna - dla położnych
- Opieka nad pacjentem z Przewłęką Obturacyjną Chorobą Płuc (POChP) – kurs dla pielęgniarek
- Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji – kurs przeznaczony dla położnych
- Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów- kurs przeznaczony dla pielęgniarek
- Wywiad i badanie fizykalne – kurs specjalistyczny dla pielęgniarek i położnych

Kursy doształcające

- Cewnikowanie pęcherza moczowego
- Długoterminowe dostępy naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych

Kursy jednodniowe

- Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę
- Osoby zainteresowane udziałem w kursach prosimy o zapisywanie się na nie poprzez system SMK

Do kursów kwalifikacyjnych:

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 6 miesięcy pracy w zawodzie.
- złożyć wniosek na kurs za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych - SMK.
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne.

Do kursów specjalistycznych, doształcających:

- zgłoszenie za pomocą Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK

Kontakt z Ośrodkiem Szkoleniowym:

Tel. 519 - 862-186 lub 34 324-12-51 wew. 407



Szanowny Panie Ministrze

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, że w konsekwencji wprowadzenia w życie – w oparciu o przepisy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) – systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) oraz ryczałtowego sposobu finansowania tego systemu, który wraz z wykazem świadczeń podlegających odrębnemu finansowaniu stanowiąc mają formę rozliczania ze świadczeniodawcami kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach wspomnianego systemu doszło do powstania sytuacji, w której świadczeniodawcy niezakwalifikowani do systemu zabezpieczenia pozbawieni zostali środków finansowych przeznaczonych na realizację podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, w myśl mechanizmu uregulowanego w przepisach § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina w związku z tym, że w dniu 23 września 2015 r. w Warszawie zawarte zostało porozumienie pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych i Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych a Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministrem Zdrowia, zgodnie z którym średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki i położnej realizującej świadczenia opieki zdrowotnej u świadczeniodawców posiadających umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej miał wynieść:

- 400,00 zł od dnia 1 września 2015 r. (od dnia 1 stycznia 2016 r. w przypadku świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna) do dnia 31 sierpnia 2016 r.,
- kolejne 400,00 zł (razem 800,00 zł) od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r.
- kolejne 400,00 zł (razem 1.200,00 zł) od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r.
- kolejne 400,00 zł (razem 1.600,00 zł) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.

Uzgodniono przy tym (pkt 6 porozumienia), że „przepisy znowelizowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będą gwarantowały od dnia 1 września 2019 r. utrzymanie średniego miesięcznego wzrostu wynagrodzeń w kwocie nie mniejszej niż określona w ust. 4 pkt 4 oraz ust. 5 pkt 4 [porozumienia]”.

Na wspomniane podwyżki zabezpieczono środki finansowe w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. Powyższe uzgodnienia znalazły odzwierciedlenie w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (§ 2-4), które jest obecnie – zgodnie ze wspomnianym powyżej porozumieniem – konsekwentnie realizowane. Przepisy rozporządzenia przewidują mechanizm finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia średniego wzrostu miesięcznego wynagrodzenia uprawnionych pielęgniarek i położnych do 2019 r., przy czym mechanizm wprowadzony rozporządzeniem został do tej pory uruchomiony za lata 2015/2016 i 2016/2017.

Jednocześnie, zgodnie z § 2 pkt 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225) świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne – w zakresie wskazanym w § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zostały wykazane jako świadczenia

opieki zdrowotnej podlegające odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania, o której mowa w art. 136 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938), określonej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawieranych z podmiotami zakwalifikowanymi do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto, zgodnie z art. 159a cyt. ustawy na wniosek dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, kierowany do świadczeniodawcy wymienionego w wykazie, o którym mowa w art. 95n ust. 1 ustawy, zawierana jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy, na okres kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, przy czym ze świadczeniodawcą tym nie może zostać zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139 ustawy, dotycząca świadczeń opieki zdrowotnej objętych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych w tym wykazie dla tego świadczeniodawcy.

W konsekwencji powyższego pielęgniarki położne zatrudnione u świadczeniodawców, którzy nie zostali zakwalifikowani do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej pozbawione zostały możliwości zwiększenia wynagrodzeń z puli środków finansowych przewidzianych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na wykonanie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W związku z powyższym Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z uprzejmą prośbą o przedstawienie informacji na temat sposobu zabezpieczenia w budżecie państwa albo planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia odpowiednich środków finansowych na zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w kolejnych latach, zgodnie z mechanizmem określonym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP
Zofia Małas

Wiceminister Zdrowia odpowiada na kluczowe kwestie dotyczące pielęgniarek



Ministerstwo Zdrowia

W dniu 25 października 2017 r. z inicjatywy Prezes NRPiP odbyło się spotkanie z Wiceminister Zdrowia Józefą Szczurek – Żelazko, w którym udział wzięły Zofia Małas Prezes NRPiP i Mariola Łodzińska Wiceprezes NRPiP. Na spotkaniu omówiono kwestie:

Dotacji MZ dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych za zadania przejęte od administracji państwowej. Podniesiono konieczność organizacji spotkania w listopadzie celem dokonania weryfikacji i analizy rzeczywistych kosztów ponoszonych przez OIPiP i NIPiP i określenia sposobu realizacji w roku 2018.

Przedmiotem dyskusji były konsekwencje wprowadzenia w oparciu o przepisy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) – systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali) oraz ryczałtowego sposobu finansowania tego systemu, który wraz z wykazem świadczeń podlegających

odrębnemu finansowaniu stanowiąc mają formę rozliczania ze świadczeniodawcami kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ramach wspomnianego systemu, gdzie doszło do powstania sytuacji w której świadczeniodawcy niezakwalifikowani do systemu (w tym nocna świąteczna opieka medyczna) zabezpieczenia pozbawieni zostali środków finansowych przeznaczonych na realizację podwyżek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. W tej sprawie złożone zostało pismo do Ministra Zdrowia z oczekiwaniem sposobu rozwiązania tej sytuacji przez Ministerstwo Zdrowia.

Poruszona została kwestia przedłużających się postępowań przetargowych na szkolenia specjalizacyjne, które do chwili obecnej nie zostały zakończone. W wyniku interwencji Pani Minister ustalono, że na początku listopada mają zostać podpisane ostatecznie umowy z ośrodkami, które wygrały postępowania przetargowe.

Kolejnym punktem spotkania było omówienie prac zespołu ds. strategii dla pielęgniarstwa, która jest w trakcie opracowania przez Departament Pielęgniarek i Położnych w oparciu o wypracowany i przegłosowany materiał w poszczególnych zespołach. Samorząd stoi na stanowisku, że strategia powinna zawierać konkretne rozwiązania, oraz określać sposób finansowania i realizacji poszczególnych elementów strategii.

Ostatnia kwestia dotyczyła opieszałości Ministerstwa Zdrowia w udzielaniu odpowiedzi na pisma skierowane do Ministra Zdrowia i prośby o interwencję w poniższym zakresie tematycznym: brak odpowiedzi w zakresie terminu publikacji przez Ministerstwo Zdrowia taryf opublikowanych w raporcie AOTMiT w zakresie świadczeń w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych i opiekuńczo – leczniczych w tym dla dzieci i młodzieży, brak odpowiedzi na pismo dotyczące składu zestawu przeciwwstrząsowego w neseserze pielęgniarki opieki długoterminowej, brak odpowiedzi na pismo dotyczące wyjaśnienia pojęcia etatu przeliczeniowego w związku ze wzrostem miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej domowej,

*Notatkę sporządziła
Mariola Łodzińska*

Dodatek „widmo” – czyli co dyrektorzy szpitali zrobili z „Zembałowem”?

Działająca od lipca ustawa o sposobie najniższego wynagradzania pracowników medycznych zobowiązała zarządzających placówkami do zagwarantowania pracownikom wzrostu wynagrodzeń. Na wypłatę docelowych stawek dyrektorzy mają czas do końca 2021 r. W przypadku zapewnienia ustawowych stawek pielęgniarkom pomysłem miało być włączenie dodatków ministra Zembała do wynagrodzenia zasadniczego.

Ustawa miała być odpowiedzią na postulaty środowiska oraz w opinii rządzących racjonalną kontrpropozycją dla projektu obywatelskiego, który szybko przeszedł w sejmowych przestrzeniach. Dokument wszedł w życie gwarantując podwyżki z mocą wsteczną, od 1 lipca 2017 r. Dla części placówek ustawa była tylko udokumentowaniem funkcjonujących tam już płac, jednak podmiotom w trudnej

kondycji finansowej sprawiła nie lada problem. Wielu dyrektorów jeszcze jakiś czas temu w rozmowach z Polityką Zdrowotną deklarowało, że poważnie myśli o włączeniu „Zembałowego” do podstawy wynagrodzenia, część pielęgniarek walczyło o to – obawiając się, że dodatek zniknie, gdy NFZ przestanie go finansować. Ale paradoksalnie po wejściu w życie ustawy o minimalnych płacach w ochronie zdrowia, dodatek może być przynajmniej czasowo korzystniejszy.

NRPiP uspokaja, mimo że ustawa nie satysfakcjonuje

Kilka miesięcy temu dyrektorzy rozważali kwestie włączenia dodatku wynagrodzenia zasadniczego. Wielu z nich, ostatecznie zdecydowało się na taki zabieg. Wśród nich jest m.in. Szpital Powiatowy im.

dr. Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem, gdzie problem zapewnienia wynagrodzenia według wskaźników ujętych w ustawie dotyczył jedynie kilku pielęgniarek – informuje dr n. med. Małgorzata Czaplńska – z-ca dyrektora ds. lecznictwa.

– Podobna sytuacja nastąpiła w wielu podmiotach w województwie śląskim – przekazuje Polityce Zdrowotnej Iwona Borchulska, rzeczniczka Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Przynajmniej połowa podmiotów skorzystała w tym regionie z tej możliwości. – Tym sposobem obecny pan minister zarządził podwyżki środkami, które już wcześniej zagwarantował minister Zembala w postaci dodatku – tłumaczy rzecznik prasowy OZZPiP.

Nieco odmienne dane prezentuje jednak Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, która uspokaja. – Dodatek do pensji, czyli trzecia transza 400 zł brutto, jest osobnym dodatkiem i w większości pracodawcy nie włączyli go do wynagrodzenia zasadniczego na czym nam jako Naczelnej Radzie od początku zależało – przekazuje Polityce Zdrowotnej Zofia Małas, prezes NRPiP.

Jest rozporządzenie oraz ustawa

Obowiązujące dwa oddzielne akty – rozporządzenie ministra Zembali oraz ustawa ministra Radziwiłła powinny mieć dwa źródła finansowania. Środki

na realizację „Zembałowego” zostały zabezpieczone, dyrektorzy „przerzucając” je do wynagrodzenia zasadniczego, które reguluje nowa ustawa to działanie, jakie nie powinno mieć miejsca – uważają eksperci, ostatecznie jednak decyzja co do formy wypłaty dodatku należała zarządzającym.

– Nie dziwię się środowisku, że nie chcą, aby tzw. podwyżka zembałowa była liczona do podstawy wynagrodzenia. W ten sposób bowiem mogłoby się okazać, że ustawa o minimalnym wynagrodzeniu nie będzie miała zastosowania bądź będzie miała marginalne zastosowanie dla tej grupy – wyjaśnia nam dr Dobrawa Biadun, radca prawny i ekspert ds. ochrony zdrowia Konfederacji Lewiatan. – Dla mnie jako reprezentanta pracodawców najtrudniejsze jest brak wskazania źródeł finansowania ustawy. Podwyżki dla pielęgniarek uregulowane w rozporządzeniu pochodzą wprost z budżetu NFZ i są wydzieloną pulą pieniędzy przeznaczaną przez płatnika publicznego na ten cel. W przypadku ustawy takiego bezpośredniego przełożenia nie ma, co oznacza, że podwyżki albo wygospodaruje właściciel albo uszczupli kwotę otrzymywaną z NFZ. Nic zatem dziwnego, że obecnie ustawa ma ogromny problem z wdrożeniem i wszystkie placówki „szukają” źródeł jej sfinansowania – podsumowuje ekspert.

Anna Grela



XIII Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2017”



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Koło Liderów Pielęgniarstwa zapraszają pielęgniarki i pielęgniarzy do udziału w XIII Konkursie „Pielęgniarka Roku”

Celem konkursu jest: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek i pielęgniarzy prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram Konkursu:

1. I etap - wyłonienie uczestników w poszczególnych podmiotach leczniczych - do 15 stycznia 2018 r.
2. II etap - eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP - 8 marca 2018 r. godzina 12:00 (miejsce zostanie podane bezpośrednio zainteresowanym)
3. III etap - prezentacja własna - 9 maja 2018 r. w Krakowie (szczegóły zostaną podane w Komunikacie nr 2 na stronie internetowej Towarzystwa www.ptp.nal.pl)

Informacje dodatkowe:

**Iwona Miliszewska, ul. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa,
Tel. 22 39 81 872, Kom. 530 553 324, e-mail: biuroptp@gmail.com**

Prosimy o rozpropagowanie informacji wśród zainteresowanych

Składamy serdeczne gratulacje!!!

W związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie w dniach 17, 19 i 23 października 2017 r., zostały wybrane i wskazane do pełnienia tych funkcji Panie;

***Żaneta Spyra** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Okulistyki,*

***Agnieszka Zasadzińska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego przy ul. PCK 7,*

***Ewa Skrońska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Opieki Paliatywnej przy ul. PCK 7,*

***Julita Stefańska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii przy ul. PCK 7,*

***Maria Huras** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii,*

***Irena Nocoń** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej,*

***Barbara Matyja-Miszczak** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Otolaryngologii i Onkologii Otolaryngologicznej,*

***Magdalena Szymała-Gaudzińska** - Pielęgniarka Oddziałowa Traktu Operacyjnego,*

***Aneta Nachman** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurologii i Udarowego przy ul. PCK 7,*

***Małgorzata Zalewska** - Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej.*



Pragniemy w imieniu Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Barbary Płazy oraz członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych złożyć Paniom najszczerze gratulacje.

Życzymy zadowolenia i sukcesów wynikających z pełnionych funkcji, wszelkiej pomysłowości w życiu osobistym, wdzięczności pacjentów i życzliwości współpracowników.

Szanowni Państwo...

Zbliżając się do końca 2017 r., pragnę przypomnieć, iż Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 8 marca 2017 r. podjęła uchwałę w sprawie ustanowienia odznaczenia zawodowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Odznaczenia te zostały uroczyście wręczone podczas obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej w Filharmonii Częstochowskiej w dniu 12 maja 2017 r.

Mając na względzie prestiż nadanego odznaczenia a także z szacunku dla nominowanych kandydatów przypominam a możliwości zgłaszania szczególnie zasłużonych dla swych zawodów członków OIPiP.

Wzór wniosku o przyznanie odznaczenia zawodowego „Za zasługi w zawodzie” znajduje się na naszej stronie internetowej, pragniemy natomiast na łamach naszego Biuletynu przypomnieć Państwu Regulamin Komisji Nominacyjnej ds. Odznaczeń przyznawanych członkom samorządu OIPiP w Częstochowie.

Zachęcam do składania wniosków. Termin ich przyjmowania upływa 15 marca 2018 r.

*Sekretarz ORPiP
Marzena Maniszewska*

Zdjęcia z Egzaminu końcowego Kursu Specjalistycznego Resuscytacja Krążeniowo Oddechowa (RKO) 09/11/2017



Załącznik nr 1 do Uchwały nr 9/VII/08/2017 z dnia 8 marca 2017r.

Regulamin Komisji Nominacyjnej ds. Odznaczeń przyznawanych członkom samorządu OIPiP w Częstochowie.

§1

Komisję Nominacyjną ds. Odznaczeń stanowią członkowie Prezydium ORPiP, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych.

§2

1. Do zadań Komisji należy:

- przyjmowanie wniosków i ocena ich kompletności,
- dokonywanie analizy działalności zawodowej kandydata i opiniowanie wniosków,
- przedstawienie zaopiniowanych pozytywnie wniosków Okręgowej Radzie lub Prezydium OR celem podjęcia stosownej uchwały.

2. Komisja Nominacyjna ds. Odznaczeń zbiera się co najmniej 1 raz w roku na wniosek Przewodniczącej Komisji Nominacyjnej ds. odznaczeń w celu rozpatrzenia złożonych wniosków.

- a. posiedzenie komisji otwiera jej Przewodnicząca,
- b. po otwarciu posiedzenia Przewodnicząca sprawdza listę obecności i stwierdza o ważności posiedzenia. Posiedzenie jest ważne, jeśli uczestniczy w nim co najmniej połowa członków Komisji,
- c. Przewodnicząca lub osoba przez nią upoważniona przedstawia członkom Komisji zgłoszone wnioski,
- d. po przedstawieniu wniosków Przewodnicząca zarządza dyskusję nad wnioskami a po jej zakończeniu poddaje wnioski pod głosowanie. Głosowanie jest jawne,
- e. uchwały Komisji zapadają zwykłą większością głosów. W przypadku równości głosów, głos rozstrzygający ma Przewodnicząca Komisji.

§3

W przypadku, gdy kandydatem przedstawionym do odznaczenia jest członek Komisji Nominacyjnej ds. Odznaczeń, jest on zobowiązany do opuszczenia sali na czas omawiania i głosowania wniosku w jego sprawie. Każdy z członków Komisji może zgłosić do protokołu zdanie odrębne w formie pisemnej. Po wyczerpaniu wszystkich spraw zamieszczonych w porządku posiedzenia Przewodnicząca ogłasza zamknięcie posiedzenia Komisji.

Protokół z posiedzenia Komisji nominacyjnej zawiera;

- wskazanie osoby zwołującej posiedzenie Komisji,
- miejsce i datę odbycia posiedzenia,
- wskazanie osoby otwierającej i prowadzącej posiedzenie,
- zaproponowany porządek posiedzenia,
- nazwiska i imiona osób, dla których wnioskowano o odznaczenia,
- wyniki głosowań nad poszczególnymi wnioskami,
- ewentualne zdania odrębne członków Komisji,
- listę obecności,
- zgłoszone wnioski w formie załącznika do protokołu.

Protokół z posiedzenia, uchwałę oraz wnioski wraz z załącznikami Przewodnicząca Komisji Nominacyjnej ds. Odznaczeń przekazuje do Sekretarza ORPiP.

§4

Niniejszy Regulamin obowiązuje od dnia 12.04.2017 r., jako przyjęty jednogłośnie na pierwszym posiedzeniu Komisji Nominacyjnej ds. Odznaczeń w dniu 12.04.2017 r.

FPP: Dzienna stawka żywieniowa w szpitalach to tylko 5 zł

Stawki żywieniowe dla pacjentów w szpitalach – które ustalają kierownicy poszczególnych podmiotów leczniczych – wynoszą w większości placówek w Polsce 5 zł dziennie. To niedopuszczalnie niska kwota dla osób wymagających wzmocnienia organizmu w chorobie czy po zabiegach. Niepokojące jest także, że rosną ceny energii, paliwa i żywności – a stawka żywieniowa jest cały czas na tym samym poziomie. Federacja Przedsiębiorców Polskich zwraca uwagę, że to kolejny segment – obok ochrony czy sprzątanias – gdzie jednostki publiczne zaniżają ceny usług kosztem pracowników i obywateli. To niedopuszczalny proceder – każdy szpital powinien zadbać, by pacjenci byli traktowani z szacunkiem, co dotyczy także wyżywienia. Wysokość stawki żywieniowej powinna być adekwatna do cen rynkowych i ustalana rozporządzeniem Ministra Zdrowia dla wszystkich placówek medycznych.

Dyrektorzy dobrych szpitali leczących skomplikowane schorzenia wiedzą, że odpowiednia dieta jest wsparciem dla chorego. Np. w Samodzielnym Szpitalu Klinicznym im. A. Mielęckiego w Katowicach dzienna stawka żywieniowa wynosi 15 zł i te obiady regularnie jada dyrekcja.

„Rozwiązywanie problemów służby zdrowia powinno być kompleksowe – dotyczy to zarówno wynagradzania pracowników służb medycznych, odpowiedniego zarządzania pracą pielęgniarek – których jest w zawodzie coraz mniej, jak i rzetelnego wynagradzania za zamawiany sprzęt czy usługi. Nie może być tak, że bezpieczeństwo pacjentów jest narażane tylko dlatego, że służba zdrowia nadal boryka się z problemami. Obywatele od lat ponoszą koszty złych decyzji i niewydolnego systemu opieki zdrowotnej. Należy jak najszybciej dokonać

zmian, które wpłyną na poprawę sytuacji w służbie zdrowia – a co za tym idzie wynagrodzeń i bezpieczeństwa pacjentów. Ważne jest, by usługi, w tym żywienie, nie były w tym kontekście pomijane. Szacujemy dalszy kroczący wzrost cen artykułów spożywczych. Na bazie dostępnych materiałów oraz kontaktów z dostawcami oceniamy wzrost cen koszyka podstawowego od 15-20% do końca marca 2018” – ocenia Marek Kowalski, przewodniczący Federacji Przedsiębiorców Polskich.



Dotychczasowe i planowane wzrosty elementów stawki żywieniowej: Wzrost cen artykułów spożywczych średnio o 4,6%. Należy wziąć pod uwagę, że wzrosty cen koszyka używanego w cateringu szpitalnym są wyższe od średniej. Wzrosty cen np. nabiału, jabłek, wędlin, pieczywa które odnotowano w ujęciu wrzesień 2016-wrzesień 2017 to od kilkunastu do kilkudziesięciu procent dla wybranych produktów. Wzrost kosztów energii – Urząd Regulacji Energetyki zatwierdził nowe taryfy energii elektrycznej oraz gazu ziemnego (od 01.01.2018). Wzrost cen oscyluje na poziomie 5-10 % w zależności od rodzaju odbiorcy. Nowe Prawo Wodne skutkuje zapowiadany przez samorządy podwyżkami opłat za wodę oraz ścieki w wysokości 5-8%. Wzrost płać (wzrost najniższej krajowej i presja płacowa) od

stycznia 2017- wrzesień 2017 zwiększył koszt płać o 19%.

„Zwracam się do pracowników zawodów medycznych: jeżeli robicie jakiegokolwiek protesty – zresztą słuszne protesty – to zawierajcie w swoich postulatach, szczególnie placowych, również żądania podwyższenia standardu obsługi pacjentów – czyli, jeżeli chcecie, na przykład, plus 10 złotych za godzinę pracy, to zażądajcie podniesienia do 10 zł czy 14 zł stawki żywieniowej dla pacjenta. Macie wtedy wsparcie obywateli” – wskazał Poseł na Sejm RP Paweł Kukiz po ostatnim pobycie w szpitalu.

„Żywnie jest jednym z elementów terapii – źle odżywiony pacjent jest bardziej narażony na zakażenia czy odleżyny. To ważny i niezbędny element terapii, którego nie można pomijać – a przede wszystkim integralna część procesu leczniczego. Misja i obowiązki personelu medycznego – który bez wątpienia powinien być właściwie wynagradzany – powinny iść w parze z dbałością o bezpieczeństwo i jakość opieki nad pacjentem. Takie postulaty prezentujemy od wielu lat – systematycznie apelując do Ministra Zdrowia” – podkreśla Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Szpitalne menu zaniepokoiło Rzecznika Praw Obywatelskich, Adama Bodnara. Zaapelował do Ministra Zdrowia Konstantego Radziwiłła, by wraz z NFZ zainteresowali się wyżywieniem pacjentów. Zdaniem RPO, złemu menu jest winna chęć oszczędzania na jedzeniu pacjentów, bo trzeba je sfinansować w ramach kontraktu z NFZ. Rzecznik Praw Obywatelskich zaproponował, by prawo do żywienia, zgodnie ze stanem zdrowia leczonej osoby, wpisać do Karty Praw Pacjenta.

ŻÓŁTACZKA POKARMOWA

WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU A

ZAWSZE
MYJ RĘCE



WIRUSEM MOŻESZ
ZAKAŻIĆ SIĘ PRZEZ
BRUD NA RĘKACH,
KTÓRYMI SPOŻYWASZ
POSIŁKI

PIJ WODĘ
PRZEGOTOWANĄ



WIRUSEM
MOŻESZ
ZAKAŻIĆ SIĘ
PRZEZ SPOŻYCIE
SKAŻONEJ
WODY/LODU

MYJ
ŻYWNOSĆ



WIRUSEM MOŻESZ
ZAKAŻIĆ SIĘ PRZEZ
SPOŻYCIE
PRODUKTÓW
UMYTYCH W
SKAŻONEJ WODZIE

ZASZCZEP
SIĘ



SKUTECZNYM
SPOSOBEM NA
"WZW TYPU A"
JEST SZCZEPIENIE
OCHRONNE

MYCIE RĄK TARCZĄ OCHRONNĄ PRZED ŻÓŁTACZKĄ POKARMOWĄ

Śląsk:

Służby sanitarne ostrzegają przed początkiem epidemii żółtaczki

Na wirusowe zapalenie wątroby typu A w 2017 r. na Śląsku zachorowało już 198 osób. Rok wcześniej takich przypadków było zaledwie... trzy! Służby sanitarne ostrzegają, że można już mówić o początkach zagrożenia epidemiologicznego. Jak uchronić się przed chorobą?

Na oddziałach zakaźnych w szpitalach zaczyna brakować miejsc dla pacjentów. Coraz większy problem jest też z zapewnieniem wystarczającej liczby szczepionek przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu A, czyli żółtaczki zwanej potocznie chorobą brudnych rąk.

Ślązacy mają problem z żółtaczką pokarmową

Statystyki zachorowań nie były tak wysokie od lat. Zaledwie do połowy października służby sanitarne zostały poinformowane o 198 pacjentach, u których zdiagnozowano tę dolegliwość.

Eksperti uważają, że sytuacja jest na tyle poważna, że można już mówić o początku epidemii. W całym 2016 r. było zaledwie trzech pacjentów, których trzeba było leczyć na tę przypadłość – teraz jest ich aż 66 razy więcej a liczba chorych stale rośnie.

Ze względu na dynamiczny wzrost zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny zdecydował się opublikować zestawienie dotyczące zachorowalności na WZW A na terenie województwa śląskiego w latach 2014–2017.

Co trzeba wiedzieć o WZW typu A?

Wirusowe zapalenie wątroby typu A (potocznie zwane żółtaczką pokarmową lub chorobą brudnych rąk) jest schorzeniem wywołanym przez wirus A zapalenia wątroby (HAV). Ludzie są jedynym rezerwuarem tego wydalanego z kałem wirusa.



CO TO JEST WZW A?

Wirusowe zapalenie wątroby typu A (wzw A) to ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa HAV (Hepatitis A Virus), tzw. choroba „brudnych rąk”.



PODSTĘPNE WZW

JAK DOCHODZI DO ZAKAŻENIA WZW A?

- podczas bezpośredniego kontaktu z osobą zakażoną,
- w wyniku spożycia zakażonej żywności,
- przez spożycie zakażonej wody (także w formie kostek lodu),
- drogą kontaktów seksualnych z osobą zakażoną/chorą.

ZAPOBIEGAJ! ZASZCZEP SIĘ!

SZCZEPIENIE PRZECIWKO WZW A

NAJLEPSZYM SPOSOBEM ZAPOBIEGANIA ZACHOROWANIU



PAMIĘTAJ ABY:

- myć ręce przed każdym posiłkiem i zawsze po wyjściu z toalety,
- utrzymywać właściwe warunki sanitarno-higieniczne przy przygotowaniu posiłków,
- dokładnie myć owoce i warzywa przed spożyciem.



SZKOŁA CZYSTYCH RĄK

Do zakażenia może dojść poprzez:

- spożycie skażonego pożywienia (np. nieumytych owoców) lub skażonej wody (podstawowa droga),
- kontakt bezpośredni z zakażonym człowiekiem (np. przeniesienie wirusa poprzez nieumyte po wyjściu z toalety ręce),
- kontakty seksualne (nie tylko analne), w tym przez bezpośredni kontakt oralno–analny, jak i poprzez kontakt oralny z częściami ciała oraz powierzchniami, na których znajduje się wirus.

Przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej oraz podczas przygotowywania i spożywania posiłków jest absolutną koniecznością.

Tabela 1. Zachorowania za WZW A w województwie śląskim w latach 2012-2017*

(*dane za 2017 rok do 15 października)

Lata	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ogółem	16	4	9	7	3	198

Przewodnicząca OZZPiP Członkiem Rady Dialogu Społecznego

W poniedziałek (30.10.2017 r.) podczas posiedzenia Rady Dialogu Społecznego odbyła się w Pałacu Prezydenckim uroczystość, na której Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda powołał siedmiu nowych członków Rady Dialogu Społecznego. Nominację otrzymała m.in. Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Krystyna Ptok. Gratulacje i kwiaty na jej ręce złożyła Przewodnicząca Forum Związków Zawodowych Dorota Gardias wraz z przedstawicielami Prezydium tej centrali związkowej.



W uroczystości uczestniczyła też Rzeczniczka OZZPiP, Iwona Borchulska. Ze względu na harmonogram przewodniczenia RDS, zaplanowany w ten sposób, że co roku kolejno przewodniczącym zostaje przedstawiciel poszczególnych stron Dialogu, tj. związków zawodowych, pracodawców i rządu – przewodnictwo w Radzie objęła strona rządu, a bezpośrednio Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Elżbieta Rafalska.

Podczas posiedzenia RDS zaprezentowano także prezydencki projekt noweli ustawy o RDS i innych instytucjach dialogu społecznego. Zapowiedziano,

że zaproponowane przez Prezydenta zmiany mają służyć wzmocnieniu dialogu na poziomie wojewódzkim, co spotkało się z uznaniem zarówno strony społecznej, jak i przedstawicieli pracodawców. Przeprowadzono również dyskusję dotyczącą funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł utrzymał propozycję stopniowego zwiększania nakładów na ochronę zdrowia do 6 % PKB w 2025 r., podkreślając, że jest to historyczna decyzja będąca znakiem dobrej zmiany. Poza tym

zasygnalizował, że po przeanalizowaniu skutków realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. 2017, poz. 1473) i wyciągnięciu odpowiednich wniosków jest otwartość na rozmowy dotyczące jej nowelizacji. Już teraz Minister zadeklarował, że w razie powyższych działań zaprasza przedstawicieli stron Dialogu do współpracy w zespołach ekspertów.

Uniwersytet Jagielloński
Wydział Prawa i Administracji
Katedra Prawa Karnego

Studia podyplomowe
Prawo medyczne i bioetyka 2016/2017
Temat:

Obywatel Polski jako pacjent w innych państwach Unii Europejskiej

Aniela Stopa

Traktat założycielski Wspólnoty Europejskiej stanowi, że zadaniem Wspólnoty jest: „utworzenie wspólnego rynku, unii gospodarczej i walutowej oraz prowadzenie wspólnej polityki i działań w celu przyczynienia się do harmonijnego i zrównoważonego rozwoju gospodarczego, stabilnego, nie prowadzącego do inflacji i szanującego środowisko naturalne, wzrostu gospodarczego, wysokiego poziomu zatrudnienia i ochrony socjalnej, podniesienia poziomu i jakości życia oraz powstania ekonomicznej i społecznej spójności i solidarności pomiędzy państwami członkowskimi”.

W celu upowszechnienia idei integracji Traktat wprowadza cztery podstawowe zasady.

Są to: swobodny przepływ osób, swobodny przepływ usług, swobodny przepływ towarów oraz swobodny przepływ kapitału. Jedną z głównych zasad wyrażanych w przepisach unijnych jest zasada swobodnego przepływu osób, czyli zasada swobodnego podróżowania, przebywania i zamieszkiwania (również pracowania) obywateli Unii Europejskiej na terytorium każdego z państw członkowskich Wspólnoty.

Potrzeba zagwarantowania ciągłości nabytych praw ubezpieczonym obywatelom Unii Europejskiej korzystającym ze swojego prawa do swobodnego przemieszczania się po terytorium Wspólnoty przyczyniła się

do stworzenia przepisów wspólnotowych dotyczących koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, obowiązujących na terytorium wszystkich państw Unii Europejskiej. W stosunku do przepisów państw członkowskich z zakresu zabezpieczenia społecznego przepisy wspólnotowe nie stawiają wymogu harmonizacji czyli ich ujednolicenia, a mają jedynie na celu koordynację tych systemów. Oznacza to, że każde państwo członkowskie posiada własny system zabezpieczenia społecznego.

Każde państwo samo decyduje, kto i na jakich warunkach podlega ubezpieczeniu, oraz jakie należą się świadczenia i jakie składki są na to ubezpieczenie odprowadzane. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego została ustanowiona na szczeblu wspólnotowym przede wszystkim w celu wyeliminowania niekorzystnych następstw, jakie mogłyby powstać w związku z podejmowaniem zatrudnienia lub wykonywaniem pracy na własny rachunek pod rządami systemów zabezpieczenia społecznego różnych państw członkowskich. Zadaniem przepisów wspólnotowych jest uregulowanie współlistnienia różnych systemów tak, aby obywatele państw członkowskich mogli faktycznie korzystać z zagwarantowanych im uprawnień. Koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego opiera się na następujących zasadach: równe traktowanie

pracowników migrujących i obywateli państwa przyjmującego w zakresie obowiązków i uprawnień z tytułu zabezpieczenia społecznego, właściwość tylko jednego ustawodawstwa w zakresie objęcia ubezpieczeniem, zachowanie praw nabytych ubezpieczonych obywateli państw członkowskich UE, sumowanie okresów, od których zależy nabycie uprawnienia do świadczenia bądź podwyższenie jego wymiaru.

O czym musi pamiętać obywatel Polski? Po pierwsze, żeby móc skorzystać z leczenia nieplanowanego na terenie innych krajów członkowskich UE, musi być ubezpieczony, lub być członkiem rodziny ubezpieczonego w rozumieniu prawa unijnego...

Przepisy wspólnotowe dają gwarancję, że regulacje różnych krajowych systemów zabezpieczenia społecznego nie będą dyskryminować ani w jakikolwiek sposób negatywnie wpływać na sytuację ubezpieczonego obywatela Unii, który korzysta z prawa do swobodnego przemieszczania się i zamieszkiwania na terytorium Wspólnoty. Koordynacja umożliwi zatem ochronę nabytych praw z zakresu zabezpieczenia społecznego obywatelom Unii przemieszczającym się po jej terytorium. Przepisy wspólnotowe dotyczą m.in. realizacji prawa do świadczeń zdrowotnych na terytorium całej Europejskiej Wspólnoty dla ubezpieczonych obywateli państw członkowskich tej Wspólnoty. Jeżeli osoba objęta jest ubezpieczeniem zdrowotnym w powszechnym systemie jednego z państw członkowskich UE, to ma prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w każdym z krajów UE na takich samych zasadach, jakie obowiązują obywateli każdego z tych krajów, posiadających ubezpieczenie zdrowotne. Zarówno przepisy UE, jak i konwencje lub umowy o opiece zdrowotnej definiują, które osoby mają prawo do świadczeń zdrowotnych, tak zwany krąg osób uprawnionych. W przepisach UE mówi się o ubezpieczonych obywatelach UE, podczas gdy konwencje lub umowy o opiece zdrowotnej mogą mówić o „osobach mieszkających” na terenie danego kraju lub „obywatelach” danego państwa. Zróżnicowanie tych pojęć wynika z tego, że ustawodawstwo różnych krajów może określać wyrażenie „ubezpieczony” na różne sposoby. W niektórych krajach ludzie ubezpieczeni są z tytułu stosunku pracy lub wykonywania działalności na własny rachunek, podczas gdy w innych krajach podstawą ubezpieczenia jest zamieszkanie lub obywatelstwo.

Obywatel Polski przebywający na terenie innego niż Polska kraju członkowskiego Unii Europejskiej, który znajdzie się w jakiejś sytuacji faktycznej (zdrowotnej), która powoduje potrzebę uzyskania świadczeń zdrowotnych, może skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w tym kraju - innym niż Polska ale kraju członkowskim Unii Europejskiej korzystając z uregulowań poruszonych powyżej.

Obywatel Polski aby skorzystać ze świadczeń zdrowotnych będąc na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej musi być ubezpieczony. Dlaczego? Gdyż ubezpieczony a także członkowie jego rodziny przebywający w innym państwie członkowskim UE niż państwo właściwe, w którym są ubezpieczeni - są uprawnieni do świadczeń zdrowotnych np. terapeutycznych, diagnostycznych, które stały się z powodów medycznych niezbędne w czasie ich pobytu, z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń oraz przewidywanego czasu pobytu.

Przy czym powyżej chodzi o ubezpieczonego w rozumieniu prawa unijnego - a w perspektywie polskiej jest to każda osoba uprawniona do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, ponieważ w Polsce mamy ubezpieczonego rozumianego nieco wężiej, ze względu na to, iż mamy osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń, które nie są objęte ubezpieczeniem np. nieubezpieczone kobiety w ciąży i dzieci.

Natomiast to sformułowanie „stały się niezbędne w czasie ich pobytu” sugeruje, że to dotyczy świadczeń nieplanowanych - czyli coś wystąpiło nagle, przy czym „niezbędne w czasie ich pobytu” nie należy interpretować jak nasze „stany nagłe”. Nie chodzi tylko o sytuację nagłego zagrożenia życia, zdrowia lub ciężkiego uszczerbku na zdrowiu lub innych przypadków nie cierpiących zwłoki ale to dotyczy tych wszystkich sytuacji kiedy jest jakiś problem zdrowotny, który nagle się pojawił i należałoby skorzystać choćby w perspektywie naszego kraju z wizyty u lekarza poza (przebiegnięciem). To sytuacja, która powoduje, że z powodów medycznych staje się potrzebne udzielenie świadczeń zdrowotnych. To mogą być nasze „stany nagłe” ale nie tylko - to wszystko zależy od sytuacji.

O czym musi pamiętać obywatel Polski? Po pierwsze, żeby móc skorzystać z leczenia nieplanowanego na terenie innych krajów członkowskich UE, musi być ubezpieczony, lub być członkiem rodziny ubezpieczonego w rozumieniu prawa unijnego, i co więcej, musi to udowodnić świadczeniodawcy w tym kraju, w którym przebywa. Ubezpieczony ma przedstawić świadczeniodawcy w tymże państwie członkowskim gdzie przebywa, dokument wydany przez instytucję właściwą, potwierdzający jego uprawnienie do świadczeń, czyli, że jest ubezpieczony albo członkiem rodziny ubezpieczonego. Ten dokument wydany przez instytucję właściwą to Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego tzw. karta EKUZ. Ale ta karta EKUZ nie do końca zawsze odzwierciedla

prawdziwy stan faktyczny. Ważne jest na jaki okres czasu jest owa karta wydana. W takich standardowych sytuacjach jest to okres 6 miesięcy, przy czym, może się zdarzyć tak, że po wydaniu karty EKUZ np. ustał stosunek pracy (w momencie wydawania karty był pracownikiem), przez 30 dni ma jeszcze prawo do świadczeń, a później prawo do świadczeń się kończy, a karta EKUZ obowiązuje jeszcze przez 3-4 miesiące. Dlatego dokument ten wydany przez instytucję właściwą, ma jakby potwierdzić świadczeniodawcy w innym państwie członkowskim UE, że ten kto się legitymuje ważną jeśli chodzi o przedział czasowy kartą EKUZ, jak mu zostaną udzielone świadczenia zdrowotne, to ta instytucja właściwa mu za nie zapłaci. To wcale nie oznacza, że w końcu pacjent (obywatel Polski) nie będzie musiał za nie zapłacić, a właściwe oddać instytucji właściwej (jak wróci do Polski), jakby się okazało, że prawa do świadczeń nie ma, a karta EKUZ nadal by ten okres potwierdzała.

Może się zdarzyć tak, że obywatel Polski zapomniał wyrobić kartę EKUZ, albo jego karta straci okres ważności, wówczas „instytucja miejsca pobytu, na wniosek lub z innych koniecznych względów, występuje do instytucji właściwej o wystawienie takiego dokumentu tzw. certyfikatu potwierdzającego, że ma on takowe uprawnienie”. Czyli to może być tak, że np. jest przyjęty do szpitala w Niemczech, nie ma karty EKUZ i prosi aby szpital w Niemczech wystąpił do NFZ w Polsce by ten w trybie pilnym potwierdził, że jest ubezpieczony zdrowotnie i następnie żeby to leczenie mogło być od razu sfinansowane przez NFZ. W praktyce są jednak problemy z tym trybem, a w szczególności, do wyegzekwowania od świadczeniodawców, żeby występowali do NFZ o owo potwierdzenie. Może zdarzyć się tak, że w związku z tym nie uda się wystąpić w tym trybie dodatkowym do polskiej instytucji właściwej czyli do NFZ aby potwierdziła swojemu obywatelowi prawa do świadczeń i wydała mu ten certyfikat potwierdzający, który zastępuje kartę EKUZ.

Może zdarzyć się tak również, że jego karta EKUZ nie zostanie uhonorowana. Np. niekiedy we Włoszech są problemy z respektowaniem polskich kart EKUZ. Pacjent może wylegitymować się ważną kartą EKUZ - a Włosi żądają aby zapłacił bo inaczej nie udzieli świadczeń. Obywatel Polski może znaleźć się w sytuacji, że ma kartę EKUZ i musi zapłacić, nie ma karty EKUZ i musi zapłacić, albo nie ma możliwości wystąpienia z wnioskiem o ten certyfikat zastępujący. No i wówczas pojawia się regulacja - „jeżeli ubezpieczony

rzeczywiście poniósł koszty świadczeń, udzielonych w ramach rozporządzenia o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, może on przesłać swój wniosek o zwrot kosztów do instytucji miejsca pobytu” i w takiej sytuacji instytucja zwraca bezpośrednio poszkodowanemu koszty. Oznacza to, że np. ma sytuację nagłą, nie ma karty EKUZ, to musi zapłacić za udzielone świadczenie, i koniecznie musi wziąć rachunek, następnie wystąpić z wnioskiem do NFZ o zwrot kosztów udzielonego świadczenia, jeżeli to było w stanie nagłym, on w momencie tego świadczenia w Polsce miał status osoby uprawnionej do korzystania z świadczeń finansowanych z środków publicznych, wtedy NFZ zwróci mu owe koszty.

Ogólnie biorąc ze świadczeń zdrowotnych w innych krajach członkowskich Unii Europejskiej może korzystać osoba ubezpieczona lub członkowie jej rodziny. Teraz chodzi o zakres tych świadczeń. Te świadczenia rzeczowe - zdrowotne mają być niezbędne w czasie pobytu z uwzględnieniem charakteru tych świadczeń i przewidywanego czasu pobytu.

Wyjaśnienie tego jest następujące - aby, zapobiec przymusowemu powrotowi ubezpieczonego do swojego państwa przed końcem planowanego pobytu, w celu uzyskania niezbędnego leczenia. Chodzi o takie świadczenia zdrowotne, w perspektywie ich charakteru, aby one umożliwiły swobodne kontynuowanie pobytu w innym kraju członkowskim zgodnie z zaplanowanym czasem, nie mniej i nie więcej. Czyli jak ktoś wyjeżdża na wakacje do innego kraju członkowskiego Unii Europejskiej np. na 2 tygodnie i drugiego dnia zaistniała dla niego jakaś sytuacja zdrowotna i wymaga on podjęcia jakiegoś leczenia, to przysługuje mu w tym trybie nagłym takie świadczenie zdrowotne i w takim zakresie aby mógł swobodnie dokończyć swój 2 tygodniowy pobyt. Nie mniej i nie więcej. W związku z czym tego się nie da ocenić abstrakcyjnie - jakie to świadczenia zdrowotne będą, to wszystko będzie zależało od sytuacji zdrowotnej (czasami wystarczy jedna wizyta, czasami może to być kilka wizyt, czasami wymaga to przyjmowania leków czy hospitalizacji). Nie jest wykluczone zastosowanie tego trybu w przypadku chorób przewlekłych, chodzi o to jedynie, aby epizod wynikający z choroby przewlekłej wystąpił podczas pobytu już w innym kraju członkowskim.

Kluczowe znaczenia ma zdanie „świadczenia te udzielane są w imieniu instytucji właściwej, przez instytucję miejsca pobytu zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, tak jak gdyby

Chodzi o takie świadczenia zdrowotne, w perspektywie ich charakteru, aby one umożliwiły swobodne kontynuowanie pobytu w innym kraju członkowskim zgodnie z zaplanowanym czasem, nie mniej i nie więcej.

zainteresowana osoba była ubezpieczona na mocy wspomnianego ustawodawcy”. Np. Polak pojechał do Hiszpanii i „świadczenia są udzielane w imieniu instytucji właściwej”, instytucją właściwą jest polski NFZ, przez instytucją miejsca pobytu czyli hiszpańskiego świadczeniodawcę i hiszpański NFZ. Zgodnie z przepisami stosowanego przez nią ustawodawstwa, na zasadach obowiązujących w Hiszpanii, tak jakby on był ubezpieczony w Hiszpanii.

Polska poza lekami, wyrobami i transportem, płaci wszystko za świadczenia ze środków publicznych, świadczenia są pokrywane w całości.

Prawo unijne reguluje jedynie to kiedy instytucja właściwa ma obowiązek ową zgodę wydać.

Wystarczy, że pojedziemy do Czech - u nich hospitalizacja w połowie finansowana jest przez pacjenta i w połowie ze środków publicznych, i teraz jeżeli Polak pojedzie na wakacje do Czech i w trakcie pobytu w Czechach dozna wypadku, trafi do szpitala, jest to niewątpliwie świadczenie w stanie nagłym, to te świadczenia będą mu udzielone w imieniu polskiego NFZ, ale przez czeskiego świadczeniodawcę i na jego zasadach a on nie będzie traktowany jak ubezpieczony w Polsce, ale jak ubezpieczony w Czechach, a skoro Czesi muszą płacić połowę, to on też będzie musiał zapłacić połowę.

Znaczna część naszego społeczeństwa kompletnie nie zdaje sobie sprawy, że karta EKUZ nie powoduje tego, że za granicą leczymy się tak jak w Polsce - na takich samych zasadach - myślą, że jak mają kartę EKUZ i pojedą sobie gdzie indziej to mają wszystko za darmo - a to nie jest prawdą.

W formularzach o kartę EKUZ zawarte jest pytanie: „czy chcesz pozyskać informację o systemie zdrowotnym obowiązującym w innych państwach” - na ogół ludzie zaznaczają, że nie, a to bardzo istotne informacje.

Dobrze by było wyjeżdżając do kraju członkowskiego gdzie obowiązuje chociaż w jakimś zakresie współpłacenie, dodatkowo ubezpieczyć się by w ogóle nie ponosić kosztów, ale trzeba wiedzieć gdzie się jedzie i jaki system tam obowiązuje.

Jeżeli instytucja właściwa czyli np. nasz polski NFZ, wydaje kartę - w naszym wypadku EKUZ albo zgodę na leczenie, wówczas w ten sposób wydaje zgodę aby jeden z ubezpieczonych obywateli Polski skorzystał z zabiegu w innym kraju członkowskim, to zdaje się on na lekarzy, instytucji państwa członkowskiego miejsca pobytu, czyli miejsca tam gdzie pacjent

jest, na to, że oni będą w ramach swoich działań podejmować właściwe postępowanie z pacjentem, a w konsekwencji nasz polski NFZ ma obowiązek zaakceptować i uznać za ustalone zarówno rozpoznanie, zalecenia jak i dokonany przez lekarzy wybór metod leczenia, tak jakby było to zrobione w kraju, i co więcej także wówczas gdy dokonany wybór wiąże się z przewiezieniem pacjenta do innego państwa w celu poddania go leczeniu. Oznacza to, że jak Polak dostaje kartę EKUZ i jadzie do innego kraju członkowskiego (np. na wakacje) i następuje u niego jakaś sytuacja nagła i lekarze w tym kraju członkowskim decydują - leczenie szpitalne, zabieg, transport do innego kraju, zaordynują pewne leki itd. to NFZ ma obowiązek zaakceptować te wskazania, chyba że powstaną uzasadnione wątpliwości co do zasadności takiej decyzji lekarskiej, ale wtedy to na NFZ ciąży obowiązek udowodnienia, że coś jest nie tak. Tak to wygląda z nieplanowanymi.

Planowane leczenie w innym kraju członkowskim Unii Europejskiej bazującym na swobodzie przepływu osób, który ma zapewnić maksymalnie najlepszą ochronę pacjentów, w tym wypadku, nie finansom publicznym ale pacjentom.

Ubezpieczony udający się do innego państwa członkowskiego w celu uzyskania świadczeń rzeczowych/zdrowotnych, ubiega się o zezwolenie instytucji właściwej, w naszym wypadku to zgoda NFZ.

Mamy obowiązek w każdym wypadku uzyskać zgodę NFZ, przynajmniej tak wynika z przepisów.

Jak wygląda tryb uzyskania zgody w praktyce? Prawo unijne reguluje jedynie to kiedy instytucja właściwa ma obowiązek ową zgodę wydać. Wskazuje tutaj, że zezwolenie takie jest wydawane jeżeli spełnione są dwa warunki.

Warunek pierwszy, jeżeli przedmiotowe leczenie należy do świadczeń gwarantowanych państwa członkowskiego, w którym zainteresowany ma miejsce zamieszkania - w Polsce: jest w koszyku świadczeń gwarantowanych. Chodzi o to by nadal była zachowana zasada równości, nawet jak ktoś jedzie na leczenie za granicę, to finansujemy mu to samo co miałby sfinansowane w Polsce, nie ma możliwości uzyskania zgody NFZ na sfinansowanie procedury, która u nas jest poza „koszykiem”. Problem jest wtedy gdy pacjent nie może uzyskać takiego leczenia w terminie uzasadnionym z medycznego punktu widzenia. NFZ, nie do końca trafnie

interpretuje tę przesłankę, w związku z czym, ten termin uzasadniony z medycznego punktu widzenia w polskiej praktyce, jest interpretowany jako maksymalnie dopuszczany czas oczekiwania na procedurę. Lekarz w trybie tejże procedury, powinien określić ile on na tę procedurę np. operację może czekać, z medycznego punktu widzenia. W Polsce jest to interpretowane maksymalnie i później nie ma sensu jej robić. Natomiast ta przesłanka - termin uzasadniony z medycznego punktu widzenia, to nie maksymalny czas oczekiwania na dany zabieg, ale taki jaki jest zalecany, że nie więcej niż. Może dłużej pewnie będzie to miało jakiś sens, ale najlepiej byłoby żeby to w takim i w takim przedziale czasowym czyli w najbardziej optymalnym. Jak się tego w tym czasie zrobić nie da, to NFZ musi wydać zgodę.

Na terenie innego państwa UE ten nasz ubezpieczony musi przedstawić dokument wydany przez instytucje właściwą czyli zgodę NFZ. Jest oczywiście obowiązek wydania zgody przez dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ, gdy są spełnione przesłanki wymienione powyżej - musi wydać zgodę jak są spełnione te dwie przesłanki. Zgoda jest wydawana w drodze decyzji administracyjnej. Od decyzji dyrektora przysługują odwołanie w trybie KPA do prezesa, później można jeszcze złożyć skargę na zasadach ogólnych. Żeby można było uzyskać zgodę to trzeba złożyć wniosek o wyrażenie zgody, ten owy wniosek musi wypełnić częściowo pacjent i częściowo lekarz - pacjent podaje podstawowe dane, lekarz wskazuje: stan zdrowia uzasadniający wykonanie tej procedury medycznej, uzasadniony medycznie czas oczekiwania, plus już powinno dojść uzgodnienie gdzie można by to zrobić, ponieważ ta zgoda jest zawsze wydawana na konkretną jednostkę. Teraz problem polega na tym, że wniosek wymaga w odpowiedniej części wypełnienia przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego posiadającego drugi stopień specjalizacji, albo tytuł specjalisty, nie jakiegokolwiek lekarza specjalisty, ale lekarza ubezpieczającego, czyli udzielającego świadczeń w ramach kontraktu z NFZ. Jest potrzeba szybkiego wykonania zabiegu, lekarz widzi, że czas oczekiwania w Polsce na te zabiegi jest dość długi, musi dać skierowanie do lekarza np. kardiologa, pacjent musi przejść całą procedurę kolejkową na liście oczekujących w kolejce oczekujących, ten lekarz kardiolog musi na pierwszej wizycie, zrobić pewną diagnostykę, jak mu to robi, i dojdzie do wniosku - tak trzeba zabieg - to musi wypełnić ten wniosek, tenże wniosek już po uzgodnieniu z drugą stroną idzie do dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

Zgód, które są wydawane w tym trybie jest bardzo mało. Z jednego prostego powodu. Jak NFZ wyda zgodę na leczenie to płaci wszystko. Biorąc pod uwagę, że jednak większość świadczeń zdrowotnych w innych krajach członkowskich, które naszych pacjentów interesują, jest droższa - to NFZ kompletnie nie na rękę wydawać te zgody. Jak wygląda dalej ta procedura? Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego może, skierować wniosek do weryfikacji konsultanta krajowego w danej dziedzinie medycyny, który w szczególności ma potwierdzić konieczność wykonania tego zabiegu i określić ile pacjent może na niego czekać. Jak dostanie potwierdzenie od konsultanta, że rzeczywiście trzeba mu tę operację wykonać i on może czekać maksymalnie rok. To kolejny ruch który robi NFZ to próba znalezienia na terenie kraju jakiegokolwiek świadczeniodawcy, który zrobi to w tym terminie czasu. Dlaczego tak się postępuje? Jak NFZ znajdzie to dobrze - ale wtedy odmowa zgody na leczenie za granicą.

Jak już wcześniej wspominałam swoboda przemieszczania osób nie jest jedyną swobodą, z której możemy korzystać na terenie Unii Europejskiej. Tych swobód jest kilka, a jedna z nich to swoboda świadczenia usług. Swoboda świadczenia usług w kontekście ochrony zdrowia to po prostu możliwość pojechania do innego kraju członkowskiego i swobodne skorzystanie z usług zdrowotnych za nie płacąc.

Skoro Polak może pojechać do innego kraju członkowskiego i sobie swobodnie wykupić usługę, a w swoim kraju członkowskim, gdzie jest ubezpieczony z tej samej usługi skorzystałby „bezpłatnie” czy też zostało by mu to sfinansowane ze z środków publicznych, to czy sam fakt, że jądzie do innego kraju i tam musi ponieść koszty, powinien z natury rzeczy wykluczać możliwość finansowania tego z środków publicznych, czy też powinien mieć możliwość zwrotu kosztów tejże usługi, bo gdyby ona była wykonywana w kraju była by za darmo, a jedynie fakt, że jest ona wykonywana w innym kraju członkowskim powoduje, że musiał za nią zapłacić.

Jak mówimy o świadczeniach zdrowotnych, w kontekście swobody świadczenia usług, no to ponieważ w perspektywie świadczenia usług, nie chodzi o to aby jak najbardziej zabezpieczyć interesy poszczególnych osób i pacjentów, tylko interes publiczny państwa, no to taka pełna swoboda w zakresie wykupywania tego rodzaju usług o charakterze medycznym wcale nie musi być na gruncie prawa Unii Europejskiej uzasadniona. Poważne ryzyko

finansowe, które może sprowadzić niebezpieczeństwo dla krajowych systemów ochrony zdrowia, albo konieczność zapewnienia pewnych gwarancji, które, byłyby istotne dla zdrowia publicznego, albo nawet przeżycia populacji ludzkiej, bardzo mocne argumenty, mogą przyznać rację za tym, aby ograniczać swobodę świadczenia usług.

Do państwa członkowskiego należy rozstrzygnięcie o wysokości i poziomie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej.

Z tych m.in. powodów uchwalono dyrektywę o ochronie praw pacjentów transgranicznych w opiece zdrowotnej. Państwa członkowskie zostały zobowiązane żeby wprowadzić tryb, który będzie pozwalał na zwrot kosztów leczenia w innym kraju członkowskim. Oparty o dyrektywę która została zbudowana na swobodzie świadczenia usług. Ale jednocześnie ta dyrektywa nie ma wpływu na prawa ubezpieczonych do otrzymania zgody na leczenie w warunkach które są określone w rozporządzeniach unijnych o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, co powoduje, że tryb z rozporządzenia zostaje, on zostaje na swobodzie przepływu osób, ale państwa członkowskie musiały wprowadzić alternatywny tryb oparty na swobodzie świadczenia usług.

Wynika z niej, że państwo ma obowiązek wprowadzić, zapewnić zwrot kosztów, jeżeli dana opieka zdrowotna mieści się w zakresie świadczeń do których ktoś jest uprawniony w państwie, na zasadzie świadczeń gwarantowanych. Do państwa członkowskiego należy rozstrzygnięcie o wysokości i poziomie pokrycia kosztów opieki zdrowotnej. Mianowicie wymogiem, który jest wprowadzony na poziomie dyrektywy jest to, że koszty transgranicznej opieki zdrowotnej mają być zwracane, przynajmniej do poziomu na którym koszty te byłyby pokryte w kraju. A teraz państwo może rozstrzygnąć o dalszym poziomie pokryciu kosztów, mówiąc inaczej - jak coś za granicą jest droższe niż w Polsce to, dyrektywa narzuca, że zwrot kosztów musi być przynajmniej do ceny w Polsce,

Dzięki temu po implementacji tej „dyrektywy transgranicznej” mamy drugi tryb uzyskania zgody. Pierwszy jest opisany w rozporządzeniu w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego artykuły o leczeniu planowanym i nieplanowanym. A drugi to ten na poziomie naszej ustawy systemowej, jako implementacja tejże dyrektywy.

Jak to uregulowano w Polsce?

Wyłączono w ramach opieki transgranicznej z finansowania takie świadczenia:

1. obowiązkowe szczepienia ochronne,

2. opieka długoterminowa, jeżeli jej celem jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego,
3. przydział i dostęp do narządów przeznaczonych do przeszczepów; obejmuje wszelkie czynności związane z pobieraniem i przeszczepieniem komórek, tkanek i narządów.

Określono wykaz świadczeń wymagających uprzedniej zgody dyrektora OW NFZ

1. świadczenia wymagające pozostania pacjenta w szpitalu co najmniej do następnego dnia, bez względu na rodzaj udzielanych świadczeń,
2. pozytonowa tomografia emisyjna (PET)
3. tomografia komputerowa
4. rezonans magnetyczny
5. badania medycyny nuklearnej
6. badania genetyczne
7. leczenie w ramach programów lekowych
8. terapia izotopowa
9. teleradioterapia stereotaktyczna
10. terapia hiperbaryczna
11. wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne.

Określono co należy zrobić.

Nasz obywatel musi złożyć wniosek do dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ o wydanie zgody na uzyskanie w innym niż RP państwie członkowskim UE świadczenia opieki zdrowotnej. Fundusz może odmówić wydania wymaganej zgody na skorzystanie ze świadczenia za granicą, jeśli dane świadczenie będzie mogło być udzielone w Polsce w terminie uzasadnionym przesłankami medycznymi, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia i prawdopodobnego przebiegu choroby podobnie ja wyżej.

Jeżeli Polak już skorzystał ze świadczeń to może złożyć wniosek o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

Do wniosku o zwrot kosztów musi dołączyć oryginał rachunku oraz potwierdzenie pokrycia całości kosztów świadczenia, jeśli nie wynika to z załączonego rachunku. Warunkiem uzyskania zwrotu kosztów jest posiadanie wymaganych skierowań, zleceń lub recept, wydanych przez osoby uprawnione

do ich wystawiania, zgodnie z przepisami polskimi lub innego państwa członkowskiego UE. Wszystkie załączniki do wniosku muszą być przetłumaczone na język polski. Tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego. Na wyraźny wniosek pacjenta, świadczeniodawca w państwie leczenia ma obowiązek zamieścić wszystkie niezbędne informacje, które pozwolą na jednoznaczne ustalenie udzielonych świadczeń, wydanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia lub wyrobów medycznych, a także na ich odpowiednią wycenę wg stawek obowiązujących w Polsce, która jest państwem ubezpieczenia, oraz na określenie przysługującej kwoty zwrotu.

Ten wniosek o zwrot kosztów składa się w terminie do 6 miesięcy od dnia wystawienia rachunku za świadczenie opieki zdrowotnej, którego wniosek dotyczy.

Rozpatrywanie wniosków odbywa się w trybie postępowania administracyjnego. Termin rozpatrzenia wniosku bez konieczności prowadzenia postępowania wyjaśniającego wynosi 30 dni od dnia wszczęcia postępowania a jeśli konieczne jest postępowanie wyjaśniające – do 60 dni. W przypadku prowadzenia postępowania wyjaśniającego przy udziale zagranicznego punktu kontaktowego – zwrot kosztów bądź wydanie decyzji o odmowie zwrotu kosztów następuje w terminie 6 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

Zwrot należnej kwoty powinien nastąpić w ciągu 7 dni od dnia, w którym NFZ podejmie wiadomość, że decyzja stała się ostateczna, lub do dnia 31 stycznia następnego roku, jeśli kwota przeznaczona w ramach dyrektywy transgranicznej na dany rok została wydatkowana.

Narodowy Fundusz Zdrowia odmówi zwrotu kosztów:

1. za świadczenie, które w Polsce nie jest świadczeniem gwarantowanym, to znaczy nie wymieniono go w koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych,
2. zakupionych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych nier refundowanych zgodnie z przepisami polskimi,
3. jeśli nie zostały spełnione warunki dotyczące posiadania przez świadczeniobiorcę odpowiednich skierowań, zleceń, bądź recept,
4. jeśli świadczeniobiorca nie spełnił wymogów warunkujących jego udział w programie

zdrowotnym bądź nie został zakwalifikowany do danego programu lekowego,

5. jeśli skorzystano ze świadczeń bez uprzedniej zgody dyrektora oddziału Wojewódzkiego NFZ, choć taka zgoda była wymagana,
6. jeśli wnioskujący o zwrot kosztów nie przedstawi dokumentów zawierających wystarczające dane dotyczące przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego, pozwalające na zidentyfikowanie świadczeń opieki zdrowotnej, których wniosek dotyczy,
7. jeśli wnioskujący nie udokumentował faktu pokrycia całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek,
8. jeśli wniosek został złożony po obowiązującym terminie.

Pacjenci mogą wnioskować o zwrot kosztów leków lub wyrobów medycznych kupionych w innym państwie UE na podstawie recepty wystawionej przez lekarza zarówno polskiego, jak i z innego kraju UE. To samo dotyczy recepty wystawionej przez lekarza z innego państwa UE, a zrealizowanej w polskiej aptece. Zwrot dotyczy leków refundowanych w Polsce, zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia obowiązującym w dniu realizacji recepty w aptece. Recepta transgraniczna, która nie została zrealizowana w innym niż Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej, może zostać zrealizowana w Polsce za pełną odpłatnością. Jeśli recepta została wystawiona zgodnie z przepisami uprawniającymi do jej realizacji i refundacji przez NFZ, może być zrealizowana w polskiej aptece z uwzględnieniem odpłatności określonych w ustawie o refundacji. Recepta „transgraniczna” wystawiana jest na tym samym druku, co „zwykła” recepta, obowiązująca w danym kraju.

Na recepcie „transgranicznej” muszą być następujące dane:

1. imię lub imiona i nazwisko pacjenta;
2. data urodzenia pacjenta;
3. imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę;
4. kwalifikacje zawodowe osoby wystawiającej receptę (tytuł zawodowy);
5. dane do bezpośredniego kontaktu osoby wystawiającej receptę (adres e-mail lub numer telefonu lub faksu wraz z prefiksem międzynarodowym);
6. adres miejsca udzielania świadczenia zdrowotnego (nazwa miejscowości, ulica, numer domu, numer lokalu – jeżeli nadano), a w przypadku lekarzy

Na wyraźny wniosek pacjenta, świadczeniodawca w państwie leczenia ma obowiązek zamieścić wszystkie niezbędne informacje, które pozwolą na jednoznaczne ustalenie udzielonych świadczeń

wykonyjących działalność leczniczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania – adres miejsca przyjmowania wezwań i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej oraz oznaczenie „Polska” albo skrót „PL”;

7. nazwa powszechnie stosowana (międzynarodowa) lub nazwa handlowa jeżeli: przepisany produkt jest biologicznym produktem leczniczym lub osoba wystawiająca receptę uważa, że jest ona niezbędna ze względów medycznych; w takim przypadku na recepte związane podaje powody użycia nazwy handlowej;
8. postać; dawka (moc); ilość; sposób dawkowania;
9. data wystawienia recepty;
10. złożony na awersie recepty własnoręczny podpis osoby wystawiającej receptę.

Recepta powinna spełniać wymogi pod względem czytelności i trwałości naniesionych danych (w tym za pomocą wydruku). Na receptie transgranicznej nie może być przepisany lek o kategorii dostępności „Rpw”, czyli taki, który zawiera w swoim składzie substancje psychotropowe lub środki odurzające. Recepta może zawierać także inne dane, o których mowa w innych przepisach.

Utworzono Krajowy Punkt Kontaktowy - to instytucja działająca w każdym państwie członkowskim UE. Do jego zadań należy, m.in. udzielanie informacji i pomocy osobom, które zamierzają albo już skorzystały ze świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w dyrektywie transgranicznej.

Porównanie procedury zwrotu kosztów za świadczenia realizowane w ramach przepisów ustawy implementującej dyrektywę transgraniczną i przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (ze strony KPK - NFZ).

	Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej implementujące dyrektywę transgraniczną	Przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego
Obszar obowiązywania	państwa UE	państwa UE i EFTA
Instytucja odpowiedzialna za ustalenie kwoty do zwrotu	właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	instytucja miejsca pobytu w państwie leczenia
Instytucja wypłacająca wskazaną kwotę	właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	„a) właściwy oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia lub b) bezpośrednio w państwie członkowskim leczenia o ile ustawodawstwo tego państwa przewiduje taką możliwość”
Sposób ustalenia kwoty zwrotu	wg stawek obowiązujących w państwie ubezpieczenia	wg stawek obowiązujących w państwie, w którym udzielono świadczeń
Opieka zdrowotna świadczona przez:	placówki medyczne działające w ramach systemu ubezpieczenia powszechnego oraz placówki medyczne prywatne, jak również apteki	placówki medyczne i apteki działające w ramach danego systemu ubezpieczenia powszechnego
Świadczenia, których koszty podlegają zwrotowi	wyłącznie świadczenia, które należą do świadczeń gwarantowanych w państwie członkowskim ubezpieczenia (tj. w Polsce)	zakres świadczeń zgodnie z ustawodawstwem państwa na terenie, którego miało miejsce leczenie
Charakter świadczeń, których koszty podlegają zwrotowi	„świadczenia planowane wymagające uprzedniej zgody NFZ w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej objętych wykazem, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej świadczenia planowane niewymagające uprzedniej zgody po spełnieniu warunków określonych w art. 42b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej”	świadczenia planowane wyłącznie na podstawie zgody Narodowego Funduszu Zdrowia
	świadczenia opieki zdrowotnej w trybie niezbędnym z medycznego punktu widzenia	świadczenia udzielane w trybie niezbędnym z medycznego punktu widzenia (w tym również w przypadku gdy osoba nie posiadała karty EKUZ)
Maksymalny termin na złożenie wniosku	6 miesięcy od daty wystawiania rachunku	brak daty końcowej
Tryb rozpatrywania wniosku	postępowanie administracyjne z uwzględnieniem przepisów szczególnych określonych w art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej	na zasadach określonych w art. 25 lit. b rozporządzenia 987/2009

Z tego względu, że współlistnieją koło siebie dwa tryby, to ten z rozporządzenia co do zasady jest korzystniejszy dla pacjenta i przepisy wskazują, że jeśli jest możliwość zastosowania obydwóch to NFZ powinien wybrać tryb który jest korzystniejszy..

Literatura: Tomasz Filarski, Tomasz Sroka, Zrozumieć prawa pacjenta, Warszawa 2013

(wyd. II zmienione)

Tomasz Sroka, Odpowiedzialność karna

za niewłaściwe leczenie.

Problematyka obiektywnego przypisania skutku, Warszawa 2013

Korzystano z wykładów - dr n. pr. Tomasz Sroka ze stron:

- Opieka Zdrowotna w UE i EFTA - NFZ(Krajowy Punkt Kontaktowy)

- Prawa Pacjenta w krajach Unii Europejskiej

Składamy serdeczne gratulacje!!!

W związku z przejściem na emeryturę

Pani Annie Wiszniewskiej

długoletniej Pielęgniarce Oddziałowej Oddziału Neurologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie, ul. PCK 1

Po wielu latach oddanej pracy na rzecz pacjenta życzymy wszelkiej pomyślności, zdrowia i radości. Niech zasłużony odpoczynek będzie wyjątkowym etapem w Pani życiu, niech obfituje miłością bliskich, szacunkiem przyjaciół, niech pozwoli na realizację planów i zamierzeń na które wcześniej być może nie było czasu....

Składają ; Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego, koleżanki z Oddziału Neurologi

oraz

Przewodnicząca Barbara Płaza i członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

w Częstochowie.

Składamy serdeczne gratulacje uczestniczkom szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

Pielęgniarstwa zachowawczego, które zdały w dniu 20 listopada egzamin państwowy w Warszawie.

*Bartnik Maryla
Bekus Marlina
Berezińska Edyta
Biernacka Urszula
Buła Marzena
Chrost Małgorzata
Feliks Monika
Gajda Celina
Gardoń Magdalena
Gęsiarz Mirosława
Goner Renata
Koćwin Mariola
Konopka Ewa
Lora Beata
Marczyńska Romualda
Michalczyk Ewa
Orzińska Anita
Osiewacz Maria
Pańczyk Roksana
Pawłowska Katarzyna
Polis Agnieszka
Przybyłowicz Bożena
Ptak Barbara
Rykata Agnieszka
Struska Barbara
Szota Beata
Szymczyk Wioletta
Tulejska Jolanta
Walkowicz Renata
Zych Marzena*



„Na gwiazdkę co najlepsze każdy dziś wybiera ...”

– polskie Boże Narodzenie w latach 30.

Współcześnie Święta Bożego Narodzenia atakują nas już w listopadzie. W sklepach pojawiają się czekoladowe Mikołaje, ozdoby choinkowe, a z głośników płyną dobrze znane melodie bożonarodzeniowych piosenek. Nie zawsze tak to wyglądało.

Polska, I wojna światowa i dwudziestolecie międzywojenne, Historia życia codziennego i obyczajowości, Artykuły. Najczęściej gdy myślimy o Bożym Narodzeniu w okresie międzywojennym, to zwykle pierwsze na myśl przyjdą nam święta ziemiańskie. Ale jak mogło wyglądać Boże Narodzenie w domu „inteligencji pracującej” w latach trzydziestych XX wieku? Spójrzmy jak pomagały w tej kwestii gazety.

Kiedy zacząć przygotowania? W większości wypadków pierwsze wzmianki o przygotowaniach do świąt Bożego Narodzenia pojawiają się w gazetach dopiero w numerach grudniowych. Poszczególne artykuły wskazywały jakie potrawy warto przygotować, jak udekorować choinkę i stół, a także jak przygotować własnoręcznie ozdoby choinkowe. Gazety często wychodziły naprzeciw warunkom ekonomicznym czytelników. Pożyteczne informacje mogły więc zdobyć tak gospodynie z zamożnych domów, jak również te, które miały skromne dochody. W grudniowym numerze Praktycznej Pani z 1937 roku, możemy przeczytać: „Niech nam zamożniejsze panie nie wezmą za złe, że podawać będziemy skromne (dania – B.M.), ale musimy liczyć się z tem, że korzystają z naszych przepisów osoby młode,

niedoświadczone i mające ograniczony budżet.” W dalszej części zapewniano jednak, że w następnym numerze zostaną przedstawione potrawy wystawniejsze. Sugerowano, aby prace „sezonowe” jak pranie, czy mycie okien zrobić około dwóch tygodni przed świętami. Z kolei ciasta należało zacząć piec w okolicy 20 grudnia, tak aby: „(...) w dniu wigilijnym móc wytworzyć atmosferę pełną spokoju, odpoczynku i radości.” Artykuły miały również aspekt wychowawczy. Rodzicom podpowiadano, aby w przygotowaniu wciągnąć także dzieci i młodzież, która mogła przygotowywać dodatki do ciast, albo pomóc w sprzątanii.

Gdy pani posiadała w swoim gospodarstwie domowym urządzenia gazowe, na których przygotowywała posiłki, to przed świętami mogła skorzystać z pomocy Gazowni Miejskiej. Ta ostatnia organizowała bowiem bezpłatne pokazy pieczenia ciast właśnie na takich urządzeniach.

Co w żołądku? W teorii na stole wigilijnym powinno pojawić się 12 postnych potraw. Jednak patrząc na menu, przedstawiane w gazetach, nierzadko ograniczano się tylko do trzech potraw: zupy, ryby (w różnej postaci) oraz słodkiego deseru. Dbano jednak o to, aby zgodnie z tradycją były dania

z kapustą, grzybami i makiem. Gospodyni nie musiała jednak podawać specjalnie dla tych produktów przyrządzanych potraw, gdyż: „W dzisiejszych ścieśnionych jadalnospisach, nie pomieścimy wszystkiego, jeżeli jednak mak podamy w leguminie, a kapustę w zupie, czy w paszteciku, nie będzie to złamanie tradycji.” Usprawiedliwiano to przede wszystkim kwestiami ekonomicznymi, ale także, praktycznymi: „Nie ma wiele sensu, przygotowanie dla tradycji tych potraw, które odchodzą nietknięte od stołu.” Ponadto uważano, że przy wigilijnym stole nikt nie jest już w stanie posmakować 12 dań, więc należy pamiętać: „(...) żeby było smacznie, zdrowo dla nas i dla naszej kieszeni.”

*Sugerowano,
aby prace
„sezonowe” jak
pranie, czy
mycie okien
zrobić około
dwóch tygodni
przed świętami.*



Niektóre produkty potrzebne do przygotowania potraw zaradna gospodyni nabywała wcześniej, gdy były one tańsze. Chodziło przede wszystkim o masło, jajka, mąkę, cukier, które można było przechowywać. Z kolei ryby i mięso kupowano na ostatnią chwilę, szczególnie jeżeli pogoda nie uraczyła mrozem. Nie można było wówczas przechowywać mięsa w chłodnym miejscu i łatwo się ono psuło.

Jeżeli natomiast komuś koniecznie zależało na choince, to w cukierni można było kupić małe sztuczne drzewka, które były jednocześnie bombonierkami, na których wisiły słodycze.

Co dokładnie podawano? W większości wypadków menu proponowane w gazetach nie różniło się zbytnio od tych dań, które znane są nam dzisiaj. Mogliśmy tam znaleźć m.in. zupę grzybową z kluseczkami, karpia smażonego, kompot z suszonych owoców, panierowane i smażone grzybki. Uważano, że muszą być to dania polskie, a nie zagraniczne. W odróżnieniu od innych uroczystych kolacji, wieczerza wigilijna rozpoczynała się od razu od zupy, wcześniej nie były przewidziane żadne przekąski. Wszystkie potrawy były tradycyjnie postne. Gdybyśmy chcieli dziś odtworzyć taką kolację możemy odwołać się do przykładowego menu z Pani domu z roku 1938:

Zupa grzybowa czysta z naleśnikami pokrojonymi jak makaron
Ryba po grecku na zimno
Grzyby z zupy smażone
Ryba faszzerowana – pieczona
Ziemniaki z wody
Sos chrzanowy
Kompot z owoców suszonych i surowych.



Jak można zauważyć większość z tych potraw jest znana również dzisiaj. Przygotowania ich nie zajmuje dużo czasu, a wykonując je możemy poczuć smak wigilii naszych przodków. Na sam koniec należy oczywiście podać jakieś słodkości. W tym samym numerze gazety możemy odnaleźć również przepis na pierniczki krajane i orzechy kawowe. W taki oto sposób można przygotować kolację 24 grudnia.

Co na stole? Jak się to często podkreśla, ludzie najpierw „jedzą” wzrokiem. O jedzeniu już było, czas więc wspomnieć o otoczeniu podawanych rarytasów. Duże znaczenie miało ozdabianie stołów wigilijnych. Podkreślano w ten sposób uroczysty charakter tego dnia. Gazety wychodziły w tej kwestii naprzeciw zapotrzebowaniu czytelników, przedstawiając artykuły poświęcone dekorowaniu, gdyż: „(...) tradycja nie daje ustalonych form”, ale „Możemy je sami wytworzyć. Powinniśmy je nawet wytworzyć, jeżeli chodzi

o zwyczaj dekoracji stołu w ogóle, na co jeszcze mało zwraca się u nas uwagi”. Dawało to duże pole do popisu autorom tekstów.

Musiano pamiętać, aby udekorowany stół stanowił całość, nawet wówczas, gdy nie było na nim żadnej zastawy stołowej. Nic nie wolno było pozostawić przypadkowi. Jeżeli dane gospodarstwo nie mogło pozwolić sobie na kupno choinki, to nic nie stało na przeszkodzie temu, aby pani domu, dzięki swojej pomysłowości, wprowadziła do mieszkania trochę świątecznego klimatu w inny sposób. Według M. S. na białym obrusie, który był nieodzowny w czasie uroczystych kolacji, wystarczyło położyć wieniec z iglastych gałęzi, w środku którego umieszczano miseczkę z makiem. Nie trzeba było zresztą przejmować się brakiem gałązek – wystarczyło wówczas wyciąć kilka gwiazdek z kolorowego papieru (srebrny, złoty, niebieski, czerwony) i ułożyć je pod salaterki, maselniczkę, szklanki. Jeżeli natomiast komuś koniecznie zależało na choince, to w cukierni można było kupić małe sztuczne drzewka, które były jednocześnie bombonierkami, na których wisiły słodycze. Inni kupowali małe żywe drzewka i stawiali je na środku stołu.

Inspiracje do dekorowania stołów, nie tylko w tradycyjną biel, brano z różnych stron. Można było podążyć za tradycją rolniczą i wykorzystać: jabłka, orzechy, makówki lub szyszki. Kolejne pomysły mogła dać choinka, pomimo że: „nie jest ona rdzennie polskim zwyczajem, ale uświęciła ją już tradycja”. Można było wykorzystać rzeczy, które się na niej znajdowały: gałązki, świece, włosy anielskie w kolorze srebra i złota. Aby stół był jeszcze piękniejszy pisano także o wykorzystaniu



kolorowych tkanin, co miało złamać biel obrusu świątecznego i nawiązać do kolorowych ozdób na choince. W latach trzydziestych często stosowano również w domach jako element ozdobny różnego rodzaju formy rękodzieła ludowego. Ono także mogło pojawić się na stołach w postaci: „pięknie polerowanych mis i talerzy na jabłka i słodycze”. Nie zapomniano również o jemiolo i ostokrzewie, ale podkreślano że są to elementy niepolskie.

Oczywiście nieodzownym elementem była duża, żywa choinka, niestety nie wszyscy mogli sobie na nią pozwolić. Ubrane drzewko mogło stanowić jedyną ozdobę tego wieczoru, szczególnie jeżeli stało w jadalni. Nie trzeba było wówczas przemawiać się dekorowaniem stołu. Samą choinkę można było ubrać w gotowe zestawy bombek, a ich reklama w Mojej przyjaciółce głosiła, iż w skład kompletu wchodziło prawie 150 szklanych ozdób. W zależności od pieniędzy

jakimi dysponowano, można było nabyć komplet „Popularny” 5,90 zł, „Ludowy” za 7,90 zł, „Wykwintny” 9,85 zł, oraz „Wykwintny-najwyższy” z „ogromnymi bombami i potrójnymi reflektorami” za 11,95 zł. Za darmo do wysyłki otrzymywano dodatkowo książkę „Kolędy – pieśni”, a całość była zapakowana w drewnianą skrzynię.

Jeżeli w tegoroczne święta chcemy ubrać choinkę tak jak sugerowano to w gazetach z lat trzydziestych, to należy pamiętać o tym, aby nie umieszczać na niej zbyt dużej liczby ozdób. Według ówczesnych autorów powodowało to, że drzewko stawało się cięższe i było mniej „estetyczne”. Z kolei lampki powinny być umieszczone na środkowych częściach gałęzi, gdyż: „Choinka ma swoisty i bajkowy czar, jeśli światło wydobywa się z głębi gałęzi.”

Niech za zakończenie posłużą te kilka słów, które powinny być naszą myślą przewodnią w trakcie przygotowań do świąt:

Pamiętajmy – że „Gwiazdka” zarówno w pałacu, jak i na poddaszu może być radosna. Potrzebuje tylko atmosfery ciepła i serdecznej łączności zrodzonej z uczucia kochających i oddanych sobie wzajemnie serc.

PRZEDUK ZE STRONY: Świąteczne tradycje i Boże Narodzenie w polskiej historii



❧ Kondolencje ❧

*„ Nikt nam nie powiedział,
Kiedy mamy się pożegnać,
I ile mamy czekać aby znów się pojeść...”*

Pani

Halinie Caban

Pielęgniarki z Centralnej Sterylizatorni

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Mamy

składają; współpracownicy a także cały personel
Miejskiego Szpitala Zespołonego

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

*...„W daleką podróż zabrał Cię Bóg.
Jedną nadzieję Nam dając,
Że kiedyś przekroczą, też Niebios próg,
Ci, którzy tutaj w bólu zostali...”*

Pani

Ewie Garus

słowa otuchy i współczucia z powodu tragicznej śmierci

Męża

składają współpracownicy z oddziałów rehabilitacyjnych
w Kochcicach

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych
w Częstochowie.

Uwaga!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

ogłasza nabór na

bezpłatny kurs dla pielęgniarek i położnych w ramach projektu

*„Nowe kwalifikacje i uprawnienia podstawą
do poprawy jakości usług medycznych w Polsce”.*

Wywiad i badanie fizykalne

45 miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych pracujących

w **Podstawowej Opiece Zdrowotnej**, które nie brały

jeszcze udziału w naszym projekcie unijnym

**Zapisu na kursy trzeba dokonać
przez system SMK oraz
na wnioskach papierowych.**

Biurowo Projektu

przy Ośrodku

Szkoleniowym OIPIP

w Częstochowie pok.407

ul. Pułaskiego 25

42-200 Częstochowa

tel. 519-862-186

lub 34 324-51-12

e-mail: szkolenia@oipip.czyst.pl