

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

21 stycznia - Dzień Babci

*Kochana Babciu w dniu Twojego święta,
życzę, byś była zawsze uśmiechnięta
i Ty drogi Dziadku miej uśmiech na twarzy,
niech Ci się spełni wszystko o czym marzysz.*

22 Stycznia - Dzień Dziadka

*Niechaj dziadzio z babciunią tak nam długo żyją,
polki komar i mucha morza nie wypiją.
A ty mucho, ty komarze, pijcie wodę pawoli,
niech się dziadzio z babcią nażyją do woli.*

Styczeń 2011r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38



W NUMERZE:

NRPiP - stanowiska, opinie, apele	1
Uchwały ORPiP - kalendarium, pisma	7
Konsultanci krajowi	9
PTP	11
Szkolenia	13
Biblioteka	14
Szkolenia	15
Konferencje	16
Porady prawne	16
Obsada pielęgniarska	26
Informacje	27

**Biuletyn informacyjny wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie
Ul. Kopernika 38
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18
0-503-008-946

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.



Stanowisko nr 53
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2010 r.

w sprawie powoływania pielęgniarek i położnych
jako biegłych sądowych

W świetle obecnie obowiązujących przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. Prawo o ustroju sądów powszechnych (Dz. U. Nr 98, poz. 1070 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 24 stycznia 2005 r. w sprawie biegłych sądowych (Dz. U. z 2005 r. Nr 15, poz. 133), w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z prośbą o wykorzystanie możliwości wyznaczania jako biegłych sądowych ekspertów z dziedzin pielęgniarstwa i położnictwa. Ułatwić to może sądom rozpoznawanie spraw, w których występują zagadnienia, w których konieczna jest specjalistyczna wiedza z ww. dziedzin medycznych.

W związku z postępującym rozwojem wiedzy i nauki w dziedzinach pielęgniarstwa oraz położnictwa Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uważa za istotne wspieranie się w postępowaniach sądowych wiedzą i doświadczeniem pielęgniarek lub położnych. Mając na uwadze postępowania, w których pojawiają się problemy z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa, w szczególności postępowań w których stroną jest pielęgniarka lub położna, rola biegłego w postępowaniach sądowych posiadającego teoretyczne i praktyczne wiadomości w tych dziedzinach rośnie. Obecnie w praktyce w postępowaniach sądowych w sprawach dotyczących pielęgniarek lub położnych powoływani przez sąd są biegli będący lekarzami medycyny. W przekonaniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych nie zawsze będą oni dysponowali wystarczającą wiedzą w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa. Zawody

pielęgniarki i położnej są bowiem samodzielny, specjalistycznymi zawodami medycznymi wykonywanymi w oparciu o ustawę o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.).

W związku z powyższym, zwracamy się z prośbą o zasygnalizowanie Prezesom Sądów Okręgowych działających na terenie właściwości Państwa Sądu kwestii potrzeby i możliwości powoływania biegłych sądowych z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa.

Zwracamy uwagę w tym kontekście na możliwość wystąpienia przez Prezesa danego Sądu Okręgowego do działającej na terenie jego właściwości okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wskazanie pielęgniarki lub położnej – eksperta w danej dziedzinie, posiadającego teoretyczną i praktyczną wiedzę w danej dziedzinie (§ 14 powołanego wyżej rozporządzenia z dnia 24 stycznia 2005 r.).

W załączniku przedstawiamy wykaz okręgowych izb pielęgniarek i położnych działających na obszarze właściwości Państwa Sądu wraz z danymi kontaktowymi. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Załącznik do Stanowiska nr 53 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2010 r. w sprawie wystąpienia do Prezesów Sądów Apelacyjnych o powoływanie pielęgniarek/położnych na biegłych sądowych.

Wykaz okręgowych izb pielęgniarek i położnych działających na obszarze właściwości Sądu Apelacyjnego w Katowicach wraz z danymi kontaktowymi

L.p.	Sąd Apelacyjny	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
1.	Sąd Apelacyjny w Katowicach	Beskidzka Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych ul. Krasieńskiego 28, 43-300 Bielsko Biała
		33 822 81 11
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie ul. Kopernika 38, 42-200 Częstochowa
		34 324 51 12
		Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach ul. Francuska 16, 40-027 Katowice
		32 209 04 15

Stanowisko nr 54
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 8 grudnia 2010 r.

w sprawie konieczności zwiększenia środków
finansowych na zadania związane z kształceniem
pielęgniarek i położnych na szkoleniach
specjalizacyjnych w 2012 r.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnioskuje o zwiększenie w ustawie budżetowej na 2012 rok kwoty dofinansowania w ramach zadań realizowanych ze środków Funduszu Pracy, jednego miejsca szkoleniowego dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2012 roku.

Kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego powinna wynosić 5.500 zł. Powyższe jest konieczne ze względu na systematycznie wzrastające koszty prowadzenia szkoleń



specjalizacyjnych. Odpowiednio zabezpieczona wysokość środków finansowych powinna gwarantować jakość prowadzonego kształcenia w tym rodzaju. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Stanowisko nr 55 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2010 roku

w sprawie zwiększenia wartości rocznej stawki kapitacyjnej dla świadczeń pielęgniarki szkolnej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża kategoryczny sprzeciw wobec obniżenia rocznej stawki kapitacyjnej dla świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę szkolną w Zarządzeniu Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych żąda zwiększenia wartości rocznej stawki kapitacyjnej dla świadczeń pielęgniarki szkolnej z wartości 48 zł do 42 zł.

Uzasadnienie:

Niedopuszczalna jest sytuacja, w której występuje znaczna różnica w wysokości stawki kapitacyjnej pomiędzy projektem zarządzenia poddanym konsultacjom społecznym, a wydanym aktem prawnym. Przewidziana w wyżej wymienionym Zarządzeniu stawka kapitacyjna jest nieadekwatna do kosztów realizacji świadczeń pielęgniarek szkolnych. Powoduje to pogłębiające się niedofinansowanie świadczeniodawców (pielęgniarek szkolnych), co w konsekwencji może wpłynąć na jakość świadczonych usług na rzecz dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

Apel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 8 grudnia 2010 r.

w sprawie ustalenia nowych kryteriów wyboru oferty na realizację umów w zakresie świadczeń pielęgniarskich i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca się z prośbą o rozważenie możliwości podjęcia prac nad ustaleniem nowych kryteriów wyboru oferty dla świadczeniodawców realizujących umowy z zakresu świadczeń pielęgniarskich i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, a w szczególności pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Proponuje się, aby istotnym kryterium były np. kwalifikacje i forma zatrudnienia personelu oraz organizacja opieki.

Pielęgniarki opieki długoterminowej sygnalizują, iż dotychczas stosowanie jedynego kryterium wyboru oferty, jakim jest cena, zachęca duże podmioty do stosowania bardzo niskich

stawek za osobodzień, co w konsekwencji powoduje eliminowanie z rynku usług medycznych pielęgniarek, które od kilku lat zawierały umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia na powyższe świadczenia. Pielęgniarki opieki długoterminowej wykonujące zawód w formie indywidualnych praktyk nie mogą obniżać ceny realizowanych usług, poniżej rzeczywistych ponoszonych kosztów.

Należy mieć na uwadze, iż stosowanie przez wskazane podmioty stawek niższych niż proponowane przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia jest podyktowane zamiarem zajęcia jak największej części rynku usług w zakresie opieki długoterminowej poprzez eliminowanie praktyk pielęgniarek i zaproponowanie z pozycji monopolisty dużo większej ceny w latach następnych. ■

Sekretarz NRPiP
Tomasz Niewiadomski

Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych Warszawa, dnia 26 października 2010 r.

**Pan
Donald Tusk**
Prezes Rady Ministrów

Szanowny Panie Premierze

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyrażam stanowczy sprzeciw wobec wprowadzenia w projekcie ustawy o działalności leczniczej przepisów dotyczących kwestii wyłączenia prawa do prowadzenia przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych rejestru indywidualnych, specjalistycznych oraz grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, pozbawienia prawa do kontroli i nadzoru okręgowych rad pielęgniarek i położnych nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych.

Art. 100 ust. 1-2 i 4-5 projektu ustawy o działalności leczniczej (wersja z dnia 13.10.2010 r.) przewiduje, iż organem prowadzącym rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (m.in. pielęgniarek/położnych) jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W konsekwencji wykreślono przepisy art. 24a - 25b oraz art. 25d - 27, 27b - 30a obecnie obowiązującej ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 151 poz. 1217 ze zm.). Tym samym okręgowe rady pielęgniarek i położnych zostały całkowicie pozbawione przysługującego im uprawnienia do prowadzenia rejestru indywidualnych, specjalistycznych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz do kontroli prawidłowości prowadzenia powyższych praktyk przez pielęgniarki i położne, nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych.

Ponadto wprowadzenie przepisów przewidzianych w projekcie jest niezgodne z regulacjami zawartymi w projekcie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (projekt MZ z dnia 11 października 2010 r.), który w art. 45 przewiduje, iż okręgowe rady pielęgniarek i położnych mają obowiązek udostępniania systemowi informacji w ochronie zdrowia, za pośrednictwem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, danych objętych wpisem do rejestru indywidualnych, specjalistycznych,



grupowych praktyk pielęgniarek i położnych, co wskazuje wyraźnie na utrzymanie kompetencji okręgowych rad pielęgniarek i położnych w zakresie prowadzenia powyższych rejestrów.

NRPiP pragnie podkreślić, iż zgodnie z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP samorządy zawodowe reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. W opinii NRPiP powyższe regulacje zawarte w projekcie ustawy o działalności leczniczej pozbawiające samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych prawa do prowadzenia rejestrów działalności regulowanej i nadzoru nad działalnością regulowaną pielęgniarek i położnych są niezgodne z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP, gdyż realnie wyłączają prawo samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki, położnej i powinny być wykreślone.

NRPiP wskazuje, iż każdemu utworzonemu przez ustawodawcę samorządowi zawodowemu przysługuje scedowane na niego przez organy państwowe władztwo w zakresie kontroli prawidłowości wykonywania zawodu zaufania publicznego. W konsekwencji w granicach określonych w ustawie, ustawodawca gwarantuje każdemu samorządowi zawodowemu samodzielność w zakresie organizacji wykonywania zawodu, określenia warunków jego wykonywania oraz kontroli nad należyтым jego wykonywaniem, łącznie z odebraniem prawa jego wykonywania. Z przedmiotowego władztwa w zakresie kontroli prawidłowości wykonywania zawodu zaufania publicznego wynikają m.in. takie kompetencje samorządu zawodowego jak stwierdzanie prawa wykonywania zawodu, prowadzenie rejestru osób aktualnie wykonujących zawód, rejestru pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formie indywidualnych, grupowych praktyk, orzekanie o niezdolności do wykonywania zawodu, sprawowanie sądownictwa w zakresie odpowiedzialności zawodowej czy sądownictwa polubownego.

Powyższe wskazuje więc, iż każdy utworzony samorząd zawodowy reprezentujący osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawujący pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego posiada możliwość kształtowania takich instytucji, które będą łączyć dwie funkcje, reprezentowanie osób wykonujących powyższe zawody zarówno wobec obywateli i ich organizacji, jak i przed organami państwa oraz zapewnienie należytego wykonywania zawodów zawsze w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Skoro w interesie publicznym samorząd ma sprawować kontrolę nad prawidłowością wykonywania zawodu i czyni to w imieniu władzy publicznej, to nie można się zgodzić z przepisami w powyższym projekcie, aby osoby wykonujące zawód w formie indywidualnych i grupowych praktyk były poza strukturami samorządowymi i nie podlegały tej kontroli.

Należy wskazać, iż należyte wykonywanie konstytucyjnych funkcji samorządu zawodowego wymaga zapewnienia mu możliwości nie tylko decydowania o tym, kto może wykonywać dany zawód, ale także kontrolowania sposobu jego wykonywania. Powyższy projekt natomiast wprost pozbawia samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych kompetencji do kontrolowania sposobu wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w formie działalności regulowanej.

NRPiP wyraźnie postulując o wykreślenie przepisów z powyższego projektu ustawy, które całkowicie pozbawiają samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych prawa do nadzoru nad wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej w formie działalności regulowanej, uznaje jednocześnie za w pełni zasadną

możliwość stałego udostępniania wojewodzie informacji o indywidualnych, specjalistycznych, grupowych praktykach pielęgniarek i położnych.

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wnoszę o poszanowanie fundamentalnej dla demokratycznego państwa prawa zasady zgodnie z którą samorządność zawodów zaufania publicznego stanowi konstytucyjną podstawę praworządności. ■

z poważaniem
Prezes NRPiP
Elżbieta Buczkowska

MINISTER ZDROWIA

**Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

Szanowna Pani Prezes

Odpowiadając na pismo a NIPiP/NRPiP/DS./015/303/IO z dnia 26.IO.br., adresowane do Prezesa Rady Ministrów Pana Donalda Tuska, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Projekt ustawy o działalności leczniczej przewiduje, iż niezależnie od formy prawnej prowadzenia działalności leczniczej, podmioty ją wykonujące będą podlegały wpisowi do publicznego, jawnego rejestru, w miejsce obecnie funkcjonujących rejestrów prowadzonych odrębnie dla zakładów opieki zdrowotnej przez wojewodów lub Ministra Zdrowia oraz rejestrów praktyk lekarskich lub praktyk pielęgniarek i położnych, prowadzonych przez właściwe organy samorządów zawodowych. Ujednocnienie rejestru, przy zachowaniu jego jawności, przyczyni się do wzmocnienia praw pacjenta, przez zapewnienie szerszego i łatwiejszego dostępu do informacji o wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Wspólny rejestr zapewni również możliwość zgromadzenia danych dotyczących wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Wpis do rejestru będzie stanowić warunek sine qua non prowadzenia działalności leczniczej. Wpisów dokonywać będą wojewodowie właściwi ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego działalność leczniczą. O właściwości wojewody w przypadku podmiotu prowadzącego działalność na obszarze więcej niż jednego województwa, decydować będzie główna siedziba podmiotu. Organem odwoławczym w zakresie postępowania rejestrowego będzie Minister Zdrowia.

W związku z nowymi zasadami prowadzenia rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, samorządy zawodowe nie będą już prowadziły rejestrów praktyk zawodowych. Samorządy zawodowe nadal będą prowadziły rejestry osób wykonujących zawód medyczny (lekarzy, pielęgniarek i położnych), a zatem nie utracą uprawnień wynikającego z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP. w myśl którego samorządy zawodowe, reprezentują osoby wykonujące zawody zaufania publicznego i sprawują pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Dodatkowym narzędziem w tym zakresie będzie możliwość przeprowadzenia przez samorządy zawodowe wizytacji w celu oceny wykonywania zawodu przez lekarza, pielęgniarkę lub położną wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących dzia-

łalność leczniczą - projekt zawiera odpowiednie zmiany w obowiązujących w tym zakresie przepisach.

W kwestii zaś problematyki zgodności przedstawionych powyżej rozwiązań z projektem ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia uprzejmie informuję, iż wszystkie ustawy będące obecnie przedmiotem prac Sejmu zostaną ze sobą skorelowane i usunięte zostaną sprzeczności między nimi. Ustawa o działalności leczniczej jest ustawą „systemową”, konstruującą ramy systemu ochrony zdrowia. Zatem wszystkie inne ustawy winny być w tych ramach osadzone, co oznacza konieczność zgodności z przepisami ustawy o działalności leczniczej. ■

z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu Marek Haber

Notatki i sprawozdania ze spotkań

Notatka ze spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 14.10.2010r. Tematem spotkania było omówienie proponowanych przez NRPiP zmian do rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

W dniu 14.10.2010r. w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie z udziałem

Marka Habera – Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Przedstawicielki Departamentu Pielęgniarek i Położnych

- Teresy Bondarowicz

- Joanny Kwiatkowskiej

Przedstawicielki Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

- Elizy Kęski - Leszczyńskiej

Członków Komisji ds. kontraktowania świadczeń zdrowotnych NRPiP: Emilii Kin, Marii Matusiak, Bożeny Gościewskiej, Izabeli Kowalskiej, Tadeusza Wadasa

oraz Przedstawicielki Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodziny w Polsce

- Alicji Irli.

Tematem spotkania było omówienie proponowanych przez NRPiP zmian do rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Przedstawiciele Komisji wskazali po raz kolejny na konieczność zapisania jednoznacznej interpretacji zadań gabinetu zabiegowego lekarza poz i gabinetu pielęgniarki/ położnej poz.

Pan Minister Marek Haber podkreślił, że w znowelizowanym rozporządzeniu znajdują się zapisy mówiące jednoznacznie, że w gabinecie zabiegowym lekarza poz będą realizowane procedury diagnostyczno – terapeutyczne, w tym iniekcje, które będą wynikały z udzielonej przez lekarza poz porady i będące konsekwencją tej porady dla świadczeniobiorców, których stan zdrowia pozwoli na przyjęcie do gabinetu.

Pan Minister Marek Haber podkreślił, że miejscem pracy pielęgniarki poz ma być głównie miejsce zamieszkania pacjenta.

Przedstawiciele Komisji zawnieśli kolejny raz o wydanie jednoznacznej opinii przez Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie możliwości wykonywania w gabinecie pielęgniarki / położnej poz zabiegów z przerwaniem ciągłości tkanki skórnej w związku z rozbieżnymi opiniami w tym zakresie.

Podkreślono konieczność wprowadzenia wzoru skierowania do pielęgniarki/ położnej poz w związku z licznymi nieprawidł-

wościami w zakresie formy i treści obecnie wystawianych skierowań.

Przedstawiciele komisji zawnieśli o zmianę zapisów w zakresie organizacji pobierania i transportu badań laboratoryjnych z domu pacjenta podkreślając, że za całość organizacji winien odpowiadać świadczeniodawca, który otrzymuje na ten cel środki finansowe z NFZ oraz laboratorium, które wykonuje te badania jako podwykonawca. Ze względu na możliwość wystąpienia błędów na każdym etapie procesu laboratoryjnego i w efekcie uzyskania błędnych wyników istotne jest, aby za jego przebieg odpowiadała możliwie najmniejsza liczba osób.

Wnieśli o wykreślenie obowiązku wykonywania testów przesiewowych u dzieci w wieku 2, 4 i 5 lat przez pielęgniarki poz. Zadania te były i powinny pozostać w kompetencji pielęgniarek praktyki zatrudnianych przez lekarza poz.

W zakresie świadczeń położnej poz wnieśli o zmianę zapisu dotyczącego pierwszej wizyty patronażowej, tak aby odbywała się nie później niż 48 godz. od czasu powiadomienia położnej.

Dla zapewnienia dzieciom i młodzieży szkolnej realnej dostępności do świadczeń pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania przedstawiciele Komisji wskazali na konieczność zniesienia obowiązujących zapisów określających ściśle częstotliwość i godziny dostępności pielęgniarki w szkołach. Zapisy rozporządzenia winny gwarantować możliwość samodzielnego dostosowania harmonogramu czasu pracy pielęgniarki proporcjonalnie do liczby szkół, uczniów i planu godzin lekcyjnych.

W trakcie spotkania zwracano uwagę na problemy, jakie występują w trakcie realizacji świadczeń zdrowotnych w poz w związku z obowiązującymi niespójnymi przepisami. ■

Notatkę sporządziła
Emilia Kin

Notatka z Konferencji podsumowującej dwuletni projekt wprowadzania w Polsce systemu Jednorodnych Grup Pacjentów.

W dniu 13 października 2010 roku odbyła się konferencja podsumowująca dwuletni projekt wprowadzania w Polsce systemu Jednorodnych Grup Pacjentów pt.: Jednorodne Grupy Pacjentów – kierunki rozwoju”, organizowana w ramach projektu współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego: „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ” – Projekt JGP.

Konferencja odbyła się w Hotelu Marriott w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 65/79 i była poświęcona podsumowaniu dwóch lat doświadczeń w pracy w systemie Jednorodnych Grup Pacjentów, dyskusji na temat dalszych możliwości jego wykorzystania, jak również wpływowi systemu na kreowanie polityki zdrowotnej państwa.

Konferencja została zorganizowana przy udziale zaproszonych krajowych i zagranicznych ekspertów, osób zajmujących się kodowaniem w szpitalach, wykładowców uczelni medycznych oraz pracowników Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.



Informacja z Forum Debaty Publicznej „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina”

15 grudnia 2010 r. w Belwedrze w Warszawie odbyło się Forum Debaty Publicznej „Solidarne społeczeństwo, bezpieczna rodzina”. W spotkaniu wzięła udział Pani Elżbieta Buczkowska – prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Dyskusja u Prezydenta w całości poświęcona była jakości kształcenia kadr medycznych w Polsce w odniesieniu do projektu Ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Podczas Debaty wnioskowano o konieczności zmian w kształceniu przed- i podyplomowym w zawodach medycznych. W kształceniu lekarzy, pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych występują podobne problemy, jak:

- zbyt małe limity przyjęć na studia,
- słaba jakość bazy klinicznej oraz wykładowców,
- mała praktyczność zawodowa programu studiów.

Pani Elżbieta Buczkowska przedstawiła propozycje zmian w zakresie kształcenia pielęgniarek i położnych.

1. Dołożenie należytej staranności przez decydentów, aby kierunki studiów: pielęgniarstwo i położnictwo były objęte programem kierunków zamawianych.
2. Stworzenie systemu motywacyjnego dla absolwentów tych kierunków, by podejmowali pracę w zawodzie pielęgniarki, położnej.
3. Dbanie o jakość kształcenia dyplomowego na kierunkach: pielęgniarstwo, położnictwo, w szczególności praktyk klinicznych.
4. Wprowadzenie do studiów magisterskich przedmiotu pedagogika, w celu przygotowania magistra pielęgniarstwa do nauczania przedmiotów kierunkowych.
5. Rola w kształceniu Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego oraz Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
6. Kompetencje zawodowe - pełnomocnictwa, uprawnienia do wykonywania określonych świadczeń, czynności, zabiegów – pilna nowelizacja ustawy i aktów wykonawczych.
7. Studia pomostowe (otwarte środki finansowe).
8. Szpitale akredytowane, nie tylko kliniczne dla celów kształcenia kadr medycznych. ■

Opracowała: Marzena Mazurek

NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

Uwagi do projektu ustawy o działalności leczniczej opracowane przez:

Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych

1. W projekcie należy po wyrazie „pielęgniarka” wpisać również wyraz „położna”, ponieważ pielęgniarka i położna to dwa odrębne zawody.
2. W art. 2 ust. 1 zmienić brzmienie pkt 5 - pielęgniarka, położna w rozumieniu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.
3. W art. 2 ust. 1 proponujemy dopisać po pkt 7 punkt w brzmieniu „praktyka zawodowa - indywidualna, specjalistyczna, grupowa praktyka lekarska, pielęgniarstwa, położnicza.”.

4. Art. 2 - brak podstawowej definicji podmiotu leczniczego oraz rodzajów podmiotów leczniczych (ustawa operuje w dalszym ciągu dwoma pojęciami, opisującymi ten sam podmiot - „podmiot wykonujący działalność leczniczą” oraz „podmiot leczniczy” -konieczne zdefiniowanie i ujednolicenie terminologii).
5. W art. 2 ust. 1 w pkt 10 proponujemy dopisać po wyrazach „wynikające z procesu leczenia” wyraz „i pielęgnacji”.
6. Art. 4 ust. 1 pkt 2 — samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej są określane mianem „podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą” - równocześnie podkreśla się w uzasadnieniu, iż spzoz pozostają przedsiębiorcami, lecz nie podlegają rejestracji w rejestrze przedsiębiorców. Tym samym określenie kategorii, do których należą spzoz ma charakter wprowadzający w błąd i mogący powodować nieporozumienia, np. w zakresie stosowania regulacji dot. Rad Pracowników.
7. W art. 5 ust. 1 po wyrazach „lekarze i pielęgniarki” należy dopisać wyraz „położne”. Podobnie w art. 5 ust. 2 w pkt 2.
8. W art. 5 ust. 3 proponujemy wykreślić wyrazy w brzmieniu „na podstawie umowy cywilnoprawnej” i zastąpić wyrażeniem w brzmieniu: „zgodnie z odrębnymi przepisami”.
9. Art. 5 ust. 4 należy pozostawić do rozważenia, w przypadku uwzględnienia uwagi nr 4 dotyczącej zdefiniowania podmiotu leczniczego.
10. Art. 6 ust. 7 - brak obowiązku utrzymania większościowego udziału dla innych podmiotów publicznych, niż uczelnie medyczne (co w praktyce oznacza otwarcie drogi do szybkiej prywatyzacji) - postulujemy wprowadzenie obowiązku utrzymania przez Skarb Państwa i samorządy większościowego pakietu udziałów (lub akcji). Niezrozumiałe także tak daleko idące ograniczenie podmiotów, które mogą uczestniczyć w spółkach wykonujących działalność leczniczą o charakterze klinicznym. Ponownie brak analogicznych zapisów w przypadku innych spółek, tworzonych przez podmioty sektora finansów publicznych.
11. Art. 7 ust. 1 - uprzywilejowanie (zwłaszcza co do głosu i praw do powoływania członków organów spółki) winno być dopuszczalne, jednak wyłącznie w zakresie udziałów posiadanych przez uczelnie lub jednostki sektora finansów publicznych.
12. Art. 10 - niezrozumiałe nierówne traktowanie podmiotów - cel regulacji niewyjaśniony w uzasadnieniu projektu.
13. Art. 15 - brak odpowiednika obecnego art. 1 ust. 5 ustawy o zoz, co wydaje się poważnym błędem; brak zakazu reklamy w podmiotach leczniczych.
14. W art. 20 ust. 1 powinien otrzymać brzmienie: „1. Lekarz wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską jest obowiązany spełniać warunki określone w odrębnych przepisach.” W konsekwencji w opinii NRPIP należy wykreślić szczegółowe warunki prowadzenia indywidualnej praktyki lekarskiej wskazane w art. 20 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4 i ust. 5 projektu.
15. W art. 21 ust. 1 powinien otrzymać brzmienie: „1. Pielęgniarka, położna wykonująca zawód w ramach działalności leczniczej jako indywidualną praktykę jest obowiązana spełniać warunki określone w odrębnych przepisach.”. W konsekwencji należy wykreślić szczegółowe warunki prowadzenia indywidualnej praktyki pielęgniarstwa wskazane w art. 21 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4 projektu.
16. Propozycja OZZPIP - art. 21: proponujemy dodatkowy ustęp w brzmieniu: „Miejscem wezwania nie może być podmiot leczniczy, z wyjątkiem sytuacji wskazanej w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.”
- 16a. Propozycja NRPIP - art. 21: proponujemy dodatkowy ustęp w brzmieniu: „Miejscem wezwania nie może być podmiot leczniczy prowadzący działalność leczniczą zgodnie z art. 9 ust. 1.

17. Art. 25 ust. 1 pkt 12) -jakie znaczenie zamierzono nadać w tym miejscu słowu „inne” - czy chodzi o świadczenia rodzajowo odmienne wobec finansowanych ze środków publicznych, czy też o świadczenia nieobjęte kontraktem, np. wykonane ponad limit kontraktu z NFZ?
18. Art. 25 - brak w numeracji ustępu 2 -jest 1 i 3. (uwaga wspólna)
19. W związku z treścią art. 26 ust. 4 który powoduje, że zobowiązany będzie do posiadania co najmniej dwóch polis ubezpieczeniowych, należy rozważyć, czy nie wprowadzić zapisu o jednej polisie obejmującej wszystkie świadczenia tj. te udzielane ubezpieczonym w NFZ i innym pacjentom?
20. W art. 29 ust. 1 w przypadku niemożności ustalenia miejsca zamieszkania pacjenta zamiast gmina właściwa ze względu na miejsce ostatniego pobytu pacjenta proponuje się wpisać gmina właściwa ze względu na miejsce położenia podmiotu leczniczego -powyższe ułatwi wielu szpitalom dochodzenie zwrotu kosztów transportu sanitarnego.
21. Art. 39 - umieszczony w rozdziale 2: „Podmioty lecznicze o szczególnej regulacji” -czy dotyczy tylko tych podmiotów, czy też wszystkich podmiotów leczniczych? Jeżeli wszystkich, jego lokalizacja jest błędna.
22. Art. 42 - wymaga wyjaśnienia, czy oznacza on utrzymanie zakazu udzielania świadczeń odpłatnych w zakresie rzeczowym objętym kontraktem z NFZ?
23. W art. 47 ust. 4 zdanie drugie winno otrzymać brzmienie „W posiedzeniach rady społecznej uczestniczy kierownik oraz przedstawiciele reprezentatywnych organizacji związkowych i samorządów zawodów medycznych”.
24. W art. 48 ust. 1 proponujemy wykreślić wyrazy w brzmieniu: „niebędącym przedsiębiorcą”.
25. W art. 48 ust. 1 pkt 1 powinien otrzymać brzmienie: „kierownika”. Niedopuszczalne jest wyłączenie kierownika szpoc-u spod reżimu postępowania konkursowego, gdyż oznaczać to będzie dowolność obsadzania ww. stanowiska.
26. Zapis art. 48 ust. 1 pkt 2 - po wyrażeniu „zastępcy kierownika” należy wykreślić wyrażenie „w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem”
27. W art. 48 ust. 1 proponuje wpisać pkt 3 w brzmieniu: „3) ordynatora lub lekarza kierującego oddziałem”.
28. W art. 48 ust. 1 pkt 4 należy dopisać wyraz: „zastępca dyrektora do spraw pielęgniarstwa”.
29. Art. 48 ust. 3 i 4 - dają szerokie pole do nadużyć, w zakresie obsadzania stanowisk, wobec których konkurs winien być obligatoryjny.
30. Należy wykreślić art. 48 ust. 7, gdyż stanowi on ponowne pole do nadużyć, zwłaszcza, iż do tej pory orzecznictwo sądowe stało na stanowisku, iż zmiana nazwy stanowiska nie wyłącza go spod procedury konkursowej (np. spotykana zmiana ordynatora na koordynatora).
31. W art. 49 ust. 1 proponujemy wykreślić wyrazy w brzmieniu: „niebędący przedsiębiorcą”. Obowiązek przestrzegania norm powinien dotyczyć każdego podmiotu leczniczego, nie zaś tylko podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami; ponadto propozycja projektu stanowi powielenie obecnego zapisu rozporządzenia, który de facto prowadzi do ustalania norm na poziomie niezapewniającym bezpieczeństwa pacjenta. Wyłączenie spółek spod regulacji obligatoryjnych norm jest niedopuszczalne i zagraża pacjentom.
32. Art. 53 ust. 5 - ze względu na możliwe wątpliwości, warto wskazać wprost, iż obejmuje to także poręczenie.
33. W art. 54 ust. 1 pkt 1 proponujemy dopisać po wyrazach w brzmieniu: „chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej;” wyrazy w brzmieniu: „(w tym nie finansowanych ze środków publicznych)”. Czy art. 54 ust. 1 pkt 1) ma oznaczać także np. umowy z gabinetami lekarskimi, płacącymi za kierowanych pacjentów, na badania np. radiologiczne, TK itp.? Otwiera to możliwość prowadzenia działalności przez szpoc po wyczerpaniu limitów z umowy z NFZ.
34. Art. 58 ust. 2 i 3 - w praktyce wymuszają przekształcenie w spółki, w przypadku podmiotów poważnie zadłużonych; można także domyślić się, że organ założycielski (podmiot tworzący) będzie w przypadku tych jednostek zainteresowany szybkim zbyciem w nich udziałów, ze względu na konieczność pokrycia ich zobowiązań, co stanowi „szybką ścieżkę prywatyzacji” takich zakładów.
35. Art 61-64 powinny dotyczyć wszystkich podmiotów leczniczych. W związku z powyższym wymienione przepisy powinny znaleźć się w innym rozdziale.
36. Art. 65 ust. 3 pkt 1 - posługuje się pojęciem firmy - a to pojęcie jest zastrzeżone dla przedsiębiorcy - ponownie więc powstaje semantyczny rozdźwięk z przynależnością szpoc do podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Podobnie zresztą w dalszych odwołaniach do pojęcia firmy w odniesieniu do szpoc.
37. Art. 71 ust. 1 - wydaje się, iż ma on na celu umożliwienie podmiotom tworzącym pozostawienie części zadłużenia w spółkach, co jest niedopuszczalne. Może to prowadzić do powstania spółek zadłużonych, które mogą bardzo szybko zostać postawione w stan upadłości - co grozi likwidacją zakładu opieki zdrowotnej.
38. Art. 71 ust. 2 - całkowicie niezrozumiały -jaka była intencja tego zapisu? Pojęcie „najdawniejszych zobowiązań” nie jest znane w języku prawniczym, czy ma to dotyczyć np. zobowiązań przedawnionych? Konieczne wyjaśnienie i doprecyzowanie. Istnieje potrzeba doprecyzowania najdawniejszych zobowiązań.
39. Art. 80 ust. 1 - dla podkreślenia kontynuacji i ciągłości działania zakładu pracy (np. w zakresie roszczeń, czy też zbiorowego prawa pracy), konieczne jest wskazanie, iż zmiana pracodawcy następuje zgodnie z art. 23(1) k.p., poprzez przejście zakładu pracy na nowego pracodawcę,
40. Art. 80 ust 2 - bardziej celowe wydaje się wskazanie, iż wygasają umowy osób na określonych stanowiskach, albowiem powołanie jest jedną z możliwych metod zawarcia umowy o pracę np. z pracownikiem wyłonionym w wyniku konkursu -dochodziłoby zatem do sytuacji, w której umowa jednego z pracowników (powołanego) wygasłaby, a innego (zatrudnionego na podstawie „zwykłej” umowy o pracę) trwałaby dalej.
41. Art. 88 ust. 1 powinien otrzymać następujące brzmienie: „1. Wynagrodzenie pracownika podmiotu, o którym mowa w art. 4, składa się co najmniej z wynagrodzenia zasadniczego przewidzianego dla zajmowanego stanowiska pracy, dodatku funkcyjnego, dodatku za stopień, tytuł naukowy lub podniesienie kwalifikacji zawodowych oraz dodatku za wieloletnią pracę, nagród jubileuszowych i odpraw emerytalno-rentowych.”
42. Art. 89 ust. 5 pkt 6 w zakresie odpowiedzialności cywilnej pomija innych uczestników kształcenia podyplomowego np. specjalizacje lekarskie, różne formy szkolenia pielęgniarzek i położnych, które mogą prowadzić uczelnie medyczne.
43. Art. 92 pozbawia uprawnień dotyczących skróconego czasu pracy wiele grup zawodowych, w tym niektóre pielęgniarki.
44. Art. 93 ust. 2 - konieczne jest doprecyzowanie pojęcia „szczególnie uzasadnionych przypadków” - zapis taki jest nadużywany i wprowadza się wydłużony okres rozliczeniowy bez żadnego dodatkowego uzasadnienia.
45. Art. 97 ust. 1 i 2 - konieczne doprecyzowanie, na czym ma polegać pozostawanie w gotowości, gdzie ma się odbywać - dyżur medyczny też w zasadzie polega na pozostawaniu w gotowości. Zapis ten powinien zostać rozszerzony na wszystkich pracowników wykonujących zawód medyczny,



dla uniknięcia nierównego traktowania pracowników wykonujących tą samą pracę, a różniących się tylko poziomem wykształcenia (np. pielęgniarki z wykształceniem średnim i wyższym). Do osób z wykształceniem średnim stosuje się dziś przepisy kodeksu pracy, nieprzewidujące żadnego wynagrodzenia za sam dyżur „telefoniczny”.

46. Art. 102. powinien otrzymać brzmienie:
„Art. 102. Pielęgniarka, położna, która zamierza wykonywać zawód w ramach działalności leczniczej, składa właściwemu organowi prowadzącemu rejestr, wniosek o wpis do rejestru, zgodnie z odrębnymi przepisami.” Pozostałą treść art. 102 należy wykreślić.
47. Art. 104 ust. 1 powinien otrzymać brzmienie: „Organem prowadzącym rejestr podmiotów, określonych w art. 4 jest wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zwanym dalej „organem prowadzącym rejestr”, z wyłączeniem praktyk zawodowych, dla których organami prowadzącymi rejestr są samorządy zawodowe.”
48. W art. 104 należy wykreślić ust. 4.
49. W art. 106 ust. 2 należy wykreślić pkt 8.
50. W art. 106 ust 2 pkt 3 powinien otrzymać brzmienie: „likwidacji lub ogłoszenia upadłości obejmującej likwidację majątku podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.
51. W art. 117 w ust. 1 należy jako pkt 1a wpisać: „1a. organom samorządów zawodów medycznych”.
52. W art. 117 ust. 2 należy wykreślić pkt 1 „organom samorządów zawodów medycznych” - pod warunkiem wpisania ich w ust. 1.
53. Art. 140 pkt 3 - dlaczego takie ograniczenie dotyczy tylko praktyki grupowej? Zakaz ten powinien dotyczyć także praktyk indywidualnych. Powinien on zarazem obowiązywać we wszystkich podmiotach leczniczych.
54. Art. 151 - w zakresie art. 23 ust. 3 ustawy o publicznej służbie krwi - działanie RCKiK w formie spółek kapitałowych, przekreśla „publiczny” charakter tej służby, tworząc podmioty działające według reguł w pełni gospodarczych, nakierowanych na zysk.
55. Art. 192 konieczne wyjaśnienie, czy to kwota roczna, czy też łączna na czas obowiązywania tego rozwiązania (do końca 2013)? ■

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Prezes Elżbieta Buczkowska

W imieniu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek i Położnych mgr Dorota Kilańska

W imieniu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
Przewodnicząca Zarządu Krajowego OZZPiP Dorota Gardias

MINISTERSTWO ZDROWIA Departament Pielęgniarek i Położnych

Pani
Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

W nawiązaniu do pisma z dnia 16 listopada br. znak: MZ-PP-079-44G7-6/IG/10. uprzejmie informuję, iż dnia 19 listopada br. w Departamencie Pielęgniarek i Położnych odbyło się spotkanie dotyczące ustalenia treści obwieszczenia w sprawie:

- limitu miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek, położnych, które rozpoczną w kolejnym roku specjalizacje dofinansowane ze środków publicznych.
- kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego.

Departament Pielęgniarek i Położnych uprzejmie informuje, iż w przedmiotowym spotkaniu udział wzięli:

- 1) Pani Jolanta Skolimowska- Z-ca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.
- 2) Pani Halina Głuchowska - przedstawiciel Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- 3) Pani Elżbieta Dudek - przedstawiciel Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.
- 4) Pani Janina Krawczyk - przedstawiciel Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- 5) Pani Izabela Grabiec - przedstawiciel Departamentu Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.

Wszystkie zaproszone osoby zgodnie przyjęły zaproponowaną treść obwieszczenia tj.:

- 1) limit miejsc szkoleniowych dofinansowanych ze środków Funduszu Pracy dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2011 roku wynosi 1850;
- 2) kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego dla specjalizacji rozpoczynających się w 2011 roku wynosi nie więcej niż 4 337 zł

W związku z tym, iż budżet na zadania realizowane ze środków Funduszu Pracy na rok 2011 w projekcie ustawy budżetowej pozostaje na poziomie 2010 roku. kwota dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2011 r. nie zmieni się i wyniesie 4 337, natomiast liczba miejsc szkoleniowych przeznaczonych do dofinansowania w roku 2011, również pozostaje bez zmian i wyniesie 1850. ■

z poważaniem
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

Uchwały ORPiP - kalendarium, pisma



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 14 grudnia 2010 roku

Podjęto uchwały w sprawie:

- zwołania IV budżetowego Okręgowego Zjazdu Delegatów Pielęgniarek i Położnych V kadencji w Częstochowie i powołania Komitetu Organizacyjnego
- określenia kalendarza wyborczego
- powołania Okręgowej Komisji Wyborczej i przyjęcia regulaminu jej działania
- uruchomienia środków z Rezerwy do dyspozycji Okrę-

wej Rady w kwocie 1 615,00 zł na wydanie tysiąca sztuk kalendarzy A-3 z okazji obchodów uroczystości XX lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

- wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji konkursowej na niektóre stanowiska pielęgniarek oddziałowych
- planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie i Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na rok 2011 ■

Sekretarz ORPiP
Barbara Płaza



KALENDARIUM

od 01.12.2010 roku do 31.12.2010 roku

6.12.2010r - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPiP w Jachrance.

7-8-9.12.2010r. - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Jachrance.

7.12.2010r. - W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

14.12.2010r. - Odbyło się czwarte posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

28.12.2010r. - Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach III zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy. ■

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE W ROKU 2010.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie od 01 kwietnia 2009 roku organizuje kursy i szkolenia. Staramy się sukcesywnie rozszerzać naszą ofertę szkoleniową wychodząc naprzeciw dużemu zainteresowaniu ze strony pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych. W roku 2010 prowadziliśmy szkolenia jednodzińne służące aktualizacji i uzupełnieniu posiadanej wiedzy, były to m.in. szkolenia z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej, pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia, komunikacji interpersonalnej, mobbingu i dyskryminacji, zastosowania przymusu bezpośredniego, prawa pracy oraz szkolenia dla położnych: pielęgnacja suchej skóry niemowląt i dzieci oraz problemów laktacyjnych. Łącznie w tych spotkaniach uczestniczyły 502 osoby.

Wykaz kursów organizowanych na podstawie programu posiadającego pozytywną opinię Dyrektora Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych i wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych zawiera poniższa tabela. Z danych wynika, że w 2010 roku wydano 538 zaświadczeń o ukończeniu poszczególnych kursów. Na początku roku 2011 zostaną wydane kolejne zaświadczenia, po uprzednim ukończeniu przez uczestników kursów zajęć stażowych i uzyskaniu pozytywnego wyniku egzaminu końcowego, kolejnym 110 osobom.

Przyjmujemy zgłoszenia na kursy rozpoczynające się w 2011 roku. Terminy zajęć umieszczane są na stronie internetowej OIPIP (www.oipip.czest.pl) każdorazowo po zebraniu zgłoszeń wymaganej liczby uczestników. W 2011 roku zamierzamy rozszerzyć naszą ofertę szkoleniową m.in. o następujące kursy:

1. Doksztalające:
 - Badanie tętna płodu - zapis kardiogramu dla położnych.
 - Przeciwdziałanie przemocy w rodzinie – kurs dla pielęgniarek i położnych.
2. Specjalistyczne:
 - Leczenie ran Nr 11/07 dla pielęgniarek.
 - Leczenie ran Nr 12/07 dla położnych.
3. Kwalifikacyjne:
 - Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarek.
 - Pielęgniarstwo opieki długoterminowej.
 - Pielęgniarstwo ratunkowe.
 - Pielęgniarstwo neonatologiczne dla pielęgniarek i położnych.
4. Specjalistyczne:
 - Pielęgniarstwo chirurgiczne dla pielęgniarek.

I.p.	Nazwa kursu	Liczba edycji prowadzonych w 2010r.	Liczba wydanych zaświadczeń w roku 2010	Liczba osób kończących kurs w 2011r.
I KURSY KWALIFIKACYJNE				
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	1	–	30
II KURSY SPECJALISTYCZNE				
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07	7	139	55
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07	5	85	25
3.	Podstawy dializoterapii Nr 08/07	2	36	–
4.	Szczepienia ochronne Nr 03/08	2	49	–
5.	Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08	4	4	–
III KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE				
1.	Cewnikowanie pęcherza moczowego - kurs dla pielęgniarek	5	140	–
2.	Zasady dezynfekcji i sterylizacji – kurs dla pielęgniarek i położnych	1	18	–
3.	Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego	2	67	–

Elżbieta Krupińska

Prezydent Miasta Częstochowy

Krzysztof Matyjaszczyk
Częstochowa, 27 grudnia 2010 r.

Szanowna Pani
Halina SYNAKIEWICZ
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,
Serdecznie dziękuję za gratulacje z okazji wyboru na Prezydenta Miasta Częstochowy.

Wiem, że praca na rzecz miasta to zaszczytna służba, ale i ogromne zobowiązanie wobec lokalnej społeczności. Ten kredyt zaufania zobowiązuje. Postaram się go spłacać rzetelną pracą, wysiłkiem wkładanym w poprawę warunków życia częstochowian tak, by Częstochowa stała się miastem nowoczesnym, przyjaznym mieszkańcom, inwestorom i turystom. Dlatego uważnie wsłuchiwać się będę w głosy mieszkańców, by wykorzystać tkwiący w nich potencjał i skutecznie rozwiązywać problemy naszej małej ojczyzny. Dziękując raz jeszcze za okazane dowody życzliwości zapraszam do współpracy dla dobra Częstochowy. ■

Z wyrazami szacunku,
Krzysztof Matyjaszczyk



KONSULTANCI KRAJOWI W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA

Lp	Dziedzina	Imię i nazwisko tytuł naukowy adres miejsca pracy
1.	pielęgniarstwo	dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec SP Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej <i>ul. Bytomska 62</i> <i>41-940 Piekary Śląskie</i> tel. 32/ 393-42-99 fax 32/ 393-41-41 e-mail: szpital@urazowka.piekary.pl
2.	pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki	dr hab. n. med. Danuta Dyk Zakład Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego i Intensywnej Opieki AM im. Karola Marcinkowskiego <i>ul. Smoluchowskiego 11</i> <i>60-179 Poznań</i> tel. 61/ 655 92 39 e-mail: ddyk@poczta.onet.pl
3.	pielęgniarstwo ginekologiczne i położnicze	mgr Leokadia Jędrzejewska Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych <i>ul. Powstańców Śląskich 50</i> <i>53-333 Wrocław</i> tel. 71/ 373 20 56 e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl
4.	pielęgniarstwo onkologiczne	dr n. med. Anna Koper Centrum Onkologii-Szpital im. Prof.F. Łukaszczyka <i>ul. dr I. Romanowskiej 2</i> <i>85-796 Bydgoszcz</i> tel. 52/ 374 32 04 e-mail: kopera@co.bydgoszcz.pl
5.	pielęgniarstwo rodzinne	mgr Beata Ostrzycka ZOZ MSWiA z Warmińsko-Mazurskiem Centrum Onkologii <i>Al. Wojska Polskiego 37</i> <i>10-228 Olsztyn</i> tel. 89/539 80 78 fax. 89/539 80 79 e-mail: bostrzycka@wp.pl
6.	pielęgniarstwo przewlekłe chorych i niepełnosprawnych	dr n. med. Elżbieta Szwałkiewicz Centrum Pielęgnacyjne „Niebieski Parasol” <i>ul. Boenigka 9</i> <i>10-686 Olsztyn</i> tel. 89/ 543 14 33 fax. 89/ 541 35 70 email: niebieskiparasol@niebieskiparasol.org.pl
7.	pielęgniarstwo pediatryczne	dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy <i>ul. Żołnierska 18 A</i> <i>10-561 Olsztyn</i> tel. 89/539 34 55 fax. 89/ 533 77 01 email: piskorz@wssd.olsztyn.pl
8.	pielęgniarstwo epidemiologiczne	mgr Beata Ochocka Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mieleckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego <i>ul. Francuska 20-24</i> <i>40-027 Katowice</i> tel. 32/ 25-91-586 fax. 32/ 25-54-052 email: beata.ochocka@spskm.katowice.pl
9.	pielęgniarstwo psychiatryczne	dr n. med. Anna Hajduk Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie Samodzielna Pracownia pielęgniarstwa Klinicznego <i>ul.ul. Żołnierska 48</i> <i>71-210 Szczecin</i> tel. 91/48 00 930/931 tel. kom. 601 180 723 email: hanna43@wp.pl
10.	pielęgniarstwo ratunkowe	Marek Maślanka Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego <i>ul. Szlak 61</i> <i>31-153 Kraków</i> tel. 12 422 88 54 wew. 114 email: m.maslankaptpr.org.pl

**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO**

mgr Leokadia Jędrzejewska
adres do korespondencji: 54-207 Wrocław,
ul. Na Ostatnim Groszu 70/12
tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl

Wrocław, dnia 9 marca 2009r.

Opinia
w sprawie uprawnień położnych do pobierania
rozmazów cytologicznych

Zgodnie z §6 ust.1pkt. 1c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz.1540)- załącznik Nr 4, położna jest uprawniona w ramach świadczeń diagnostycznych do wykonywania badań diagnostycznych w tym do pobierania rozmazów cytologicznych.

Konieczność uzyskiwania przez położne certyfikatu umiejętności w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych wynika z warunków opracowanych na potrzeby realizacji populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, gdzie warunkiem przystąpienia położnych do tego programu jest posiadanie certyfikatu kursu dokształcającego w zakresie Pierwotnej i Wtórnej Profilaktyki Raka Szyjki Macicy.

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy realizowany jest w oparciu o Ustawę z dnia 1 lipca 2005 roku o ustanowieniu programu wieloletniego "Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych" (Dz.U. Nr 143. poz. 1200).

Warunek posiadania certyfikatu przez położne został zawarty w zarządzeniu nr 80/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - załącznik nr 3a, - Wymagania dotyczące świadczeniodawców realizujących świadczenia w poradniach specjalistycznych. Jednym z warunków zawarcia umowy na świadczenia w gabinecie ginekologiczno-położniczym jest zatrudnienie personelu z odpowiednimi kwalifikacjami w tym: lekarza (lekarz położnictwa i ginekologii lub specjalista położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej), oraz położnej (położna albo położna posiadająca certyfikat opisany w zał. nr 6).

Jeżeli położna nie bierze udziału ww. wskazanym Programie nie musi posiadać tego certyfikatu.

Zdaniem konsultanta, pomimo, że położne posiadają uprawnienia do samodzielnego pobierania rozmazów cytologicznych bez zlecenia lekarskiego, to ukończenie kursu dokształcającego w tym zakresie, w sytuacji zmieniających się metod diagnostycznych, sposobu przechowywania preparatu itp., jest konieczne, bowiem zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 57, poz. 602 z dnia 12.09.2001 – tekst jednolity z późn. zm.) pielęgniarka, położna wykonuje zawód zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz ze szczególną starannością.

Z literatury przedmiotu wynika, że badanie cytologiczne daje nawet do 40% przypadków wyniki fałszywie negatywne, czyli

komórki rakowe pozostają nierozpoznane w badanym preparacie. Wynika to zazwyczaj z błędów metodologicznych w czasie pobierania wymazów – niewłaściwy materiał użyty do pobrania, niewłaściwe miejsce skąd pobrano komórki, złe warunki przechowywania preparatu i wiele innych. Amerykańscy patolodzy uważają, że 30% błędów cytologicznych jest efektem nieprawidłowego pobrania materiału.

Mając na uwadze powyższe zdecydowanie uważam, że dyskusji powinny podlegać aktualnie obowiązujące zasady i sposób uzyskiwania certyfikatu w zakresie pobierania rozmazów cytologicznych, oraz kompetencji osób, które ukończyły studia drugiego stopnia na kierunku Położnictwo, a nie zasadność aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez położne w ramach kształcenia podyplomowego.

Koniecznym jest natomiast, podejmowanie dalszych działań mających na celu umożliwienie położnym, które posiadają certyfikaty, zawierania umów z NFZ na realizację I etapu diagnostycznego Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. Tylko takie działania mogą przyczynić się do wzrostu samodzielności zawodowej położnych oraz do poprawy efektywności realizowanego Programu. ■

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego
Leokadia Jędrzejewska

**Opinia dotycząca braku wypłacania
20% dodatku za pracę w SOR, oraz
eliminowaniu pielęgniarek systemu
z zespołów ratownictwa medycznego.**

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest zgodnie z art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) jednostką systemu państwowego ratownictwa medycznego. Zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U nr 55, poz. 365) Szpitalny Oddział Ratunkowy (udzielający świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego podejmujące zgodnie z powyższą ustawą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Zgodnie z art. 36 ust. 1 wskazanej ustawy, powyższe zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) Zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- 2) Zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Z przedmiotowej ustawy wynika więc wprost, iż pielęgniarka systemu jest obligatoryjnym członkiem każdego zespołu ratownictwa medycznego.



Wyłączenie pielęgniarek systemu z powyższych zespołów jest sprzeczne z prawem.

Należy wskazać również, że art. 32ł ust 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.) przewiduje, iż pracownikom wykonującym zawód medyczny zatrudnionym w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej) poza zespołem wyjazdowym przysługuje dodatek w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. Z uwagi na charakter medycznych czynności ratunkowych udzielanych zespoły ratownictwa medycznego, które zgodnie z ustawą o PRM są udzielane w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co uprawnia do sformułowania wniosku, iż mają one charakter pomocy doraźnej (zachodzi tu tylko zmiana i doprecyzowanie terminologii, bez zmiany charakteru wykonywanych czynności), można wysnuć wniosek, iż także pracownicy szpitalnego oddziału ratunkowego, którzy nie pracują w zespołach ratownictwa medycznego są uprawnieni do dodatku w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy. ■

Z poważaniem.
mgr Marek Maślanka
Konsultant Krajowy w dziedzinie
Pielęgniarsstwa Ratunkowego

Opinia dotycząca wykonywania ekg w warunkach leczenia stacjonarnego

Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarsstwa
dr n. biol. Grażyna Kruk- Kupiec
Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii
Urazowej, Piekary Śląskie,
41-940 ul. Bytomska 62, Tel. 032 3934 – 299
14.05.2009r.

OPINIA DOTYCZĄCA WYKONYWANIA EKG W WARUNKACH
LECZNICTWA STACJONARNEGO

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 września 1997 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego; pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego świadczeń diagnostycznych obejmujących wykonywanie EKG pod warunkiem odbycia kursu specjalistycznego.

Realizacja przedmiotowego kursu powinna być prowadzona na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1923). Po ukończeniu przedmiotowego kursu pielęgniarka, uzyskuje kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzieleniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych, w tym przypadku do samodzielnego wykonania EKG.

Mając na uwadze wymogi NFZ w sprawie wyposażenia oddziałów szpitalnych w kardiomonitoring jak również obowiązek postępowania pielęgniarki podczas zabiegów ratujących życie pacjenta i w sytuacjach grożących bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia lub poważnym uszczerbkiem na zdrowiu pacjenta; zalecane jest aby w szpitalach gdzie pielęgniarki wykonują w oddziałach EKG, kadra kierownicza odpowiedzialna za organizowanie i nadzorowanie pracy pielęgniarek położnych, opracowała szczegółowy program szkoleń wewnątrzszpitalnych. Ukończenie szkolenia wewnątrzszpitalnego nie daje pielęgniarcie uprawnień wynikających z rozporządzenia o samodzielnich czynnościach.

Niezależnie od warunków wykonywania świadczenia należy dążyć do stopniowego przeszkolenia pielęgniarek w ramach kursów specjalistycznych, jest to zadanie szeroko rozumianej kadry kierowniczej zarządzającej obszarem pracy zawodowej pielęgniarek i położnych. ■

Z poważaniem
Grażyna Kruk- Kupiec
Konsultant Krajowy w dz. Pielęgniarsstwa

PTP



Szanowni Państwo – Pielęgniarki i Położne !

Rozwój naukowy środowiska zawodowego polskich Pielęgniarek i Położnych wymaga wsparcia i odpowiedniego zaplecza. Rada Naukowa Zeszytów Naukowych Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego pt. "Problemy Pielęgniarsstwa" pragnie Państwa zachęcić do stałej prenumeraty jednego z najwyższej ocenianych czasopism pielęgniarskich na listach IC, MNiSZW- 6 pkt.

Każdy artykuł zamieszczany w „Problemach Pielęgniarsstwa” jest recenzowany, a skład międzynarodowej Rady Naukowej gwarantuje właściwy poziom merytoryczny.

Czasopismo może stanowić profesjonalne źródło aktualnych wyników badań w różnych dziedzinach pielęgniarstwa. W czasopiśmie publikowane są także oficjalne stanowiska ICN i PTP w zakresie najistotniejszych problemów zawodowych lub zalecanych rozwiązań systemowych w opiece zdrowotnej.

Mając na uwadze obowiązek każdej pielęgniarki/położnej w zakresie tworzenia odpowiedniego zaplecza do rozwoju zawodowego i naukowego pielęgniarek i położnych - liczymy na pozytywną decyzję w zakresie stałej prenumeraty „Problemów

Pielęgniarsstwa” przez każdego członka samorządu zawodowego. Zachęcamy też do publikowania wyników badań własnych. Tylko od nas samych zależy, czy rozwój pielęgniarstwa polskiego będzie miał właściwy wymiar.

Pełne informacje o czasopiśmie, wydawnictwie i zasadach edycji oraz prenumeraty znajdują się na stronie: www.pp.viamedica.pl, po prawej stronie jest link – prenumerata. Aktualna cena prenumeraty rocznej wynosi 66 zł, a dla członków PTP- 30 zł rocznie (za 4 numery) z przesyłką na adres domowy. Opłatę można wnieść elektronicznie lub wypełniając druk na pocztę: „Via Medica Sp. z o.o.” sp. komandytowa, BNP Paribas Fortis oddział w Gdańsku, nr konta 12 1600 1303 0004 1007 1001 7150. Przelew koniecznie musi być opatrzony dopiskiem: „Opłata za prenumeratę – Problemy Pielęgniarsstwa od numeru...” ■

Z wyrazami szacunku,
Dorota Kilańska- Prezes PTP
Aleksandra Gaworska - Krzemieńska
Przewodnicząca Rady Naukowej PTP

INFORMACJA PRASOWA w sprawie Konkursu Filmowego dla studentów pielęgniarstwa

Szanowni Państwo,

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie podjęło decyzję o organizacji konkursu filmowego dla studentów pielęgniarstwa na Najlepszy Film Promujący Zawód Pielęgniarki w Polsce.

Przedmiotem Konkursu jest wyłonienie najlepszych filmów promujących zawód pielęgniarki w Polsce.

Film powinien zwracać uwagę na rolę społeczno-zawodową pielęgniarki/pielęgniarskiej oraz pielęgniarskie funkcje zawodowe, być formą przekazu informacji o znaczeniu zawodu pielęgniarki w ochronie zdrowia społeczeństwa, jak również powinien stanowić próbę zachęcenia młodych ludzi do studiowania pielęgniarstwa wraz z ukazaniem różnych możliwości rozwoju zawodowego.

Gońcimy zachęcamy studentów kierunku pielęgniarstwo, studiujących w Państwie uczelni/szkole do udziału w Konkursie.

Podjęcie tego tematu jest istotne z uwagi na to, że obserwujemy coraz mniejsze zainteresowanie młodzieży tym trudnym zawodem.

W naszą pracę wpisane jest ryzyko związane z warunkami pracy dlatego w dzisiejszych czasach kiedy jest wiele innych atrakcyjnych zawodów znacząco lepiej wynagradzanych w porównaniu do ponoszonej odpowiedzialności, maleje zainteresowanie zawodem, który wymaga ciężkiej fizycznej pracy przy ogromnej odpowiedzialności za powierzone zdrowie i życie. Limit przyjęć na studia w roku 2009/2010 wyniósł 9 259, natomiast liczba przyjętych 4763 - czyli wykorzystano go w 51%.

W Polsce jest także bardzo niski wskaźnik pielęgniarek przypadający na liczbę ludności

http://www.ptp.na1.pl/pliki/PTP_Stanowiska/05_PTP_STAN_01_12_2009.pdf; na 1 tys. mieszkańców przypada 6,42 pielęgniarek (Czechy 8,1, Węgry 8,6, Niemcy 9,6.) problemem jest także średnia wieku pielęgniarek, która obecnie wynosi 44,2 i co wskazuje na to, że w ciągu 20 lat z zawodu odejdzie prawie 81 000 pielęgniarek (NRPIP 2010) spośród 183 000 obecnie zatrudnionych w zawodzie (CSIOZ). Szacuje się że w tych latach do zawodu (przy pełnym naborze na uczelniach) wejdzie niewiele ponad 19.000 pielęgniarek, które ukończą szkoły pielęgniarstwa.

Biorąc także pod uwagę starzenie się społeczeństwa - w 2020 r. 18% społeczeństwa w będzie powyżej 65 r. ż., a w 2060 co 3 osoba będzie miała więcej niż 65 lat - konieczne będzie wykształcenie większej liczby kadr przygotowanych do opieki nad nimi. Wiele badań dowodzi, że im wyższy poziom wykształcenia personelu pielęgniarskiego tym mniej zdarzeń niepożądanych.

Styl życia społeczeństwa w Polsce wskazuje także, że znacząca liczba z tych osób będzie wymagała opieki z powodu chorób przewlekłych, które zwykle towarzyszą starzeniu się; ponadto zwiększa się liczba osób, które wymagają opieki z racji chorób przewlekłych. Choroby takie jak HIV, czy nowotwory, cukrzyca są obecnie leczone i zwiększa się okres przeżycia ludzi mini dotkniętych. Nie oznacza to ich wyleczenia lecz oznacza, że będą wymagali opieki dłużej niż miało to miejsce dotychczas. Ponadto opieka ta może być bardziej skomplikowana, gdyż dotyczyć będzie nie tylko podstawowego schorzenia, ale i chorób towarzyszących - wynikających często ze stosowanej terapii i charakteru samej choroby. ■

REGULAMIN KONKURSU

Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
DLA STUDENTÓW PIELEŃNIARSTWA NA NAJLEPSZY FILM
PROMUJĄCY ZAWÓD PIELEŃNIARKI W POLSCE

Rozdział I. Postanowienia Ogólne

§1

Tworzy się regulamin konkursu dla studentów pielęgniarstwa na film promujący zawód pielęgniarki w Polsce.

§2

Konkurs odbywa się na zasadach określonych niniejszym regulaminem oraz zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Rozdział II

Organizator, Patronat medialny

§3

Inicjatorem i Organizatorem Konkursu jest Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

§4

Patronat Medialny Konkursu obejmuje Zarząd Główny Towarzystwa.

Rozdział III

Przedmiot Konkursu

§5

Przedmiotem Konkursu jest wyłonienie najlepszych filmów promujących zawód pielęgniarki w Polsce.

Rozdział IV

Warunki uczestnictwa w Konkursie

§6

1. Uczestnikami Konkursu mogą zostać studenci studiów pierwszego i drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo.
2. Uczestnicy Konkursu, powinni wypełnić formularz zgłoszeniowy, stanowiący załącznik Nr 1 do niniejszego Regulaminu i przesłać wraz z filmem nagrany na nośniku DVD oraz innymi dokumentami wskazanymi w § 7, ust.1 do siedziby Zarządu Głównego Towarzystwa na adres Al. Reymonta 8 lok 12, 01-842 Warszawa z dopiskiem „Studencki konkurs filmowy”.
3. Termin nadsyłania zgłoszeń wraz z filmem; 30.07.2011 r.

Rozdział V

Zasady przygotowania filmu

§7

1. Film zgłoszony do udziału w konkursie powinien być dziełem autorskim studentów. Dlatego do filmu powinien zostać dołączony scenariusz podpisany przez autorów - uczestników Konkursu. Ponadto do dokumentów, należy dołączyć oświadczenie podpisane przez ww. autorów - wzór oświadczenia stanowi załącznik Nr 2 do niniejszego Regulaminu.
2. Czas trwania filmu od 5 do 15 minut.
3. Film powinien zwracać uwagę na rolę społeczno-zawodową pielęgniarki/pielęgniarskiej oraz pielęgniarskie funkcje zawodowe, być formą przekazu informacji o znaczeniu zawodu pielęgniarki w ochronie zdrowia społeczeństwa, jak również powinien stanowić próbę zachęcenia młodych ludzi do studiowania pielęgniarstwa wraz z ukazaniem różnych możliwości rozwoju zawodowego.

Rozdział VI

Zasady wyboru najlepszego filmu

§8

1. Najlepszy film zostanie wyłoniony przez Komisję Konkursową.
2. Komisja Konkursowa zostanie powołana uchwałą Zarządu Głównego Towarzystwa.
3. Zadaniem Komisji Konkursowej będzie ustalenie kryteriów oceny.

4. Z posiedzenia Komisji Konkursowej zostanie sporządzony protokół, zawierający przebieg głosowania, nazwiska osób nagrodzonych, tytuł filmu oraz przyznane nagrody.

Rozdział VII

Nagrody

§9

1. Dla Laureatów I, II i III miejsca Konkursu przewidziane są nagrody.

Rozdział VIII

Ogłoszenie wyników i przekazanie nagród

§ 10

1. Wyniki Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej do dnia 30 listopada 2011 roku.
2. Ogłoszenie wyników Konkursu nastąpi w drodze publikacji komunikatu pod adresem Organizatora Konkursu: www.ptp.na1.pl.
3. Lista osób nagrodzonych zostanie przekazana do mediów oraz do macierzystej uczelni,
4. Nagrody, o których mowa w § 9, zostaną wręczone podczas uroczystego posiedzenia Plenarnego Zarządu Głównego Towarzystwa.

Rozdział IX

Postanowienia końcowe

§11

1. Regulamin Konkursu jest udostępniony na stronie internetowej organizatora Konkursu pod adresem: www.ptp.nal.pl oraz w siedzibie Zarządu Głównego Towarzystwa, pod adresem: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa.
2. Zastrzega się, że prace nadesłane na Konkurs nie będą zwracane.
3. Każdy uczestnik Konkursu poprzez przystąpienie do Konkursu oraz podpisanie zgody na przetwarzanie danych osobowych akceptuje warunki Regulaminu.
4. Filmy udostępnione Organizatorowi będą wykorzystywane w celu wyłonienia laureatów Konkursu.
5. Organizator zastrzega sobie prawo do publikowania imion, nazwisk, zdjęć i informacji o laureatach Konkursu, a także informacji o nagrodzonych filmach.
6. Zwycięzcy Konkursu przenoszą na Organizatora autorskie

prawa majątkowe do filmów, co wiąże się z nieograniczonym w czasie korzystaniem i rozporządzeniem przez Organizatora filmem, a także:

- a) wykorzystania filmu w jakiegokolwiek działalności Organizatora,
 - b) utrwalania i zwielokrotniania egzemplarzy filmu,
 - c) publicznej prezentacji filmu,
 - d) rozpowszechniania filmu,
 - e) wprowadzania filmu do pamięci komputera i umieszczania w sieci Internet.
7. W przypadku otrzymania przez Organizatora informacji, po lub przed przyznaniem nagrody wskazanej w Regulaminie, że nagrodzony film stanowi plagiat, lub że w jakikolwiek sposób zostały naruszone postanowienia Regulaminu, organizatorowi przysługuje prawo do:
 - a) odmowy przekazania nagrody danemu uczestnikowi,
 - b) podjęcia decyzji o nie przyznawaniu nagrody w konkursie,
 - c) w przypadku nagród już przyznanych - odebrania przyznanej nagrody.
 - d) podanie do publicznej wiadomości wyjaśnień, co do zaistniałej sytuacji
 8. We wszystkich sprawach nieuregulowanych w Regulaminie, mają zastosowanie ogólnie obowiązujące przepisy prawa, w tym: ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku - Kodeks Cywilny (Dz.U.1964.93 ze zm.), ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002.101.926 ze zm.), ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. 2006.90.631 ze zm.).

Regulamin przyjęty uchwałą Zarządu Głównego nr 29/KV/2<H0 z dnia 7 grudnia 2010 r.

Załączniki:

- 1) Formularz zgłoszeniowy na Konkurs ZG PTP dla studentów pielęgniarstwa na film promujący zawód pielęgniarstwa w Polsce (str. 1)
- 2) Oświadczenie o prawach autorskich do filmu (str. 1) ■

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
Warszawa, 13 grudnia 2010 r.

Szkolenia



UNIwersytet Medyczny w Łodzi

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Do Pielęgniarek i Położnych Szanowni Państwo,

Uniwersytet Medyczny w Łodzi realizuje projekt „Opracowanie i wdrożenie programów kształcenia z zakresu medycyny i farmacji metodą e-learning na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi” w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet IV. Szkolnictwo wyższe i nauka, Działanie 4.1. Wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego uczelni oraz zwiększenie liczby absolwentów kierunków o kluczowym znaczeniu dla gospodarki opartej na wiedzy.

Zgodnie z przyjętą strategią Uczelni, mającą na celu wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego, projekt uzupełnia tradycyjny tok kształcenia nowoczesnymi formami nauki. Skierowany jest do studentów oraz absolwentów uczelni i szkół medycznych: lekarzy, lekarzy dentyistów, farmaceutów, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, techników farmacji. W jego ramach został utworzony portal internetowy, na któ-

rym zamieszczone są materiały dydaktyczne w formie wykładowej. Wykłady, pogrupowane w kursy, dostępne są po rejestracji na portalu internetowym.

Portal znajduje się na witrynach internetowych:

www.e-umed.pl oraz www.e-umed.lodz.pl.

Dzięki funduszom unijnym szkolenia są nieodpłatne. Uczestnictwo w kursach pozwala na uzyskanie bądź poszerzenie aktualnej i obiektywnej wiedzy w zakresie nauk medycznych.

Potrzeba ciąglego doskonalenia zawodowego jest niezwykle istotna w zawodzie pielęgniarki i położnej. Szczególnie serdecznie zapraszamy Państwa do korzystania z naszego portalu szkoleniowego.

Obecnie dostępnych jest czterdzieści osiem wykładów, których tematyka obejmuje:

Współczesne problemy farmakoterapii chorób nowotworowych; Choroby polekowe – zapobieganie, wykrywanie i leczenie; Farmakoterapia chorób krwi i układu krwiotwórczego; Postępy w farmakoterapii wybranych chorób skóry; Współczesna antybiotykoterapia Współczesne metody leczenia otyłości; Cukrzyca jako problem współczesnej medycyny



W załączniku przesyłamy szczegółowy wykaz prezentowanych tematów.

Zgodnie z założeniami projektu oferta edukacyjna będzie sukcesywnie poszerzana - w roku 2011 o dalsze czterdzieści wykładów. ■

Z poważaniem
Prof. dr hab. n. farm. Elżbieta Mikiciuk-Olasik Dziekan
Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w
Łodzi Kierownik Projektu

Wykaz priorytetowych dziedzin pielęgniarstwa lub położnictwa, które powinny być przedmiotem przetargu na prowadzenie szkoleń specjalizacyjnych ze środków finansowych z budżetu państwa na rok 2011.

Lp.	Nazwa województwa	Ilość miejsc	Propozycja OIPIP w Częstochowie
1.	Śląskie	150 6x25	1. Pielęgniarstwo chirurgiczne 2. Pielęgniarstwo geriatryczne 3. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywne opieka 4. Pielęgniarstwo operacyjne 5. Pielęgniarstwo ratunkowe 6. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych Rezerwowe: a. Pielęgniarstwo onkologiczne b. Pielęgniarstwo pediatryczne



Lp.	Tytuł	Autorzy	Ilość
1	Pielęgniarstwo psychiatryczne	K. Usher, M. Grigg	1
2	Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej	K. Kędziora- Kornałowska, M. Muszałik, E. Skolmowska	1
3	Geriatryka, Pielęgniarstwo geriatryczne	K. Wiczorkowska - Tobis, D. Talarzka	1
4	Ortopedia i traumatologia	T. Sz. Gaździk	1
5	Ortopedia i traumatologia cz. II	T. Sz. Gaździk	1
6	Intensywne leczenie cukrzycy typu 1	Jan Tatoń	2
7	Leczenie ran w praktyce	Joseph E. Grey, K. G. Hg	2
8	Diagnostyka w ortopedii	W. R. Hepp, H. Debrunner	1
9	Onkologia podręcznik dla studentów medycyny	A. Kułakowski, A. Skowrońska- Gardas	1
10	Podstawy żywienia klinicznego	T. Korta, M. Łyszkowska	1
11	Geriatryka	T. Rosenthal, B. Naughton, M. Williams	1
12	Chirurgia	S. Gluszek	2
13	Filozofia i teorie pielęgniarstwa	J. Grójek- Józwik	1
14	Rodzina- Zdrowie- Choroba	Z. Krawczyńska- Butryn	2
15	Etyka w pracy pielęgniarzkiej	J. Wrońska, J. Mariański	2
16	Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarzki i położnych	M. Szczepański, E. Krajewska- Kulak	1
17	Alergia	S. T. Holgate, M. K. Church	1
18	Choroba Parkinsona	A. Friedman	1
19	Podręcznik urologii	M. B. Siroky, R. D. Oates, R. K. Babayan	1
20	Zaburzenia gospodarki węglowodanowej po cukrzycy ciężarnych. Diabetologia	K. Wardyna, W. Karabela. K. Życińska	1
21	Nowotwory mózgu wieku dziecięcego	K. Zakrzewski	2
22	Choroby tarczycy	Z. Królicki, M. Karbownik- Lewińska, A. Lewiński	1
23	Pierwotne chłoniaki skóry	M. Sokolowska- Wojdyło, J. Roszkiewicz	1
24	Choroby zakaźne i pasożytnicze	J. Cianciara, J. Juszczyk	1
25	Badanie fizykalne jamy brzusznej z elementami diagnostyki różnicowej	M. Hartleb, K. Gutkowski, M. Kohut	1
26	Etyka w praktyce pielęgniarzkiej. Zasady podejmowania decyzji etycznych	Fry S. T., Johnstone M.-J.	2
27	Instrumentarium i przebieg zabiegów w chirurgii, ginekologii i urologii - 2 wyd.	Czarnecka Z., Malińska W.	2
28	Intensywna terapia dorosłych - 2 wyd.	Rybicki Z.	1
29	Intensywna terapia dorosłych. Kompendium	Rybicki Z.	1
30	Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarzkiej (ICNP) wersja 1.0	praca zbiorowa	1
31	Współpraca z pacjentami i ich rodzinami - w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych. Katalog pojęć ICNP	praca zbiorowa	1
32	Pielęgniarstwo operacyjne - 3 wyd.	Ciurus M.	1
33	Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. I - 2 wyd.	Kilańska D. (red.)	2
34	Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej t. II - 1 wyd.	Brosowska B., Mielczarek-Pankiewicz E.	2
35	Zrozumieć promocję zdrowia. Przewodnik do zajęć	Charzyńska-Gula M. (red.)	1
37	Narzędzia, protezy i szwy chirurgiczne - 2 wyd.	Bielecki K. (red.)	1
38	Nowoczesne metody rozpoznawania płodności. Wybrane zagadnienia	R. Domżał- Drzewicka, E. Gałęziowska	2
39	Opatrywanie ran. Wiedza i umiejętności - 2 wyd.	Budynek M., Nowacki C.	3

PLANOWANE TERMINY ROZPOCZĘCIA I ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI, KURSÓW KWALIFIKACYJNYCH I KURSÓW SPECJALISTYCZNYCH W I PÓŁROCZU 2011 ROKU ORGANIZOWANE PRZEZ SPÓŁDZIELNIĘ PRACY „OŚWIATA”

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE

Dziedzina	Tryb kształcenia	Miejsce prowadzenia kształcenia	Uprawnienie do prowadzenia kształcenia na mocy:	Planowana liczba edycji specjalizacji	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)**	Planowana liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)*
						Piel.	Poł.	
Pielęgniarstwo zachowawcze dla pielęgniarzek	Mieszany	Siedziba Spółdzielni	Po zatwierdzeniu programu oraz dokonaniu wpisu do ewidencji	1	kwiecień 2011	35	---	kwiecień 2013

KURSY KWALIFIKACYJNE

Dziedzina	Tryb kształcenia	Miejsce prowadzenia kształcenia	Uprawnienie do prowadzenia kształcenia na mocy:	Planowana liczba edycji kursu kwalifikacyjnego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursu kwalifikacyjnego	Planowana liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia poszczególnych edycji kursu kwalifikacyjnego**
						Piel.	Poł.	
Piel. rodzinne dla pielęgniarzek	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do Rej. OIPiPw Cz-wie Nr 4/2010 z dnia 11.02.2010.	1 1	styczeń 2011 styczeń 2011	25 25	-----	czerwiec 2011 czerwiec 2011
Piel. rodzinne dla położnych	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 6/2010 z dnia 22.04.2010.	1	styczeń 2011	-----	15	czerwiec 2011
Piel. anestezjologiczne i intensywnej opieki	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 3/2005 z dnia 26.10.2005.	1	styczeń 2011	15	-----	czerwiec 2011
Piel. Ratunkowe dla piel. i pielęgniarzy	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 2/2010 z dnia 21.01.2010.	1	styczeń 2011	35	-----	czerwiec 2011

KURSY SPECJALISTYCZNE

Zakres	Tryb kształcenia	Miejsce prowadzenia kształcenia	Uprawnienie do prowadzenia kształcenia na mocy:	Planowana liczba edycji kursu specjalistycznego	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursu specjalistycznego**	Planowana liczba uczestników, w tym:**		Planowane terminy zakończenia poszczególnych edycji kursu specjalistycznego***
						Piel.	Poł.	
Szczepienia ochronne dla pielęgniarzek	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 1/2009 z dnia 13.02.09	1	styczeń 2011	15	-----	marzec 2011
Szczepienia ochronne noworodków dla położnych	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 2/2009 z dnia 13.02.09	1	styczeń 2011	-----	10	marzec 2011
Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograf.	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 1/2008 z dnia 25.01.08	1	styczeń 2011	10		marzec 2011
Endoskopia	Mieszany	Siedziba Sp-ni	Wpis do rej. OIPiP w Cz-wie Nr 3/2010 z dnia 11.02.10	1	styczeń 2011	10		marzec 2011



**Sprawozdanie z Konferencji Szkoleniowej
zorganizowanej przez NRPIP
przy współpracy z Instytutem Praw Pacjenta i
Edukacji Zdrowotnej
„AKADEMIA PRAW PACJENTA”**

Dnia 11-12.12.2010 roku w Warszawie odbyła się konferencja szkoleniowa.

Konferencje otworzył Prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej ksiądz Arkadiusz Nowak i Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych Elżbieta Buczkowska.

Zajęcia prowadzone były przez eksperta Instytutu w dziedzinie praw pacjenta dr n. prawa Dorotę Karkowską oraz Panią Mariolę Kosowicz specjalistę z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Przedmiotem szkolenia były prawa pacjenta, obowiązki pielęgniarki/ położnej, oraz związana z tym odpowiedzialność prawna w razie naruszenia tych praw.

Problem ten jest szczególnie ważny, ponieważ w powstałym od 1999 r. systemie ochrony zdrowia, zakłady opieki zdrowotnej uzyskały osobowość prawną i same ponoszą odpowiedzialność za szkody wyrządzone pacjentom oraz – bardzo często pielęgniarki/ położne przestają być pracownikami tych zakładów, a stają się przedsiębiorcami udzielającymi świadczeń zdrowotnych na tzw. kontraktach. Rozwija się prywatna praktyka, powstają niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, niekiedy pielęgniarki/położne świadczą usługi w pomieszczeniach szpitalnych, jako „niezależni kontrahenci”.

Dzisiaj wykonywanie zawodu medycznego wymaga nie tylko doświadczenia i ciągłego podnoszenia kwalifikacji, ale również znajomości reguł obowiązującego prawa medycznego.

Zmieniające się przepisy prawa i orzecznictwo sądowe oraz wzrost świadomości prawnej społeczeństwa polskiego przekłada się na wzrastającą ilość pozwów i roszczeń zarówno pacjentów jak i ich rodzin w stosunku do personelu medycznego.

W czasie trwania konferencji omawiane były trzy zasadnicze tematy:

Temat I Prawa pacjenta:

1. Wprowadzenie – rozwój koncepcji i uwarunkowania praw pacjenta.
2. Zakres działalności WHO: Rady Europy oraz Unii Europejskiej.
3. Źródła prawnej regulacji praw pacjenta.

4. Prawo pacjenta do ochrony zdrowia. Prawa świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
5. Autonomia jednostki wobec interwencji medycznej.
6. Obowiązek udzielenia świadczenia zdrowotnego a możliwość odmowy. Odmowa pielęgniarstwa wykonania świadczenia zdrowotnego zleconego przez lekarza.
7. Prawo pacjenta do zasięgnięcia drugiej opinii (lekarza, pielęgniarki, położnej).
8. Prawo pacjenta do poszanowania poufności.
9. Dostęp pacjenta do dokumentacji medycznej.
10. Prawo pacjenta do poszanowania intymności.
11. Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych przez studentów kierunków medycznych.
12. Prawo pacjenta do poszanowania godności.
13. Prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego.
14. Prawo do opieki duszpasterskiej.
15. Prawo do godnej śmierci.

Temat II Odpowiedzialność prawna za naruszenie praw pacjenta:

1. Rzecznik Praw Pacjenta.
2. Odpowiedzialność cywilna pielęgniarek.
3. Postępowanie cywilne w sprawach odpowiedzialności pielęgniarek zakładów opieki zdrowotnej.
4. Odpowiedzialność karna pielęgniarek.
5. Błąd w sztuce.
6. Postępowanie karne w sprawach odpowiedzialności pielęgniarek zakładów opieki zdrowotnej.
7. Odpowiedzialność pracownicza pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.
8. Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.
9. Odpowiedzialność pacjenta za nieuzasadnione zarzuty wobec pielęgniarek lub zakładu opieki zdrowotnej.

Temat III Komunikacja z Pacjentem:

1. Reprezentacje poznawcze człowieka i ich wpływ na komunikację interpersonalną.
2. Funkcje komunikacyjne i struktura emocji.
3. Właściwe posługiwanie się komunikatami werbalnymi i niewerbalnymi.
4. Empatia - umiejętne współodczuwanie. Poprawne stawianie granic.
5. Asertywność jako przejaw szacunku względem siebie i drugiego człowieka. ■

W konferencji uczestniczyły:
Beata Ciura
Jadwiga Tomalska



Porady prawne

Częstochowa 21.12.2010r

**Odpowiedź Radcy Prawnego OIPiP w Częstochowie
na pytanie:**

**Jakie dane powinny być zawarte w treści pieczętki
pielęgniarki i położnej?**

Pielęgniarki mają obowiązek rejestrowania udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych poprzez dokonywanie odpowiednich wpisów w dokumentacji medycznej pacjenta. Każdy taki wpis musi być poświadczony przez podpis i pieczętkę pozwalającą na określenie konkretnej osoby, która go dokonuje. Minister Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 12 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania

jasno określił jakie dane powinny być zawarte na takiej pieczętce, by pozwalały na jednoznaczne zidentyfikowanie osoby. Należą do nich: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, podpis. Okazuje się, że pewne problemy interpretacyjne stwarza tutaj obowiązek podawania tytułu zawodowego. Bowiem wiele osób kształci się równolegle w kilku dziedzinach wiedzy, zdobywając kolejne tytuły zawodowe. W tym momencie pojawia się pytanie czy skoro istnieje obowiązek wskazania uzyskanego tytułu zawodowego, to można wskazać najwyższy tytuł jaki się posiada, nawet jeżeli nie został on uzyskany na kierunku pielęgniarstwo? By na nie jednoznacznie odpowiedzieć należy przeanalizować art. 7 oraz art. 8 Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. Stanowią one, że



kwalifikacje pielęgniarki można uzyskać tylko po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Taką szkołą jest:

- liceum medyczne, szkoła pomaturalna, po ukończeniu której uzyskuje się tytuł zawodowy pielęgniarki,
- szkoła wyższa, prowadząca kształcenie w formie studiów magisterskich jednolitych lub uzupełniających, po ukończeniu której uzyskuje się tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa,
- szkoła wyższa prowadząca kształcenie w formie studiów wyższych zawodowych, po ukończeniu której uzyskuje się tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa.

Powyższe tytuły zawodowe są zatem jedynymi, których wykorzystanie dla identyfikacji pielęgniarki udzielającej świadczeń zdrowotnych, jest uzasadnione.

Reasumując:

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, że absolwenci szkół medycznych uzyskują tytuł zawodowy:

- pielęgniarka lub położna
- licencjat pielęgniarstwa lub położnictwa
- magistra pielęgniarstwa lub położnictwa

Wobec tego osoby, które uzyskały powyższe tytuły zawodowe mogą używać identyfikatorów i pieczętek o treści np.

Imię i Nazwisko

Pielęgniarka

Numer prawa wykonywania zawodu,

Imię i Nazwisko

Położna

Numer prawa wykonywania zawodu

Imię i Nazwisko

Licencjat pielęgniarstwa

Numer prawa wykonywania zawodu,

Imię i Nazwisko

Magister pielęgniarstwa

Numer prawa wykonywania zawodu,

Imię i Nazwisko

Licencjat położnictwa

Numer prawa wykonywania zawodu,

Imię i Nazwisko

Magister położnictwa

Numer prawa wykonywania zawodu.

Ponadto pielęgniarki i położne, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mogą używać identyfikatorów i pieczętek o treści np.

Imię i Nazwisko

Magister pielęgniarstwa

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego
Numer prawa wykonywania zawodu.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 21 grudnia 2006 r.

w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej
w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej
przetwarzania (Dz. U. 247, poz. 1819)

- wyciąg -

§ 6. 1. Dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera:
(...)

- 4) dane identyfikujące lekarza, pielęgniarkę, położną udzielających świadczeń zdrowotnych oraz lekarza kierującego na badania lub leczenie:
 - a) nazwisko i imię,
 - b) tytuł zawodowy,
 - c) uzyskane specjalizacje,
 - d) numer prawa wykonywania zawodu. ■

Radca Prawny OIPIP Artur Zubkiewicz

Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 27 sierpnia 2008 roku wydany w sprawie zmian w statucie szpitala polegający na likwidacji stanowisk oddziałowych oraz stanowisk pielęgniarki naczelnej i zastąpienia stanowiskami koordynatorów do spraw pielęgniarstwa.

Zgodnie z art. 44a ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) – dalej ustawa o ZOZ – we wszystkich publicznych zakładach opieki zdrowotnej (z wyjątkiem żłobków oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej utworzonych i utrzymywanych w celu realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia) przeprowadza się konkurs na stanowisko:

- 1) kierownika zakładu, z wyjątkiem kierownika samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej;
- 2) zastępcy kierownika zakładu w zakładzie, w którym kierownik nie jest lekarzem;
- 3) ordynatora;
- 4) ordynatora - kierownika kliniki;
- 5) ordynatora - kierownika oddziału klinicznego;
- 6) naczelnej pielęgniarki;
- 7) przełożonej pielęgniarek zakładu;
- 8) pielęgniarki oddziałowej.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o ZOZ ustrój zakładu opieki zdrowotnej oraz inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania, nieuregulowane w ustawie, określa statut.

W wyroku z dnia 27 sierpnia 2008 r. wydanym w sprawie sygn. akt: II OSK 666/08 Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, iż wykreślenie ze statutu szpitala stanowiska naczelnej pielęgniarki i zastąpienie go innym, nieprzewidzianym w przepisach, któremu przypisane miałyby być te same obowiązki i uprawnienia, jakie miała osoba zatrudniona na stanowisku naczelnej pielęgniarki w oczywisty sposób narusza obowiązujące przepisy i wykracza poza zakres spraw, które mogą być uregulowane w statucie.

Z uwagi na wskazane na wstępie przepisy NSA doszedł do wniosku, iż samodzielność statutowa podmiotu tworzącego ZOZ dotyczy jedynie spraw nieuregulowanych w ustawie i z tej przyczyny nie może ona prowadzić do takiego ukształtowania struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, które byłoby sprzeczne z ustawą. W konsekwencji NSA doszedł do przekonania, iż wszelkie działania mające na celu nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w ust. 1 art. 44a ustawy o ZOZ, lecz tworzenie - w zakresie merytorycznym tożsamym z tymi stanowiskami - inaczej nazwanych komórek organizacyjnych i innych stanowisk, będą stanowić próbę obejścia przepisów ustawy o zakładach opieki zdrowotnej i z tej przyczyny są niedopuszczalne. ■

Przedruk z dodatku nr 2 do Gazety Podatkowej nr 96 z dnia 2.12.2010r.

Emerytura na starych i nowych zasadach

I. Ustalanie prawa do świadczeń

1. „Nowa emerytura” bez względu na staż pracy

Do końca 2008 r., aby uzyskać prawo do emerytury, oprócz ukończenia wieku emerytalnego, należało legitymować się odpowiednio długim stażem pracy. Od 1 stycznia 2009 r. emerytura ustalane są również na nowych zasadach, tj. w oparciu o art. 24 ustawy o emeryturach i rentach z FUS, zwanej ustawą emerytalną.

O przyznanie prawa do tzw. „nowej emerytury” mogą ubiegać się wszyscy ubezpieczeni urodzeni po dniu 31 grudnia 1948 r., którzy osiągnęli powszechny wiek emerytalny. Wynosi on odpowiednio co najmniej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn.

Bez względu na długość i rodzaj ubezpieczenia

W przeciwieństwie do świadczeń przyznawanych na starych zasadach, nie jest tu określony wymagany staż pracy, wypracowany przez ubezpieczonego. I to zarówno, jeżeli chodzi o jego długość (np. rok, 2 lata, czy też 40 lat), jak i rodzaj tytułu, stanowiącego podstawę do objęcia ubezpieczeniem (np. z tytułu zatrudnienia, prowadzenia działalności pozarolniczej itp.).

Tym samym prawo do świadczenia uzyska przykładowo zarówno kobieta, która w 2010 r. ukończyła 60 lat i ma udokumentowanych 30 lat zatrudnienia, jak i ubezpieczona w tym samym wieku z zaledwie 2-letnim stażem pracy.

UWAGA!

Prawo do tzw. „nowej emerytury” uzależnione jest wyłącznie od osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego.

Z prawa do emerytury ustalonej na nowych zasadach mogą skorzystać zarówno osoby, które przystąpiły do jednego spośród otwartych funduszy emerytalnych, jak i te, które do takiego funduszu nie przystąpiły.

Niekiedy przyznawana z urzędu

Zasadniczo prawo do emerytury ustala się w oparciu o wniosek złożony przez ubezpieczonego. Jednakże istnieje wyjątek od tej reguły, dotyczący osób uprawnionych do renty z tytułu niezdolności do pracy, które podlegały ubezpieczeniu społecznemu albo ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu. Otóż po osiągnięciu wieku 60 lub odpowiednio 65 lat, z urzędu uzyskują one prawo do emerytury, zamiast pobieranej dotychczas renty.

Przy czym ZUS przyzna emeryturę od dnia osiągnięcia przez rencistę wieku uprawniającego do emerytury, a w przypadku gdy wypłata renty z tytułu niezdolności do pracy była wstrzymana - od dnia, od którego podjęto jej wypłatę. Stanowi o tym art. 24a ustawy emerytalnej.

UWAGA!

Emerytura przyznana z urzędu nie może być niższa od pobieranej dotychczas renty z tytułu niezdolności do pracy.

Od czego zależy wysokość emerytury?

Co prawda prawo do „nowej emerytury” nie jest uzależnione od stażu pracy, jednak odpowiednio długi okres podlegania ubezpieczeniu i opłacane z tego tytułu składki, przekładają się na wysokość świadczenia.

„Nowa emerytura” stanowi bowiem równowartość kwoty będącej wynikiem podzielenia podstawy obliczenia emerytury przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym

wiekowi, w jakim ubezpieczony przechodzi na emeryturę. Podstawa obliczenia emerytury ustalana jest natomiast w oparciu o kwotę składek na ubezpieczenie emerytalne, z uwzględnieniem waloryzacji składek zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego przysługuje wypłata emerytury, oraz zwaloryzowanego kapitału początkowego. Tak wynika z art. 25 i 26 ustawy emerytalnej.

Minimum nie dla wszystkich

Dla emerytury (podobnie, jak i dla pozostałych świadczeń z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) została określona kwota najniższa, jaką powinien otrzymać świadczeniobiorca (art. 85 ust. 2 ustawy emerytalnej).

UWAGA!

Kwota najniższej emerytury od 1 marca 2010 r. wynosi 706,29 zł.

W przypadku gdy „nowa emerytura” łącznie z emeryturą kapitałową jest niższa od kwoty gwarantowanej, emeryturę przysługującą z FUS podwyższa się w taki sposób, aby suma tych świadczeń nie była niższa od kwoty najniższej emerytury. Gwarancja ta, w świetle art. 87 ustawy emerytalnej, dotyczy jednak tylko tych uprawnionych, którzy po ukończeniu wieku emerytalnego (odpowiednio 60 i 65 lat) mają udokumentowany okres składkowy i nieskładkowy w wymiarze:

- kobiety - co najmniej 20 lat,
- mężczyźni - co najmniej 25 lat.

Wypłata świadczenia

ZUS wypłaca emeryturę poczynając od dnia powstania prawa do świadczenia, nie wcześniej jednak niż od miesiąca, w którym zgłoszono wniosek w sprawie lub wydano decyzję z urzędu (art. 129 ustawy emerytalnej).

Przy czym warunkiem podjęcia wypłaty „nowej emerytury” dla członka otwartego funduszu emerytalnego po ukończeniu wieku 65 lat jest złożenie wniosku o ustalenie prawa do dożywotniej emerytury kapitałowej albo oświadczenia o wyborze oferty dożywotniej emerytury kapitałowej.

2. Ograniczenie okresów nieskładkowych

Przy obliczaniu kapitału początkowego ZUS ograniczył mi okresy nieskładkowe do 1/3 udowodnionych do końca 1998 r. okresów składkowych. Po 1998 r. przepracowałam kilkanaście lat. Czy ZUS ustalając emeryturę przeliczy kapitał początkowy i przyjmie cały wcześniejszy okres nieskładkowy?

Nie. Przy ustalaniu wysokości kapitału początkowego przyjmuje się okresy składkowe i nieskładkowe przebyte do 31 grudnia 1998 r. Okresy nieskładkowe uwzględnia się w wymiarze nieprzekraczającym 1/3 udowodnionych okresów składkowych, z zastrzeżeniem, o którym mowa w dalszej części.

Przykład

Z wnioskiem o ustalenie kapitału początkowego wystąpiła kobieta urodzona w 1968 r. Do 31 grudnia 1998 r. udowodniła następujące okresy:

- od 1 października 1988 r. do 30 września 1993 r. - studia wyższe (5 lat okresów nieskładkowych),
- od 1 listopada 1993 r. do 31 grudnia 1998 r. umowa o pracę (5. lat i 2 miesiące okresów składkowych).

Do ustalenia wysokości kapitału początkowego ZUS przyjął:

- okres składkowy wynoszący 5 lat i 2 miesiące oraz
- okres nieskładkowy wynoszący 1 rok, 8 miesięcy, 20 dni (okres studiów ograniczony do 1/3 udowodnionych okresów składkowych).

Ograniczenia do 1/3 udowodnionych okresów składkowych nie stosuje się do okresów nieskładkowych wymienionych w art. 7 pkt 5 ustawy emerytalnej, tj. przypadających przed 1 stycznia 1999 r. okresów:

- urlopu wychowawczego,
- urlopu bezpłatnego udzielonego na podstawie przepisów w sprawie bezpłatnych urlopów dla matek pracujących opiekujących się małymi dziećmi oraz innego urlopu bezpłatnego udzielonego w tym celu,
- niewykonywania pracy z powodu opieki nad dzieckiem.

Przy czym okresy te uwzględnia się w granicach do 3 lat na każde dziecko w wieku do lat 4 oraz łącznie - bez względu na liczbę dzieci - do 6 lat, a jeżeli ze względu na stan fizyczny, psychiczny lub psychofizyczny dziecka przysługiwał zasiłek pielęgnacyjny - dodatkowo w granicach do 3 lat na każde dziecko.

Powyższe wynika z art. 174 ust. 2 ustawy emerytalnej.

Przykład

Kobieta urodzona w 1964 r. wystąpiła do ZUS z wnioskiem o ustalenie wysokości kapitału początkowego. Do 31 grudnia 1998 r. zainteresowana udowodniła następujące okresy:

- od 1 października 1983 r. do 30 września 1988 r. - studia wyższe (5 lat),
- od 1 grudnia 1988 r. do 30 listopada 1992 r. - umowa o pracę (4 lata),
- od 1 grudnia 1992 r. do 30 listopada 1995 r. - urlop wychowawczy (3 lata),
- od 1 grudnia 1995 r. do 31 grudnia 1998 r. - umowa o pracę (3 lata i 1 miesiąc).

Do ustalenia wysokości kapitału początkowego ZUS przyjął:

- okresy składkowe wynoszące łącznie 7 lat i 1 miesiąc (umowa o pracę),
- okresy nieskładkowe wynoszące 5 lat, 4 miesiące, 10 dni, tj. 3 lata urlopu wychowawczego (bez ograniczenia) oraz 2 lata, 4 miesiące, 10 dni okresu studiów wyższych (po ograniczeniu do 1/3 udowodnionych okresów składkowych).

Kapitał początkowy może być przeliczony na wniosek osoby zainteresowanej tylko wówczas, gdy zostaną dostarczone nowe dowody dotyczące:

- przebytych przed 1 stycznia 1999 r. okresów składkowych i nieskładkowych,
- wynagrodzenia podlegającego wliczeniu do podstawy wymiaru.

Ponadto kapitał początkowy ulega ponownemu obliczeniu w przypadku zgłoszenia przez osobę zainteresowaną wniosku o zmianę okresu z jakiego ma być ustalona podstawa wymiaru kapitału.

3. Emerytura dla zatrudnionego na część etatu Zamierzam wystąpić o przyznanie emerytury. Czy przy obliczaniu lat pracy uprawniających do świadczenia ma znaczenie fakt, że zatrudnienie było wykonywane na część etatu?

Dla osób urodzonych po 31 grudnia 1948 r., które będą przechodziły na emeryturę na nowych zasadach, uzyskanie prawa do emerytury jest uzależnione wyłącznie od osiągnięcia wieku emerytalnego wynoszącego co najmniej 60 lat dla kobiet i co najmniej 65 lat dla mężczyzn. Bez znaczenia pozostaje okres pozostawania w ubezpieczeniu, a więc zarówno długość tego okresu (5 czy 25 lat), jak też i tytuł ubezpieczenia (umowa o pracę czy prowadzenie pozarolniczej działalności), a w przypadku zatrudnienia - również wymiar czasu pracy. Tak wynika z art. 24 ustawy emerytalnej.

Natomiast podstawę obliczenia nowej emerytury stanowi suma zwaloryzowanych składek, zewidencjonowanych na indywidualnym koncie ubezpieczonego oraz zwaloryzowany kapitał początkowy. Na sumę składek składają się składki na ubezpieczenie emerytalne, przekazywane przez płatnika

składek, naliczane od wysokości osiągniętych wynagrodzeń. Zatem im wyższe wynagrodzenie tym wyższa kwota składek zewidencjonowana na indywidualnym koncie ubezpieczonego.

Jedynie w stosunku do osób urodzonych przed 1 stycznia 1949 r. nadal obowiązuje dotychczasowy system emerytalny. Ubezpieczonym, urodzonym przed tą datą, emerytura przysługuje, jeżeli spełniają łącznie warunki określone w art. 27 ustawy emerytalnej, tj.:

- osiągną wiek emerytalny wynoszący - co najmniej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn,
- udowodnią okres składkowy i nie-składkowy, wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn.

Na wysokość emerytury obliczonej na starych zasadach składa się tzw. część socjalna, wynosząca jednakowo dla wszystkich osób wnioskujących o świadczenie 24% obowiązującej kwoty bazowej, oraz część zależna od długości stażu pracy i od wysokości osiągniętych przychodów stanowiących podstawę wymiaru składek. Za każdy pełen rok okresów składkowych naliczane jest 1,3% podstawy wymiaru, a za każdy rok okresów nieskładkowych 0,7% podstawy wymiaru.

Okresy składkowe i nieskładkowe uwzględniane przy ustalaniu prawa do emerytury oraz jej wysokości zostały enumeratywnie wymienione w art. 6 i 7 ustawy emerytalnej. W celu uzyskania prawa do emerytury uwzględnieniu podlegają przede wszystkim okresy składkowe, tj. m.in.:

- przypadające po 14 listopada 1991 r. okresy ubezpieczenia, a więc okresy opłacania składek na ubezpieczenie społeczne lub ubezpieczenia emerytalne i rentowe, bez względu na wysokość wynagrodzenia oraz wymiar czasu pracy,
- przypadające przed 15 listopada 1991 r. okresy zatrudnienia na obszarze Polski po ukończeniu 15 lat życia w wymiarze nie niższym niż połowa pełnego wymiaru czasu pracy, jeżeli w tych okresach pracownik pobierał wynagrodzenie lub zasiłki z ubezpieczenia społecznego: chorobowy, macierzyński lub opiekuńczy albo rentę chorobową.

W świetle powyższego, przy ustalaniu prawa do emerytury obliczanej na starych zasadach znaczenie ma wymiar pracy wykonywanej przed 15 listopada 1991 r. Jeżeli do tego czasu zatrudnienie było wykonywane w wymiarze niższym niż połowa pełnego, to tego okresu nie uwzględnia się w stażu emerytalnym.

4. Okres zatrudnienia w krajach Unii Europejskiej w stażu emerytalnym Przez kilkanaście lat pracowałam i byłam ubezpieczona w Danii. Czy okres ten zostanie uwzględniony przy ustalaniu prawa do emerytury w Polsce?

Osoby, które pracowały i podlegały ubezpieczeniom w Polsce oraz posiadają okresy ubezpieczenia lub zamieszkania za granicą w państwach członkowskich, mogą uzyskać emeryturę zarówno z Polski, jak i z każdego innego państwa członkowskiego, w których pracowały, jeżeli spełniają warunki wymagane do uzyskania prawa do emerytury w tych państwach. W przypadku spełnienia warunków wymaganych do uzyskania emerytur w kilku państwach członkowskich, których ustawodawstwu podlega osoba zainteresowana, możliwe jest pobieranie emerytur z kilku państw.

Jedną z zasad unijnej koordynacji systemów zabezpieczenia jest zasada sumowania okresów ubezpieczenia (zamieszkania). Zgodnie z tą zasadą, przy ustalaniu prawa i obliczaniu wysokości emerytur i rent przysługujących na podstawie ustawodawstwa jednego państwa członkowskiego uwzględ-

dniane są okresy ubezpieczenia (zamieszkania) przebyte na terytorium każdego innego państwa członkowskiego. Jeżeli zatem osoba ubiegająca się o przyznanie emerytury lub renty w jednym z państw członkowskich nie posiada wymaganego okresu ubezpieczenia (zamieszkania), wystarczającego do nabycia uprawnień do emerytury na podstawie wewnętrznych przepisów tego państwa, wówczas dla przyznania emerytury uwzględnia się okresy ubezpieczenia (zamieszkania) przebyte we wszystkich innych państwach członkowskich.

Przykład

Mężczyzna w wieku 65 lat zgłosił wniosek o emeryturę. Zainteresowany przez 18 lat pracował w Polsce oraz przez 11 lat w Danii. W celu przyznania polskiej emerytury, do polskich okresów składkowych i nieskładkowych (18 lat) zostanie doliczony 11-letni okres ubezpieczenia w Danii. Bez uwzględnienia okresu ubezpieczenia w Danii wnioskodawca nie spełniłby warunku posiadania wymaganego okresu składkowego i nieskładkowego wynoszącego dla mężczyzn co najmniej 20 lat. Zasada ta ma zastosowanie tylko wówczas, gdy prawo do emerytury zależy od długości okresów ubezpieczenia. Zatem okresy zagraniczne nie są uwzględniane przy ustalaniu prawa do tzw. nowej emerytury dla osób urodzonych po 31 grudnia 1948 r.

Jeśli jednak ubezpieczony posiada wystarczającą liczbę lat ubezpieczenia, to nie jest konieczne uwzględnianie okresów zagranicznych przebytych przez tę osobę w innych państwach członkowskich. Emerytura w takim przypadku zostanie ustalona wyłącznie na podstawie okresów ubezpieczenia (zamieszkania) w państwie ustalającym emeryturę, czyli tzw. emeryturę krajową.

Osobom, które posiadają okresy ubezpieczenia (zamieszkania) w jednym lub więcej państwach członkowskich, wynoszące mniej niż rok, instytucja każdego z państw, w których zostały one przebyte, nie ustala uprawnień do emerytury, chyba że z wewnętrznych przepisów tego państwa wynikają uprawnienia do emerytury dla osób posiadających tak krótkie okresy. Okresy te jednak „nie przepadają”, bowiem w razie przyznania emerytury przez instytucję innego państwa członkowskiego zostaną one uwzględnione przy obliczaniu własnego świadczenia. Powyższa zasada ma zastosowanie tylko przy obliczaniu emerytury z ZUS, której wysokość zależy od długości okresów ubezpieczenia (emerytury ustalonej na starych zasadach).

Przykład

Kobieta w wieku 62 lat zgłosiła wniosek o emeryturę. Posiada następujące okresy zatrudnienia: 10 miesięcy w Polsce, 8 miesięcy na Słowacji i 32 lata w Niemczech. Z uwagi na zbyt krótki okres zatrudnienia w Polsce nie przysługuje zainteresowanej emerytura z ZUS (także z tytułu ubezpieczenia na Słowacji). Niemiecka instytucja ubezpieczeniowa obliczając wysokość niemieckiej emerytury uwzględni polskie i słowackie okresy ubezpieczenia.

5. Emerytura po 15 latach pracy

Do 2005 r., tj. przez okres 15 lat, pobierałam rentę z tytułu niezdolności do pracy. Od tego czasu jestem na utrzymaniu męża. Nie jestem członkiem ofe, w sumie posiadam 15 lat składkowych, a w październiku 2010 r. skończyłam 58 lat. Ze względu na stan zdrowia nie mogę aktualnie podjąć żadnego zatrudnienia. Czy w tej sytuacji mam szansę otrzymać za dwa lata emeryturę?

Tak. Ubezpieczeni urodzeni po 31 grudnia 1948 r., którzy nie spełniają warunków do nabycia wcześniejszych uprawnień emerytalnych, a także nie posiadają zatrudnienia w szczegól-

nych warunkach lub o szczególnym charakterze uprawniających do ewentualnego nabycia emerytury pomostowej, nabywają prawo do emerytury po osiągnięciu wieku emerytalnego. Wynosi on co najmniej 60 lat dla kobiet i co najmniej 65 lat dla mężczyzn. Tak stanowi art. 24 ust. 1 ustawy emerytalnej.

Czytelniczka należy do grona tych osób, a zatem będzie jej przysługiwało prawo do emerytury, ustalonej według nowych zasad. Nabycie uprawnień emerytalnych jest więc w tym przypadku uwarunkowane jedynie ukończeniem określonego w przepisach wieku. Nie istnieje tu konieczność legitymowania się jakimś ściśle wyznaczonym minimalnym stażem ubezpieczeniowym.

A zatem, nawet jeśli zainteresowana przez następne dwa lata nie podejmie żadnego zatrudnienia, po osiągnięciu wieku 60 lat będzie mogła otrzymać emeryturę.

Z uwagi na to, że Czytelniczka powszechny wiek emerytalny ukończy w 2012 r., ZUS ustali jej świadczenie w sposób mieszany w oparciu o art. 183 ust. 4 ustawy emerytalnej. Warunkiem jest przy tym, aby nie była ona członkiem otwartego funduszu emerytalnego albo złożyła wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w ofe, za pośrednictwem ZUS, na dochody budżetu państwa.

Emerytura przyznana na wniosek osoby ubezpieczonej urodzonej po 31 grudnia 1948 r., która osiągnęła wiek uprawniający do emerytury w roku kalendarzowym 2012, wynosi:

- 1) 35% emerytury obliczonej na starych zasadach oraz
- 2) 65% emerytury obliczonej według nowej formuły.

Warto też zwrócić uwagę, że Czytelniczka posiada jedynie 15-letni okres składkowy. W takim przypadku nie istnieje gwarancja ewentualnego podwyższenia obliczonego dla niej świadczenia do kwoty najniższej emerytury. Zabezpieczenie takie dotyczy bowiem m.in. ubezpieczonej, która ukończyła 60 lat życia i ma okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat (art. 87 ust. 1 ustawy emerytalnej).

6. Starsi ubezpieczeni z prawem do nowej emerytury

Urodziłam się w 1948 r., a więc już dwa lata temu mogłam odejść na emeryturę. Jednak ze względu na ciekawą pracę i spore zarobki nadal kontynuuję zatrudnienie. Aktywność zawodową mam zamiar zakończyć z upływem grudnia bieżącego roku. Będę wówczas posiadać 32 lata pracy. Według jakich zasad ZUS wyliczy moją emeryturę?

Kobietom urodzonym przed dniem 1 stycznia 1949 r. przysługuje emerytura, jeżeli osiągnęły wiek emerytalny wynoszący co najmniej 60 lat i mają okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 20 lat. Tak stanowi art. 27 ustawy emerytalnej.

To świadczenie obliczane jest według tzw. starej zasady, zawartej w art. 53 ustawy emerytalnej, i wynosi:

- 24% kwoty bazowej oraz
- po 1,3% podstawy jego wymiaru za każdy rok okresów składkowych,
- po 0,7% podstawy jego wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych.

Jednocześnie niektórzy ubezpieczeni urodzeni przed 1949 r. mogą mieć emeryturę ustaloną na nowych zasadach, gdzie bazę do jej wyliczenia stanowi zewidencjonowana na indywidualnym koncie suma kapitału początkowego oraz kwoty składek na ubezpieczenie emerytalne, odpowiednio zwaloryzowanych. Pozwala na to art. 55 ustawy emerytalnej. Przepis ten dotyczy osoby ubezpieczonej spełniającej warunki do

uzyskania emerytury na podstawie art. 27 ustawy, która kontynuowała ubezpieczenia emerytalne i rentowe po osiągnięciu przewidzianego w tym przepisie wieku emerytalnego i wystąpiła z wnioskiem o przyznanie emerytury po dniu 31 grudnia 2008 r. Ponadto, nowa emerytura może być obliczona wtedy, gdy będzie wyższa od obliczonej zgodnie z art. 53 ustawy emerytalnej.

Czytelniczka spełniła warunki do uzyskania uprawnień emerytalnych już w 2008 r. Należy więc do grona osób, których emerytura obliczana jest według starych zasad. Jednakże nie zaprzestała wówczas aktywności zawodowej i do chwili obecnej kontynuuje ubezpieczenia emerytalne i rentowe. Z treści pytania wynika także, że zainteresowana złożyła wniosek emerytalny po raz pierwszy w bieżącym roku. Oznacza to więc, że w tym przypadku możliwe jest ustalenie emerytury również według nowych zasad, pod warunkiem, że okaże się ona wyższa niż świadczenie obliczone w stary sposób.

Jeśli Czytelniczka chciałaby, aby jej emerytura została wyliczona według nowych reguł, to takie życzenie musiałaby zgłosić w składanym do ZUS wniosku. Organ rentowy dokona wówczas obliczeń emerytury według obu sposobów, podejmując jednocześnie wypłatę wyższego świadczenia.

II. Wysokość świadczenia

1. Staż pracy istotny przy naliczaniu „starej emerytury”

W tym roku osiągnął powszechny wiek emerytalny (65 lat) i zamierzam przejść na emeryturę. Czy nadal lata pracy wpływają na jej wysokość?

Zasady ustalania wysokości tzw. „starej emerytury”, przysługującej wszystkim urodzonym przed 1 stycznia 1949 r., nie uległy zmianie.

Emerytura stanowi sumę trzech składników:

- części socjalnej (24% kwoty bazowej obowiązującej w dniu zgłoszenia wniosku o emeryturę lub w dniu spełnienia ostatniego z warunków wymaganych do jej przyznania),
- części należnej za okresy składkowe,
- części należnej za okresy nieskładkowe.

Wynika to z art. 53 ustawy emerytalnej.

Najważniejszym czynnikiem wpływającym na wysokość emerytury jest podstawa jej wymiaru. Stanowi ona wypadkową wynagrodzeń uzyskanych w latach wskazanych przez wnioskodawcę oraz przeciętnych płac z tych lat. Ustalając tę podstawę ZUS:

- 1) dla każdego z wybranych lat kalendarzowych oblicza sumę kwot, od których zostały odprowadzone składki na ZUS oraz kwot niestanowiących podstawy wymiaru składek, wliczanych jednak do podstawy wymiaru emerytury;
- 2) oblicza procentowy stosunek każdej z sum uzyskanych w pkt 1 do rocznej kwoty przeciętnego wynagrodzenia, ogłoszonej za dany rok kalendarzowy, z zaokrągleniem do setnej części procenta;
- 3) wyciąga średnią arytmetyczną procentów uzyskanych w pkt 2, która stanowi wskaźnik wysokości podstawy wymiaru emerytury (podlega on ograniczeniu do 250%);
- 4) wskaźnik uzyskany w pkt 3 mnoży przez obowiązującą kwotę bazową, w wyniku czego uzyskuje podstawę wymiaru emerytury.

Istotna jest także liczba udowodnionych okresów składkowych i nieskładkowych. Ustalając wysokość emerytury ZUS oblicza bowiem części należne za powyższe okresy. Lata składkowe są o tyle istotniejsze, że podlegają uwzględnieniu z zastosowaniem wskaźnika wynoszącego 1,3% podstawy wymiaru. Natomiast każdy rok nieskładkowy ZUS mnoży jedynie przez

0,7% tej podstawy.

Należy podkreślić, że przy obliczaniu wysokości emerytury uwzględniane są jedynie pełne miesiące okresów składkowych i nieskładkowych, a pozostałe dni podlegają wyłączeniu.

Ponadto okresy nieskładkowe są uwzględniane w wymiarze nieprzekraczającym 1/3 udowodnionych okresów składkowych.

2. Wysokość nowej emerytury

Osobom urodzonym po 31 grudnia 1948 r., które nie nabyły prawa do wcześniejszej emerytury, po ukończeniu odpowiednio co najmniej 60 lat w przypadku kobiet i 65 lat w przypadku mężczyzn, przysługuje emerytura ustalana na tzw. nowych zasadach. Zostały one określone w art. 24-26a ustawy emerytalnej.

Podstawę obliczenia nowej emerytury stanowi kwota składek na ubezpieczenie emerytalne, z uwzględnieniem waloryzacji składek zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego przysługuje wypłata emerytury, oraz zwaloryzowanego kapitału początkowego. Wysokość samego świadczenia natomiast stanowi równowartość kwoty będącej wynikiem podzielenia podstawy jego obliczenia przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego.

Składki na indywidualnym koncie ubezpieczonego

Od 1 stycznia 1999 r. potrącane przez pracodawców lub też opłacane samodzielnie (np. przez osoby prowadzące własną działalność gospodarczą) składki na ubezpieczenie emerytalne dopisywane są do indywidualnego konta każdego ubezpieczonego. Informacje o jego stanie, na bieżąco są wysyłane do ubezpieczonych, którzy mogą (a w zasadzie powinni) zweryfikować przedstawione kwoty ze stanem faktycznym. W razie jakichkolwiek nieprawidłowości należy zgłosić reklamację. Najmniejsze nawet zaniżenie stanu konta oznaczać bowiem może w przyszłości odpowiednio niższe świadczenie.

Należy jednak pamiętać, iż informacja z ZUS o składkach na ubezpieczenie emerytalne, zewidencjonowanych na indywidualnym koncie ubezpieczonego, zawiera tylko składki emerytalne pozostałe w pierwszym filarze (czyli w ZUS), tzn. bez składek na otwarty fundusz emerytalny (ofe). Ubezpieczeni, którzy do drugiego filara przystąpili dobrowolnie (z roczników 1949-1968) lub też, których przynależność ta jest obowiązkowa (urodzeni po 1968 r.) w przesyłanej przez ZUS informacji o stanie konta za poszczególne lata, mają wykazane składki w niższej wysokości, aniżeli osoby niebędące członkami ofe. Zamiast 19,52% podstawy wymiaru składek wynoszą one bowiem 12,22%. Pozostała część, tj. 7,3% podstawy wymiaru, zgodnie z art. 22 ust. 3 i art. 111 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. nr 205, poz. 1585 ze zm.), jest przekazywana do wybranego przez ubezpieczonego funduszu. Taki podział składki na ubezpieczenie emerytalne jest dla członków ofe obowiązkowy.

Kapitał początkowy

O ustalenie kapitału początkowego można ubiegać się w każdym czasie, nawet tuż przed samym przejściem na emeryturę. Jego wysokość obliczana jest bowiem zawsze na dzień 1 stycznia 1999 r., niezależnie od daty złożenia wniosku w tej sprawie, i - podobnie jak kwota składek na ubezpieczenie emerytalne - zapisywana na indywidualnym koncie ubezpieczonego.

Wielkość zgromadzonego kapitału początkowego ustalana jest na zasadach określonych w art. 174 ustawy emerytalnej. Uzależniona jest zatem m.in. od długości udowodnionych okresów składkowych i nieskładkowych oraz wysokości

zarobków (dochodów) osiągniętych w okresie aktywności zawodowej, które stanowiły podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne przed 1999 r.

UWAGA!

Z informacji przesyłanych przez ZUS o zgromadzonych na indywidualnym koncie składek emerytalnych ubezpieczony może się dowiedzieć, ile ich faktycznie uzbierał w ciągu danego roku kalendarzowego na poczet przyszłej emerytury. Kwota ta w przyszłości przełoży się odpowiednio na wysokość świadczenia.

Waloryzacja składek...

Przeprowadza się ją corocznie, od dnia 1 czerwca każdego roku, poczynając od waloryzacji za rok 2000. Podlega jej kwota składek zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego na dzień 31 stycznia roku, za który jest przeprowadzana, powiększona o kwoty z tytułu przeprowadzonych waloryzacji. Przy ustalaniu wysokości emerytury kwota składek na ubezpieczenie emerytalne zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego po dniu 31 stycznia roku, za który przeprowadzono ostatnią (roczną) waloryzację, jest waloryzowana kwartalnie. Przy czym w przypadku ustalania wysokości emerytury:

- w I kwartale danego roku - ostatniej kwartalnej waloryzacji składek dokonuje się za III kwartał poprzedniego roku,
- w II kwartale danego roku - ostatniej kwartalnej waloryzacji składek dokonuje się za IV kwartał poprzedniego roku,
- w III kwartale danego roku - ostatniej kwartalnej waloryzacji składek dokonuje się za I kwartał danego roku,
- w IV kwartale danego roku - ostatniej kwartalnej waloryzacji składek dokonuje się za II kwartał danego roku.

Waloryzacja polega na pomnożeniu zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego składek przez wskaźnik waloryzacji. Jest on równy wskaźnikowi cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w roku (kwartale) kalendarzowym poprzedzającym termin waloryzacji w stosunku do poprzedniego roku (kwartału), powiększonemu o wzrost realny sumy przypisu składek na ubezpieczenie emerytalne w roku (kwartale) kalendarzowym poprzedzającym termin waloryzacji w stosunku do roku (kwartału) poprzedniego. Wskaźnik waloryzacji składek nie może być niższy niż wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem w roku (kwartale) kalendarzowym poprzedzającym termin waloryzacji w stosunku do poprzedniego roku (kwartału). Przy czym za rok 2000 jest równy wskaźnikowi wzrostu przeciętnego wynagrodzenia za 2000 r. w stosunku do przeciętnego wynagrodzenia za 1999 r. Stanowi o tym art. 25 ust. 3-12 oraz art. 25a ustawy emerytalnej.

...i kapitału początkowego

Ustalona na dzień 1 stycznia 1999 r. kwota kapitału początkowego również podlega corocznej waloryzacji. Przy czym pierwsza przeprowadzona jest za rok 1999 - według wskaźnika waloryzacji kapitału początkowego za rok 1999 wynoszącego - 115,60%. Natomiast kolejne waloryzacje kapitału początkowego, tj. za rok 2000 i lata następne, przeprowadzane są według wskaźników waloryzacji - jak dla składek na ubezpieczenie emerytalne - ogłaszanych w Monitorze Polskim w obwieszczeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej. Tak wynika z art. 173 ust. 4-6a ustawy emerytalnej.

Niezależnie od tego, w którym roku była lub będzie wydana decyzja o ustaleniu kapitału początkowego, bądź decyzja o ponownym jego ustaleniu, każdemu ubezpieczonemu kapitał początkowy jest waloryzowany od tych samych terminów i według takich samych wskaźników. Waloryzacji podlega kwota kapitału początkowego ustalona w ostatniej decyzji, to jest w decyzji o ustaleniu bądź ponownym ustaleniu kapitału początkowego. Jest ona realizowana w terminach i na za-

sadach przewidzianych dla waloryzacji składki na ubezpieczenie emerytalne.

Wskaźnik waloryzacji składek na ubezpieczenie emerytalne (od 2000 r.) i kapitału początkowego

Rok/kwartał	Wskaźnik waloryzacji
1999	115,60%
2000	112,72%
2001	106,68%
2002	101,90%
2003	102,00%
2004	103,63%
2005	105,55%
2006	106,90%
2007	112,85%
2008	116,26%
I kwartał 2009 r.	111,26%
II kwartał 2009 r.	101,80%
III kwartał 2009 r.	100,10%
IV kwartał 2009 r.	100,20%
2009	107,22%
I kwartał 2010 r.	108,83%
II kwartał 2010 r.	101,00%

UWAGA!

Ustawa emerytalna gwarantuje, że w wyniku przeprowadzonej waloryzacji kapitał początkowy nie może ulec obniżeniu.

3. Gdy świadczeniobiorca ukończy wiek emerytalny

Pobieram wcześniejszą emeryturę z tytułu pracy w szczególnych warunkach. Będąc na emeryturze, przez 3 lata pracowałem na podstawie umowy o pracę. Pod koniec grudnia 2010r. ukończę 65 lat i zamierzam ubiegać się o emeryturę ze względu na wiek. Czy ZUS ustali mi wysokość świadczenia od nowej kwoty bazowej?

Od nowej kwoty bazowej ZUS ustali tylko część socjalną emerytury.

Podstawę wymiaru emerytury ze względu na wiek dla osoby, która uprzednio miała ustalone prawo do wcześniejszej emerytury, stanowi podstawa wymiaru przyjęta do ustalenia wcześniejszej emerytury - w wysokości uwzględniającej rewaloryzację oraz wszystkie kolejne waloryzacje przypadające w okresie następującym po ustaleniu prawa do tego świadczenia. Tak wynika z art. 21 ust. 2 pkt 1 ustawy emerytalnej.

UWAGA!

Wysokość emerytury, której podstawę wymiaru stanowi podstawa wymiaru wcześniejszej emerytury, oblicza się od kwoty bazowej ostatnio przyjętej do ustalenia podstawy wymiaru, a następnie podwyższa w ramach waloryzacji przypadających do dnia nabycia uprawnień do emerytury (art. 53 ust. 3 ustawy emerytalnej).

Jeżeli jednak zainteresowany po nabyciu uprawnień do świadczenia, którego podstawę wymiaru wskazał za podstawę wymiaru emerytury, podlegał co najmniej przez 30 miesięcy ubezpieczeniu społecznemu lub ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, to część socjalna (24%) nowej emerytury jest obliczana od kwoty bazowej obowiązującej w dniu nabycia prawa do tej emerytury (art. 53 ust. 4 ustawy emerytalnej). Natomiast część emerytury należna za okresy składkowe i nieskładkowe jest obliczana od zwaloryzowanej podstawy



wymiaru, ustalonej z zastosowaniem kwoty bazowej przyjętej do obliczenia poprzedniej emerytury.

Tak też wynika z uchwały Sądu Najwyższego w składzie 7 sędziów z dnia 10 września 2009 r., sygn. akt I UZP 6/09 (Biul.SN 2009/9/23), w której Sąd ostatecznie przesądził, że do obliczenia wysokości emerytury uwzględnia się nową kwotę bazową tylko do obliczenia części socjalnej później ustalonej emerytury.

Przykład

W październiku 2007 r. ZUS przyznał prawo do wcześniejszej emerytury 62-let-niemu mężczyźnie. Zainteresowany nie rozwiązał stosunku pracy i nadal kontynuował zatrudnienie. W listopadzie 2010 r. mężczyzna ukończył 65 lat i zgłosił wniosek o ustalenie prawa do emerytury ustawowej w związku z ukończeniem wieku emerytalnego. Zainteresowany pracował przez okres 36 miesięcy po przyznaniu wcześniejszej emerytury. ZUS ustalił wysokość nowej emerytury stosując:

- kwotę bazową obowiązującą w listopadzie 2010 r. do obliczenia części socjalnej (24% kwoty bazowej) oraz
- kwotę bazową obowiązującą w październiku 2007 r. do obliczenia części należnej za okresy składkowe i nieskładkowe.

Przedstawione wyżej zasady stosuje się także w przypadku, gdy podstawę wymiaru emerytury stanowi podstawa wymiaru renty z tytułu niezdolności do pracy lub emerytury przyjętej do obliczenia świadczenia przedemerytalnego.

4. Emerytura na wniosek złożony przed ukończeniem 60 lat

Od ponad roku zatrudniamy pracownicę, która na początku listopada 2010 r. ukończyła 58 lat (nie jest członkiem otwartego funduszu emerytalnego).

1) Czy może ona przejść na wcześniejszą emeryturę, jeżeli legitymuje się 35-letnim okresem składkowym i nieskładkowym?

Tak. Prawo do wcześniejszej emerytury przysługuje kobiecie urodzonej po 31 grudnia 1948 r., a przed 1 stycznia 1969 r., jeżeli:

- do 31 grudnia 2008 r. osiągnęła wiek 55 lat oraz udowodniła co najmniej:
 - 30-letni okres składkowy i nie-składkowy lub
 - 20-letni okres składkowy i nie-składkowy, o ile została uznana za całkowicie niezdolną do pracy (orzeczenie o niezdolności może być wydane po 31 grudnia 2008 r.),
- nie przystąpiła do otwartego funduszu emerytalnego albo złożyła wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem ZUS, na dochody budżetu państwa.

Tak wynika z art. 29 ust. 1 w związku z art. 46 ust. 1 ustawy emerytalnej.

W świetle powołanych przepisów, na wcześniejszą emeryturę mogą przejść wyłącznie kobiety urodzone w latach 1949-1953, bowiem tylko one do 31 grudnia 2008 r. ukończyły wiek 55 lat, pod warunkiem, że do tego czasu udowodniły wymagany staż. Emerytura, o której mowa wyżej, przysługuje ubezpieczonej, jeżeli:

- ostatnio, przed zgłoszeniem wniosku o emeryturę, była pracownikiem oraz
- w okresie ostatnich 24 miesięcy podlegania ubezpieczeniu społecznemu lub ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym pozostawała w stosunku pracy co najmniej przez 6 miesięcy, chyba, że w dniu zgłoszenia wniosku o emeryturę jest uprawniona do renty z tytułu niezdolności do pracy.

Spełnienia tych dwóch ostatnich warunków nie wymaga się od

ubezpieczonej, która przez cały wymagany okres uprawniającej do emerytury, tj. 30 lat (lub 20 lat) podlegała ubezpieczeniu społecznemu lub ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pozostawania w stosunku pracy.

Pracownica, o której mowa w pytaniu, może ubiegać się o wcześniejszą emeryturę, ponieważ:

- do 31 grudnia 2008 r. ukończyła 55 lat i udowodniła co najmniej 30-letni okres składkowy i nieskładkowy,
- obecnie pozostaje w stosunku pracy, a tym samym spełnia warunek bycia pracownikiem przed zgłoszeniem wniosku o emeryturę,
- w okresie ostatnich 24 miesięcy podlegania ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowym pozostaje w stosunku pracy co najmniej przez 6 miesięcy,
- nie jest członkiem otwartego funduszu emerytalnego.

2) Czy ZUS obliczy jej emeryturę na starych zasadach?

Tak, ZUS ustali wysokość emerytury na starych zasadach. Przy czym na wniosek osoby zainteresowanej może też obliczyć wysokość emerytury na nowych zasadach, ale nie szybciej niż po ukończeniu 60 roku życia.

Emerytura ustalona według starych zasad, zgodnie z art. 53 ustawy emerytalnej, wynosi:

- 24% kwoty bazowej oraz
- po 1,3% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów składkowych,
- po 0,7% podstawy jej wymiaru za każdy rok okresów nieskładkowych.

Natomiast emerytura ustalona na nowych zasadach, zgodnie z art. 26 ustawy emerytalnej, stanowi równowartość kwoty będącej wynikiem podzielenia podstawy obliczenia przez średnie dalsze trwanie życia dla osób w wieku równym wiekowi przejścia na emeryturę danego ubezpieczonego. Podstawą jej obliczenia jest kwota składek na ubezpieczenie emerytalne, z uwzględnieniem waloryzacji składek zewidencjonowanych na koncie ubezpieczonego do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, od którego będzie przysługiwała wypłata emerytury oraz zwaloryzowanego kapitału początkowego.

3) Czy pracownica może wnioskować o obliczenie emerytury mieszanej?

Na tak postawione pytanie nie możemy udzielić jednoznacznej odpowiedzi, bowiem jest ona uzależniona od tego czy po ustaleniu prawa do wcześniejszej emerytury pracownica będzie pobierała to świadczenie.

Emeryturę oblicza się według metody mieszanej, tj. częściowo na starych i częściowo na nowych zasadach osobie ubezpieczonej urodzonej po dniu 31 grudnia 1948 r., z wyjątkiem osoby, która pobrała wcześniejszą emeryturę, jeżeli:

- nie była członkiem otwartego funduszu emerytalnego albo złożyła wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w otwartym funduszu emerytalnym, za pośrednictwem ZUS, na dochody budżetu państwa,
- osiągnie wiek uprawniający do emerytury w latach 2009-2013.

Tak wynika z art. 183 ustawy emerytalnej.

Przykładowo, emerytura pracownicy, o której mowa w pytaniu, mogłaby być ustalona w taki sposób dopiero w 2012 r., bowiem dopiero wówczas ukończy ona powszechny wiek emerytalny (60 lat) - pod warunkiem, że do tego czasu nie pobierze wcześniejszej emerytury. Wówczas jej emerytura wynosiłaby:

- 35% emerytury obliczonej na starych zasadach,
- 65% emerytury obliczonej na nowych zasadach.

4) Czy ZUS będzie wypłacał pracownicy emeryturę, jeżeli nie rozwiąże ona stosunku pracy?

Pracownica nie musi rezygnować z pracy, aby ZUS zaczął wypłacać jej świadczenie emerytalne. Przepis art. 103 ust. 2a

ustawy emerytalnej, który wprowadzał taki warunek, został uchylony z dniem 8 stycznia 2009 r. przepisami ustawy o emeryturach kapitałowych (Dz. U. z 2008 r. nr 228, poz. 1507). W związku z tym, że pracownica nie osiągnęła wieku co najmniej 60 lat, mają do niej zastosowanie przepisy art. 104 ustawy emerytalnej. Oznacza to, że ZUS będzie wypłacał emeryturę:

- w pełnej wysokości, jeżeli jej przychody z pracy zarobkowej nie przekroczą 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia,
- w zmniejszonej wysokości, jeżeli przychody z pracy zarobkowej przekroczą 70% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, ale nie przekroczą 130% tej kwoty.

Uzyskiwanie przychodu w kwocie wyższej niż 130% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia spowoduje, że emerytura zostanie zawieszona.

Kwoty przychodu wpływające na zawieszalność świadczeń emerytalno-rentowych podajemy na stronie internetowej naszego Wydawnictwa www.gofin.pl w zakładce: Wskaźniki.

UWAGA!

Zarobkującym emerytom - bez względu na wysokość zarobków - przysługuje emerytura w pełnej wysokości, jeżeli ukończyli powszechny wiek emerytalny, tj. 60 lat kobiety i 65 lat mężczyźni.

5. Emerytura mieszana dla rencistki

W październiku 2009 r. została mi przyznana renta z tytułu niezdolności do pracy. Mam 21 lat pracy i pod koniec bieżącego roku, z racji ukończenia 65 lat życia, otrzymam emeryturę z urzędu. Czy może zostać ona obliczona w mieszany sposób?

Tak. Ubezpieczonym urodzonym po dniu 31 grudnia 1948 r. przysługuje emerytura po osiągnięciu wieku emerytalnego, wynoszącego co najmniej 60 lat dla kobiet i co najmniej 65 lat dla mężczyzn.

Osobie, która osiągnęła wspomniany wiek uprawniający do emerytury oraz podlegała ubezpieczeniu społecznemu albo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym, emeryturę tę przyznaje się z urzędu zamiast renty z tytułu niezdolności do pracy.

Co prawda świadczenie z urzędu obliczane jest dla rencisty zgodnie z nowymi zasadami, jednakże istnieje możliwość, by ZUS ustalił taką emeryturę w oparciu o tzw. sposób mieszany. Otóż na wniosek osoby, której emeryturę przyznano z urzędu w latach 2009-2013, emeryturę oblicza się ponownie zgodnie z art. 183 ustawy emerytalnej.

Dla osoby ubezpieczonej urodzonej po dniu 31 grudnia 1948 r., która osiągnęła wiek uprawniający do emerytury w roku kalendarzowym 2010, emerytura wynosi:

- 70% emerytury obliczonej na starych zasadach,
- 30% emerytury obliczonej na nowych zasadach.

Z tym że otrzymanie takiego świadczenia dostępne jest dla osoby, która nie była członkiem ofe albo złożyła wniosek o przekazanie środków zgromadzonych na rachunku w tym funduszu, za pośrednictwem ZUS, na dochody budżetu państwa oraz nie pobrała tzw. emerytury wcześniejszej.

Nie ma więc przeszkód, by ZUS - na wniosek Czytelniczki - obliczył jej emeryturę w sposób mieszany. Warto też wspomnieć o art. 24a ust. 6 ustawy emerytalnej, który gwarantuje renciście, iż ustalona dla niej emerytura nie może być niższa od pobieranej dotychczas renty z tytułu niezdolności do pracy.

6. Gwarancja najniższej emerytury

W lutym 2011 r. ukończy 65 lat. Będę miał wówczas udokumentowane 22 lata okresów składkowych i nieskładkowych. Słyszałem, że to wystarczy, aby uzyskać prawo do emerytury. Obawiam się jednak, że będzie ona bardzo niska. Czy ZUS

podniesie wysokość mojego świadczenia do kwoty najniższej emerytury? Nie. Osobom urodzonym przed dniem 1 stycznia 1949 r. przysługuje emerytura, jeżeli spełniają łącznie następujące warunki:

- osiągnęli tzw. powszechny wiek emerytalny, wynoszący co najmniej 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn,
- posiadają okres składkowy i nieskładkowy, wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn.

Stanowi o tym art. 27 ustawy emerytalnej, choć istnieje pewne odstępstwo od tej zasady.

Otóż ubezpieczeni, którzy nie osiągnęli wymaganego stażu pracy, mogą nabyć prawo do świadczenia w oparciu o art. 28 ustawy emerytalnej. Wystarczy, że po ukończeniu powszechnego wieku emerytalnego udokumentują okres składkowy i nieskładkowy wynoszący co najmniej 15 lat dla kobiet i 20 lat dla mężczyzn.

Zasadniczo wysokość emerytury nie może być niższa od kwoty określonej w art. 85 ust. 2 ustawy emerytalnej. Niestety, łagodniejsze kryteria przyznawania świadczenia, a więc z niższym niż odpowiednio 20- lub 25-letnim stażem pracy, nie gwarantują podniesienia jego wysokości do kwoty najniższej emerytury (art. 54 ustawy emerytalnej).

Czytelnik, który w lutym 2011 r. ukończy 65 lat i będzie miał udokumentowany 22-letni okres składkowy i nieskładkowy, uzyska prawo do emerytury na podstawie art. 28 ustawy emerytalnej. Musi się zatem liczyć z tym, iż w przypadku gdy jego świadczenie okaże się bardzo niskie, nie zostanie podniesione do kwoty najniższej emerytury, która w okresie od 1 marca 2010 r. do 28 lutego 2011 r. wynosi 706,29 zł.

7. Przeliczenie przyznanego wcześniej świadczenia

W 2009 r. ZUS ustalił prawo do emerytury dla naszej pracownicy ze względu na wiek. Jej wysokość obliczył w sposób mieszany. W związku z tym, że pracownica kontynuuje zatrudnienie, chcielibyśmy wiedzieć, czy może wystąpić do ZUS o przeliczenie emerytury?

Tak. Osoba urodzona po 31 grudnia 1948 r., która po dniu przyznania prawa do emerytury ustalonej na nowych zasadach nadal podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu, może wystąpić o ponowne ustalenie świadczenia. Tak wynika z art. 108 ustawy emerytalnej. Powyższe dotyczy też osób, którym emerytury zostały ustalone częściowo na nowych i częściowo na starych zasadach, tzw. emerytury mieszane (art. 183 ust. 6 ustawy emerytalnej).

UWAGA!

Ponownego ustalenia wysokości emerytury dokonuje się na wniosek ubezpieczonego zgłoszony po upływie roku kalendarzowego. W przypadku gdy ubezpieczenie ustanie w ciągu roku kalendarzowego, wniosek o przeliczenie można złożyć w dowolnym czasie.

Ponowne obliczenie wysokości emerytury polega na:

- ustaleniu kwoty składek na ubezpieczenie emerytalne zewidencjonowanych na indywidualnym koncie ubezpieczonego po dniu, od którego ustalono prawo do emerytury do dnia poprzedzającego miesiąc zgłoszenia wniosku o ponowne ustalenie emerytury, z uwzględnieniem waloryzacji tych składek,
- podzieleniu kwoty składek przez wyrażone w miesiącach średnie dalsze trwanie życia ustalone dla wieku ubezpieczonego w dniu złożenia wniosku o przeliczenie emerytury.

Tak obliczoną kwotę zwiększenia dodaje się do kwoty już wypłacanej emerytury.

Podstawę do obliczenia kwoty zwiększenia emerytury stanowi kwota składek zewidencjonowanych od miesiąca, od którego została podjęta wypłata emerytury po raz pierwszy, do miesiąca poprzedzającego miesiąc zgłoszenia wniosku o ponowne



ustalenie emerytury. Tablice średniego dalszego trwania życia kobiet i mężczyzn na wnioski zgłoszone od 1 kwietnia do 31 marca następnego roku kalendarzowego ogłasza Prezes GUS w formie komunikatu.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 17.12.1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. nr 153, poz. 1227ze zm.). ■

**Opracowały redakcje:
Gazety Podatkowej
oraz Ubezpieczeń i Prawa Pracy**

Gazeta Podatkowa nr 102 – 23.12.2010r

Konsekwencje błędu pracownika obciążają pracodawcę

Praca zawodowa zawsze niesie ze sobą ryzyko popełnienia błędu przy wykonywanych czynnościach. Przed pomyłkami nie chroni nawet duże doświadczenie zawodowe czy specjalistyczne kwalifikacje. Niezależnie jednak od stopnia zawinienia pracownika, główny ciężar odpowiedzialności za ewentualne szkody z powodu błędów spada zawsze na pracodawcę.

Działalność pracodawcy obarczona ryzykiem

Zatrudnianie pracowników to tylko jeden z przejawów aktywności pracodawcy, składający się na całość prowadzonej przez niego działalności. Tak jak podejmowanie decyzji biznesowych wiąże się z ryzykiem braku spodziewanych efektów, tak też zatrudnienie pracownika może nie spełniać związanych z tym oczekiwań. Pracodawca nie może jednak „przerzucić” na pracownika konsekwencji jego niskiej wydajności czy poziomu merytorycznego, poprzez żądanie zrekompensowania powstałych z tego powodu strat. Efekty działań zawodowych pracownika to jeden z elementów ryzyka ekonomicznego ciężącego na pracodawcy w związku z prowadzeniem firmy. Dlatego pracodawca jest zawsze „głównym odpowiedzialnym” za skutki funkcjonowania zakładu, w tym pracy zatrudnionych w nim osób.

Pracownik wprawdzie odpowiada materialnie za szkody, jakie pracodawca poniósł w wyniku popełnionych przez niego błędów czy przeoczeń, jednak tylko na zasadach określonych w Kodeksie pracy. Dotyczą one ogólnej odpowiedzialności materialnej, której podlegają wszyscy pracownicy. Niezbędnymi warunkami jej wystąpienia są:

- powstanie szkody w mieniu pracodawcy (samo popełnienie błędu nie wystarczy),
- nieumyślne działanie lub zaniechanie pracownika, z którego wynikła szkoda (tj. sprawca nie wyrządził szkody umyślnie, w konsekwencji z góry powziętego zamiaru),
- wystąpienie związku przyczynowego między zawinionym zachowaniem pracownika a zaistnieniem szkody. Powstała w wyniku nieumyślnego działania lub zaniechania pracownika szkoda musi być przy tym typowym, normalnym następstwem określonego postępowania pracownika.

UWAGA

Pracownik za wyrządzoną szkodę odpowiada tylko w granicach rzeczywistej straty poniesionej przez pracodawcę i tylko za normalne następstwa zawinionego zachowania pracownika, z którego wynikła szkoda.

Odpowiedzialność ta kwotowo nie może przekroczyć sumy 3-miesięcznego wynagrodzenia pracownika przysługującego mu w dniu wyrządzenia szkody. Pracownik nie ponosi odpowiedzialności za szkodę w zakresie, w jakim inne osoby przyczyniły się do jej powstania. Jednak w razie umyślnego wyrządzenia

szkody, winny pracownik jest zobowiązany do jej naprawienia w pełnej wysokości. Szkodę jest też zobowiązany pokryć w całości pracownik, któremu powierzono mienie pracodawcy z obowiązkiem zwrotu lub wyliczenia się.

Pozew o zapłatę tylko do pracodawcy

Jedną z podstawowych zasad wynikających z prawa cywilnego jest odpowiedzialność sprawcy za wyrządzoną przez niego szkodę. Na gruncie prawa pracy nie znajduje ona jednak zastosowania. W razie wyrządzenia przez pracownika przy wykonywaniu przez niego obowiązków służbowych szkody osobie trzeciej, **zobowiązany do jej naprawienia jest pracodawca** (art. 120 K.p.). Adresatem roszczenia o wypłatę odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez pracownika jest więc zawsze pracodawca zatrudniający sprawcę szkody. Osobą trzecią może być nie tylko „ktoś z zewnątrz”, ale także inny pracownik zatrudniony przez tego pracodawcę.

WSKAŹNIK

Pracodawca jest zobowiązany wyrównać szkodę wyrządzoną osobie trzeciej w pełnej wysokości. Dopiero po jej naprawieniu może dochodzić od pracownika odszkodowania, które wypłacił osobie trzeciej.

Odpowiedzialność regresowa winnego pracownika nie zawsze jednak obejmuje całą szkodę. Jeżeli pracownik wyrządził ją nieumyślnie, wówczas znajduje zastosowanie przepis, który ogranicza odpowiedzialność odszkodowawczą do trzymiesięcznego wynagrodzenia pracownika. Nie ma w takim przypadku znaczenia, jak wysokie odszkodowanie zapłacił pracodawca poszkodowanemu.

Trzeba podkreślić, że pracodawca nie będzie ponosił odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez pracownika, jeżeli ten popełnił ją **nie w związku z wykonywaniem** obowiązków służbowych, ale niejako „**przy okazji**” (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 czerwca 1975 r., sygn. akt V PRN 2/75). Jeżeli jednak dojdzie do konieczności naprawienia szkody osobie trzeciej, pracodawca będzie wobec niej odpowiadał na ogólnych zasadach cywilnych, dotyczących odpowiedzialności odszkodowawczej za czyny niedozwolone.

Wypowiedzenie za błędy

Sporadyczne błędy w związku z wykonywaniem obowiązków służbowych zdarzają się większości pracowników. Polegają na omyłkowym wykonaniu czynności mechanicznej (np. przy taśmie produkcyjnej), nieprawidłowym wyliczeniu bądź zastosowaniu określonego przepisu czy pewnej zasady, wreszcie na niedopatrzaniu. Jeżeli błędów jest więcej, pracodawca może podjąć starania w celu wyegzekwowania od pracownika pokrycia straty, jakiej doznał wskutek jego nieprofesjonalnych działań. **Jednak pracownik odpowiada materialnie za szkody, jakie pracodawca poniósł w wyniku popełnionych przez niego błędów czy przeoczeń tylko na zasadach ogólnej odpowiedzialności materialnej.** Do jej wystąpienia na pewno nie wystarczy samo popełnienie błędu. Konieczne jest jeszcze wystąpienie szkody, będącej typowym, przewidywalnym wynikiem tego błędu oraz nieumyślność w zawinionym działaniu pracownika.

Winę tę powinien wykazać pracodawca i musi się w tym zakresie liczyć z rozpatrzeniem wszystkich okoliczności, które mogą ograniczyć lub uchylić odpowiedzialność pracownika. Może tak być przykładowo w sytuacji złej organizacji procesu pracy lub zbyt dużej ilości obowiązków do wykonania, które to okoliczności mogą wpłynąć na popełnienie błędu przez zatrudnionego.

Na ogół też „zwykłe” pomyłki merytoryczne nie są podstawą do żądania odszkodowania. Mogą natomiast być uzasadnioną przyczyną wypowiedzenia.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 20.06.197-1 r

- Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21. po; 94 ze zm.). ■

Agata Barczewska



Wybrane i stosowane metody oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek, przy uwzględnieniu różnicowanych kwalifikacji i umiejętności członków personelu

Zaczerpnięto z konspektu: Przegląd publikacji wydawanych przez Departament Zdrowia, Kwiecień 2002, dr Keith Hurst, Senior Lecturer, Nuffield Institute for Health, Leeds University.

Wstęp

Celem niniejszego raportu jest próba wyjaśnienia złożoności problematyki związanej z odpowiednim planowaniem obsady pielęgniarskiej oraz udzielenie wskazówek służących podejmowaniu słusznych decyzji w odniesieniu do liczby zatrudnianych pielęgniarek przy uwzględnieniu ich różnicowanych kwalifikacji i umiejętności.

W przedmiotowej publikacji zwrócono szczególną uwagę na silne i słabe strony każdej z poniżej wymienionych metod oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek:

1. Zawodowa metoda oceny, czyli formuła określająca liczbę pielęgniarek na każdej zmianie.
2. Metoda polegająca na wyznaczeniu właściwej liczby pielęgniarek przypadającej na zajęte łóżko.
3. Metoda precyzyjnego wyznaczenia liczby pielęgniarek w zależności od stanu zdrowia pacjenta oraz rodzaju koniecznych świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Metoda polegająca na określeniu właściwej liczby pielęgniarek w zależności od przewidywanej częstotliwości udzielanych świadczeń.
5. Metoda regresji, polegająca na wyznaczeniu liczby pielęgniarek w zależności od konkretnego rodzaju aktywności/okoliczności

Szczegółowe materiały informacyjne dotyczące oceny i doboru właściwej liczby pielęgniarek, przy uwzględnieniu ich różnicowanych kwalifikacji i umiejętności przy zastosowaniu każdej z powyższych metod można odnaleźć w pełnej wersji raportu autorstwa dr Hursta. Adres strony internetowej raportu znajduje się na końcu niniejszego opracowania.

Zawodowa metoda oceny

Powyższa metoda umożliwiła dopasowanie odpowiedniej liczby pielęgniarek do tygodniowego rozkładu pracy na oddziale. Jak obrazuje algorytm, metoda ta jest prosta w użyciu i stanowi świetną formułę wyjściową przed zastosowaniem bardziej wyszukanej metody. Jest ona bezcenna w przypadku konieczności szybkiego wprowadzenia polityki kształtującej obsadę pielęgniarską, w tym również w godzinach pracy znajdujących się na pograniczu poszczególnych zmian. W poniższym przykładzie, na oddziale chirurgicznym, w którym znajduje się 15 łóżek, postanowiono zatrudnić trzy pielęgniarki na pierwszą zmianę i trzy na drugą zmianę oraz dwie pielęgniarki na trzecią zmianę. W tym 30 ostatnich minut pierwszej zmiany pokrywa się z pierwszymi 30 minutami drugiej zmiany oraz 15 ostatnich minut drugiej zmiany pokrywa się z pierwszymi 15 minutami trzeciej zmiany. Rozkład każdej ze zmian oraz liczbę pielęgniarek pracujących na każdej zmianie można uzależnić od miejsca udzielania świadczeń.

Tygodniowy rozkład pracy na oddziale w systemie trzy zmianowym – zawodowa metoda oceny

Krok 1. Ustal liczbę godzin pracy:

I zmiana 7:00-14:30 = 7,5h x 3 pielęgniarki x 7 dni = 157,5 h
 II zmiana 14:00-21:30 = 7,5h x 3 pielęgniarki x 7 dni = 157,5 h
 III zmiana 21:15-7:15 = 10h x 2 pielęgniarki x 7 dni = 140 h
 Suma = 455 h

Powyższy rozkład pracy nie uwzględnia nieobecności w pracy pielęgniarek z powodu choroby ani urlopów wypoczynkowych, itp. W związku z powyższym koniecznym jest wprowadzenie odpowiedniej modyfikacji uwzględniającej nieobecności

w pracy członków personelu. Wartość procentową, 22% (tzw. rezerwa), którą uwzględniono w formule poniżej, uzyskano na podstawie wyników badań dotyczących nieobecności w pracy pielęgniarek przeprowadzonych w 300 oddziałach szpitalnych na terenie Wielkiej Brytanii.

Krok 2.

Dać wartość 22% rezerwy

$455 \text{ h} \times 1,22 \text{ (po dodaniu rezerwy)} = 555,1 \text{ h} / 37,5 \text{ h}$ (tygodniowy czas = 14,8 pracy 1 pielęgniarki)

Mając na względzie powyższe należy przyjąć, że zastosowanie wskazanego wyżej tygodniowego rozkładu czasu pracy na małym oddziale chirurgicznym (I zmiana-3 pielęgniarki, II zmiana-3 pielęgniarki, III-2 pielęgniarki) wymaga zatrudnienia na pełny etat 15 pielęgniarek.

Tygodniowy rozkład pracy na oddziale w systemie dwu zmianowym – zawodowa metoda oceny

Krok 1. Ustal liczbę godzin pracy w oddziale wewnętrznym – średnia liczba łóżek 46- czyli 4,6 pielęgniarki na zmianie, zgodnie ze Stanowiskiem 48 NRPI (nie więcej niż 10 pacjentów /1 pielęgniarkę /na zmianę roboczą)

I zmiana 7:00-19:00 = 12 h x 4,6 pielęgniarki x 7 dni = 386,4 h
 II zmiana 19:00-7:00 = 12 h x 4,6 pielęgniarki x 7 dni = 386,4 h
 Suma = 772,8 h

Krok 2.

Dać wartość 22% rezerwy (wskaźnik 1,22)

$772,8 \times 1,22 \text{ (po dodaniu rezerwy)} = 942,8 \text{ h} : 37,5 \text{ h}$ (tygodniowy czas pracy) = 25 pielęgniarek

Mając na względzie powyższe należy przyjąć, że zastosowanie wskazanego wyżej tygodniowego rozkładu czasu pracy na oddziale wewnętrznym 46 łóżkowym, przy 100% obłożeniu i założeniu obsady w liczbie jednej pielęgniarki, która ma do opieki 10 pacjentów na 12 godzinnym dyżurze (wskaźnik 4,6) po uwzględnieniu rezerwy, powinno być zatrudnionych 25 pielęgniarek.

W analogiczny sposób dokonałam wyliczeń na wybranych oddziałach, jak również wyliczyłam obsadę uwzględniając faktyczną liczbę pacjentów (wskaźnik obłożenia łóżek- dane statystyczne) i porównałam ze stanem aktualnego zatrudnienia w szpitalach woj. Świętokrzyskiego, oraz zderzyłam te dane z metodą systemu belgijskiego. Tabela poniżej:

Analiza porównawcza stanu faktycznego zatrudnienia pielęgniarek/położnych w wybranych oddziałach szpitalnych woj. świętokrzyskiego a wyliczeniem wg. metody zawodowej

L.p.	Nazwa oddziału	Średnia liczba łóżek	Metoda zawodowa	Średni % wskaźnik obłożenia łóżek	Metoda zawodowa	Faktyczne zatrudnienie	Wyliczenie wg. wzoru belgijskiego
1	Wewnętrzny (27 oddziałów)	46	25	75	18	21	23
2	Chirurgia (16)	40	22	74	16	20	20
3	Kardiologia (6)	38	21	86	18	22	21
4	Neurologia (4)	39	21	85	18	22	21
5	Poli/gin. (12)	40	22	55	12	19	14
6	ZOL (5)	38	21	102	22	14	25

Plusy zastosowania powyższej metody:

- metoda szybka, prosta, tania;
- może być stosowana w każdej placówce zdrowia, niezależnie od liczby godzin świadczonej opieki zdrowotnej w ciągu doby;
- elastyczna w zastosowaniu;
- nie wymaga dużych zmian w rozkładzie pracy pozostałych świadczeniodawców;
- można przeprowadzić łatwą analizę dotyczącą oceny wpływu powyższej metody na jakość świadczonej opieki zdrowotnej i satysfakcję zawodową pracowników.

Przedmiotowa metoda stanowi świetną formułę wyjściową przed zastosowaniem bardziej wyszukanych metod i jest czę-



sto wykorzystywana w celu sprawdzenia ich skuteczności. Jest swego rodzaju zabezpieczeniem w systemie zarządzania personelem. Podobne rezultaty osiągane przy zastosowaniu dwóch lub trzech metod (triangulacja) potwierdzają słuszność decyzji podejmowanych w kwestii doboru personelu.

Minusy zastosowania powyższej metody

- trudno wyjaśnić istnienie związku pomiędzy liczbą pielęgniarek a jakością świadczonej opieki zdrowotnej (przykładowo, skąd wiadomo, że liczba pielęgniarek równa 25,5 otrzymana jako wynik zastosowania powyższej formuły (Krok 2) jest wystarczająca do zagwarantowania właściwego standardu udzielanych świadczeń, umożliwia równy rozkład zadań personelu, przyczynia się do zwiększenia satysfakcji zawodowej pracowników i przeciwdziała rezygnacji z pracy pielęgniarek);

- jest mniej elastyczna w przypadku zmiennej liczby pacjentów lub zmieniającego stanu zdrowia pacjentów (wówczas pojawia się nadmiar lub niedobór personelu);
- nie biorąca pod uwagę woli swobodnego kształtowania obsady pielęgniarskiej;
- nie znajduje zastosowania w placówkach, gdzie czas trwania poszczególnych zmian odbiega w znacznym stopniu od obowiązujących standardów. ■

Opracowała
mgr Zofia Małas
Przewodnicząca Zespołu ds. pielęgniarstwa
w lecznictwie stacjonarnym NRPiP

Informacje



Czas pracy w 2011 roku

Poniżej umieszczono zestawienie wymiaru czasu pracy w poszczególnych miesiącach roku 2011. Całkowity, roczny wymiar czasu pracy wynosi 2016 godziny (252 dni x 8 godz.).

Miesiąc	Liczba godzin pracy	Liczba dni pracy	Liczba dni wolnych
Styczeń	160	20	11
Luty	160	20	8
Marzec	184	23	8
Kwiecień	160	20	10
Maj	168	21	10
Czerwiec	168	21	9
Lipiec	168	21	10
Sierpień	176	22	9
Wrzesień	176	22	8
Październik	168	21	10
Listopad	160	20	10
Grudzień	168	21	10
Łącznie	2016	252	113
Trzymiesięczne okresy rozliczeniowe			
Miesiące	Liczba godzin pracy	Liczba dni pracy	Liczba dni wolnych
Styczeń - Marzec	504	63	27
Kwiecień - Czerwiec	496	62	29
Lipiec - Wrzesień	520	65	27
Październik - Grudzień	496	62	30
Łącznie	2016	252	113

Wymiar czasu pracy na niepełnym etacie

Dla pracowników zatrudnionych na niepełnym etacie wymiar czasu pracy ulega obniżeniu proporcjonalnie do liczby godzin na pełnym etacie. Przykładowo, dla pracownika zatrudnionego na 1/2 etatu wymiar czasu pracy wyniesie 80 godzin, jeżeli w danym miesiącu wymiar czasu pracy wynosi 160 godzin, natomiast dla pracownika zatrudnionego na 3/4 etatu wymiar czasu pracy wyniesie w tym przypadku 120 godzin ($3/4 * 160$).



Dni ustawowo wolne od pracy w 2011 roku

Zobacz również wymiar czasu pracy w 2011 roku.

Data	Nazwa święta / wydarzenia
1 stycznia (sobota)	Nowy Rok
6 stycznia (czwartek)	Trzech Króli
24 kwietnia (niedziela)	Wielkanoc
25 kwietnia (poniedziałek)	Poniedziałek Wielkanocny
1 maja (niedziela)	Święto Pracy
3 maja (wtorek)	Święto Konstytucji 3 Maja
12 czerwca (niedziela)	Zesłanie Ducha Świętego (Zielone Świątki)
23 czerwca (czwartek)	Boże Ciało
15 sierpnia (poniedziałek)	Święto Wojska Polskiego (oraz Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny)
1 listopada (wtorek)	Wszystkich Świętych
11 listopada (piątek)	Święto Niepodległości
25 grudnia (niedziela)	Boże Narodzenie (pierwszy dzień)
26 grudnia (poniedziałek)	Boże Narodzenie (drugi dzień)

Wymiar czasu pracy w 2011

Podsumowanie
13 to liczba świąt wolnych od pracy
5 z tych świąt wypada w sobotę lub niedzielę
8 z tych świąt wypada w dniu roboczych (pn. - pt.)
252 to łączna liczba dni do przepracowania
113 to liczba dni wolnych od pracy przy uwzględnieniu wszystkich weekendów i świąt

Powyższe święta zostały ustanowione dniami wolnymi od pracy na podstawie ustawy z dnia 18 stycznia 1951 roku o dniach wolnych od pracy i jej późniejszych zmian (Dz. U. z 1951r., 4, poz.28, z późn. zm.).

UWAGA!!!!

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE
INFORMUJE, IŻ W DNIACH OD 26 STYCZNIA 2011r. DO 2 LUTEGO 2011r.

BIURO OIPIP BĘDZIE NIECZYNNE

Z POWODU PRZEPROWADZKI OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO LOKALU ZNAJDUJĄCEGO
SIĘ W CZĘSTOCHOWIE PRZY UL. PUŁASKIEGO 25 W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.

W SYTUACJACH BARDZO PILNYCH PROSIMY O KONTAKT W W/W OKRESIE

WYŁĄCZNIE NA NUMER TELEFONU **503008946** !!!!!!!

DYREKCJA SZPITALA POWIATOWEGO W MYSZKOWIE

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 10 GRUDNIA 2010 ROKU
KONKURS NA STANOWISKO PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ
DZIAŁU POMOCY DORAŻNEJ
KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

PANIĄ Elżbietę Janas

Gratulacje wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów zarówno
w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji wygrania
konkursu składa Samorząd Pielęgniarek i Położnych w
Częstochowie.

„Gdy umiera ktoś bliski, często żałujemy, że nie
zdążyliśmy mu czegoś powiedzieć, że nie byliśmy dla
niego lepsi.”

Czasami brak słów, by wypowiedzieć ból
Czasami brak łez by wypłakać żal...


Wyrazy szczerego współczucia

z powodu śmierci

Męża

Pani Brbarze Jańskiej

Składają: Dyrekcja oraz Pielęgniarki i Położne
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie
oraz
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



KULIG

OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

GODZINY PRACY BIURA OIPI

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
SKARBNIK	wt i czw 14.30-16.30	/pok. 302/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
	I i III środa miesiąca 15.00 -17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie
OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00

KULIG OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

