

Poznań, dnia 23 czerwca 2008 roku

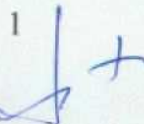
**Sz.P.
Elżbieta Buczkowska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
Aleje Ujazdowskie 22 III p.
00- 478 Warszawa**

Jako Prezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce oświadczam, iż w dniach od 16 czerwca do 17 czerwca 2008 roku odbył się w Poznaniu V Konwent Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce .

W trakcie obrad Konwentu podjęto następujące wnioski, uchwały oraz apele. Jednocześnie proszę o rozpatrzenie poniższych wniosków i zajęcie stanowiska.

I. Wniosek o utrzymanie rocznej stawki kapitacyjnej jako sposobu finansowania świadczeń położnej POZ.

Zgodnie z § 39 ust. 1 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 września 2007 roku o numerze 69/2007/DSOZ świadczenia położnej poz finansowane są zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitacyjną. Jest to najlepszy system rozliczania świadczeń położnej poz, natomiast wprowadzenie alternatywnego, bądź zastępczego systemu zadaniowego jest niekorzystne dla położnych, nieefektywne i wiąże się z ogromną biurokracją wymagającą od położnej dokumentowania i wyliczania każdego wykonanego pacjentce zadania. System kapitacyjny jest jasny i stwarza bezpieczeństwo dla położnych otrzymania stałego wynagrodzenia zgodnie z określoną stawką w przeliczeniu na zadeklarowanych do położnej pacjentek. Ponadto, w

1


przypadku rozliczania zadaniowego brak jest możliwości objęcia wszystkich kobiet opieką, a limitowanie może stworzyć zagrożenie nie objęcia opieką dużej grupy kobiet. Obecnie brak jest położnych na rynku pracy, a zmiany systemu finansowania świadczeń na zadaniowy mogą spowodować niepokój i rezygnację z wykonywanego zawodu przez wiele położnych jako nieopłacalnego.

II. Wniosek o ujednolicenie w całej Polsce wzoru druku zlecenia lekarskiego dla pielęgniarek rodzinnych wykonujących świadczenia w domu pacjenta i wprowadzenie go jako obowiązującego dla świadczeniodawców w postaci załącznika do umów na 2009 rok

Obecnie nie ma jednego wzoru druku zlecenia lekarskiego dla pielęgniarki rodzinnej. Problematyka dokumentacji medycznej jest uregulowana w Rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. z dnia 21 listopada 2007 r.)

Powyższy akt prawny nie zawiera jednak załącznika stanowiącego wzór zlecenia lekarskiego dla pielęgniarki. Jednolity druk jest potrzebny, albowiem w praktyce lekarze wydają jedynie ustne dyspozycje, albo udzielają zleceń na drukach które nie zawierają wszystkich niezbędnych danych dotyczących pacjenta, choroby i konkretnego zalecenia. § 14 Rozdziału II w/w aktu prawnego stanowi, że wpisy w kartach zleceń lekarskich są dokonywane i podpisywane przez lekarza prowadzącego lub lekarza sprawującego opiekę nad pacjentem. Osoba wykonująca zlecenie dokonuje adnotacji o wykonaniu zlecenia i opatruje je podpisem.

Ponadto, należy zauważyć, że w ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r., art. 22 ust. 1 jest następujący zapis: „Pielęgniarka jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej”.

Dla rzetelnego i zgodnego z zasadami prawa oraz etyki wykonywania zawodu przez pielęgniarki powinien zostać stworzony jeden obowiązujący w całym kraju wzór zlecenia lekarskiego dla pielęgniarki. Taki dokument ułatwi wzajemną współpracę między pielęgniarką a lekarzem i z pewnością ma na celu ochronę interesów pacjenta.

III. Apel o dążenie do stanu, aby każda pielęgniarka i położna rodzinna miała odbyty kurs specjalistyczny resuscytacji krążeniowo – oddechowej.

Zgodnie z art. 10 b ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna ma obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenie zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Jednocześnie zakres zadań pielęgniarki i położnej uregulowany w Części II A ust. 6 pkt. 1 i B Ust. 6 pkt. 1 Rozporządzenia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej stanowi, że świadczenia lecznicze obejmują udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia i w nagłych zachorowaniach, w tym prowadzenie resuscytacji krążeniowo – oddechowej. W związku z powyższym odbycie takiego kursu przez pielęgniarkę i położną jest jak najbardziej wskazane, albowiem przemawia za tym dobro pacjenta. Umiejętności pielęgniarek i położnych powinny być systematycznie aktualizowane i ulepszane, w szczególności jeśli chodzi o przypadki udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia.

IV. Wniosek o podniesienie i wyrównanie stawki za osobodzeń w opiece długoterminowej

Opieka długoterminowa jest szczególnym świadczeniem wymagającym dużego poświęcenia ze strony pielęgniarek. Obecne stawki ustalone przez narodowy Fundusz Zdrowia za osobodzień są zbyt niskie, a zakres świadczeń jest bardzo szeroki. Ponadto, cena jednego punktu jest różna na terenie poszczególnych oddziałów NFZ. Istnieje też zróżnicowanie stawki między opieką długoterminową świadczoną w ramach zakładu pielęgnacyjno – opiekuńczego (ZPO) i zakładu opiekuńczo – leczniczego (ZOL), pomimo że NFZ ustalił te same warunki realizacji świadczeń i te same kryteria kwalifikujące do opieki. W związku z powyższym konieczne jest urealnienie stawki w opiece długoterminowej , poprzez jej podwyższenie i ujednolicenie na terenie całego kraju.

V. Wniosek o zmianę druku deklaracji wyboru pielęgniarzki rodzinnej.

Zgodnie z art. 28 ust. 1 i art. 56 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniobiorca ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarzki i położnej poz spośród lekarzy i położnych ubezpieczenia zdrowotnego nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowy. Obecnie obowiązujące druki „deklaracji wyboru” są mało czytelne dla pacjentów, albowiem w jednym gęsto zapisanym formularzu zawierają jednocześnie deklarację wyboru lekarza, pielęgniarzki i położnej. Dla dobra pacjenta i realizacji rzeczywiście przysługujących mu praw należy wprowadzić osobne, czytelne deklaracje dla lekarza poz, pielęgniarzki poz i położnej poz. Pacjent musi mieć jasno określoną możliwość skorzystania ze swojego prawa wyboru spośród kilku świadczeniodawców, a nie jedynie lekarza poz. Obecnie obowiązujące deklaracje prowadzą do tego, że na skutek braku świadomości pacjentów pielęgniarzki nie mogą zebrać pełnej listy świadczeniobiorców. Artykuł 134 w/w ustawy gwarantuje przecież równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców, co powinno rozciągać się także na etap wyboru takiego świadczeniodawcy przez pacjenta.

VI. Apel o to, aby pielęgniarka rodzinna świadcząca usługi na podstawie dwóch zawartych kontraktów tj. w opiece dziennej oraz nocnej i świątecznej wyjazdowej otrzymywała zapłatę za każdego zadeklarowanego pacjenta

W Małopolsce coraz częściej występują niepokojące przypadki wypłacania wynagrodzenia przez NFZ tylko świadczeniodawcom, którzy mają zawartą umowę na opiekę całodobową - lekarzom, pomimo że inny świadczeniodawca – pielęgniarka rodzinna świadczy u tych samych pacjentów opiekę dzienną, nocną - świąteczną. Pielęgniarki rodzinne nie otrzymują wynagrodzenia za każdego zadeklarowanego pacjenta. Zgodnie z § 51 ust. 1 i 2 Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku nr 69/2007 podmiot ubiegający się o udzielanie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarskiej w POZ składa do wniosku o zwarcie umowy oświadczenie świadczeniodawców POZ, którzy cedują temu świadczeniodawcy prawo do objęcia opieką zadeklarowanych do nich świadczeniobiorców we wskazanym szczegółowo zakresie świadczeń. § 55 w/w zarządzenia stanowi, że finansowanie świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki realizowane jest według ustalonych rocznych stawek kawitacyjnych, a podstawą finansowania są listy świadczeniobiorców zadeklarowanych do pielęgniarki poz. W związku z powyższym brak wypłacania wynagrodzenia pielęgniarkom poz za świadczoną pracę zgodnie z zawartą umową stanowi nienależyte wykonanie zobowiązania ze strony NFZ i naruszenie fundamentalnych praw.

VII. Wniosek o zweryfikowanie składu zestawu przeciwwstrząsowego oraz opracowanie standardów postępowania we wstrząsie, a także opracowanie minimum zestawu nesesera pielęgniarki rodzinnej.

VIII. Wniosek o uczestniczenie w posiedzeniach zespołu do spraw negocjacji w zakresie POZ w Centrali NFZ oraz zawiadamianie o takich posiedzeniach następujących przedstawicieli pielęgniarek i położnych rodzinnych :

- Marii Stachowskiej – Prezesa Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, adres: ul. Słowackiego 43, 60 -521 Poznań / email : marias@amp.edu.pl
- Alicji Spaczyńskiej – Wiceprezes Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, adres: ul. Dąbrowskiego 15a, 65-021 Zielona Góra / email:alicjaspa@o2.pl
- Ewa Grejner – ul. Strumykowa 17 d / 9 , 65-101 Zielona Góra / email:ewagrejner@op.pl

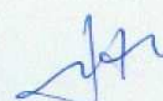
Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce stanowi stowarzyszenie liczące kilka tysięcy pielęgniarek i położnych z całej Polski. Poprzez swoją strukturę organizacyjną opartą na oddziałach terenowych oraz działanie poprzez własne organy – Walne Zgromadzenie, Konwent, Zarząd Główny i Główną Komisję Rewizyjną Kolegium posiada najlepszą wiedzę na temat aktualnej sytuacji pielęgniarek i położnych rodzinnych w Polsce oraz licznych problemów wynikających z codziennego wykonywania tego zawodu. Dlatego też udział w/w osób będących członkami Kolegium stanowiło by dużą pomoc w analizowaniu i rozwiązywaniu bieżących problemów pielęgniarstwa rodzinnego.

Ponadto, zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt. 22 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych do zadań Prezesa NFZ należy m.in. koordynowanie współpracy Funduszu z instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, organizacjami świadczeniodawców i samorządami zawodów medycznych. Czynne uczestniczenie w/w osób w spotkaniach Centrali NFZ w zakresie POZ w dyskusjach przyczyni się niewątpliwie do pogłębienia współpracy i wzajemnego zaufania.

IX. Wniosek o finansowanie świadczeń pielęgniarek poz wyłącznie w oparciu o roczną stawkę kapitaacyjną i nie zastępowanie takiego sposobu rozliczania systemem tzw. zadaniowym, czyli katalogiem wycenionych w punktach świadczeń pielęgniarstwa poz.

Zgodnie z § 32 Zarządzenia nr 69/2007 / DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2007 roku finansowanie świadczeń pielęgniarstwa poz realizowane jest według wskazanej przez świadczeniodawcę we wniosku o zawarcie umowy metody finansowania tj. rocznej stawki kawatacyjnej lub katalogu wycenionych w punktach świadczeń pielęgniarstwa poz. Metoda rocznej stawki kapitaacyjnej jest najlepszą metodą finansowania świadczeń pielęgniarek poz i najbardziej adekwatną do świadczonych usług. Metoda zadaniowa jest niepraktyczna i wiąże się przede wszystkim z nadmierną biurokracją. System wyceniania poszczególnych zadań wykonywanych przez pielęgniarstwo w domu pacjenta może doprowadzić do stanu, że pielęgniarka zamiast koncentrować się na świadczeniu pomocy będzie bardziej zaabsorbowana wypisaniem wszystkich czynności, które właśnie wykonała, a pacjent będzie dodatkowo również obciążony koniecznością złożenia np. 50 podpisów co do każdej czynności.

System zadaniowy ze względu na szeroki zakres świadczeń pielęgniarstwa poz w domu pacjenta jest niepraktyczny i nadmiernie obciążający zarówno pielęgniarstwo rodzinną jak i samego pacjenta. Ponadto, takie traktowanie pacjentów, którzy zazwyczaj znajdują się w złym stanie zdrowia nie jest zgodne z etyką wykonywania zawodu pielęgniarstwa i uwłacza godności pielęgniarstwa oraz pacjenta.



X. Apel o prowadzenie przemysłanej polityki w zakresie organizacji kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek rodzinnych

Obecnie na rynku pracuje wystarczająca liczba pielęgniarek rodzinnych. Stałe zwiększanie liczby kursów kwalifikacyjnych dla pielęgniarek rodzinnych nie podniesie jakości i dostępności do usług pielęgniarstwa rodzinnego. Ponadto, coraz częściej występuje zjawisko, że wykształcone pielęgniarki na kursach kwalifikacyjnych wcale nie pracują w środowisku, a tylko ich dane są wykorzystywane do zawierania kontraktów z NFZ dla pielęgniarstwa rodzinnego NZOZ i praktyki lekarza rodzinnego. Powoduje to nieuczciwą konkurencję w środowisku pielęgniarstwie, co wpływa niekorzystnie na sytuację pacjenta i jakość świadczonej. Jednocześnie należy podkreślić, że bardzo mało pielęgniarek posiada specjalizację z zakresu pielęgniarstwa rodzinnego.

XI. Wniosek o wzmocnienie roli, zadań i funkcji pielęgniarki rodzinnej w obszarze poz i wprowadzenie do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w pozostałych aktach prawa powszechnie obowiązującego regulujących sytuację prawną pielęgniarek, a także w decyzjach wydawanych przez Prezesa NFZ definicji pielęgniarki rodzinnej.

W obecnie obowiązujących przepisach prawa nie istnieje w ogóle definicja pielęgniarki rodzinnej. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. nr 04 nr 210 poz. 2135) w art. 5 pkt. 25 posługuje się bardzo szerokim pojęciem „pielęgniarki poz” , która w swej definicji obejmuje pielęgniarkę, która ukończyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa : rodzinnego, pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo – rodzinnego itd. Konsekwencją przyjęcia tak ogólnego pojęcia pielęgniarki poz jest brak jasnych reguł wykonywania zawodu pielęgniarki rodzinnej,

miejsca wykonywania czynności i zakresu tych czynności. Tym bardziej, że wcześniejsze przepisy prawa dzieliły pielęgniarkę poz na pielęgniarkę rodzinną wykonującą świadczenia w domu chorego oraz pielęgniarkę praktyki pracującą w gabinecie zabiegowym lekarza rodzinnego.

Brak odrębnej definicji pielęgniarki rodzinnej rodzi w praktyce liczne problemy i utrudnia pielęgniarkom wykonywanie z należytą starannością swojego zawodu.

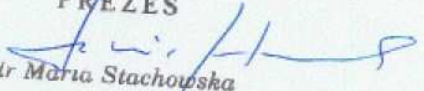
Istnieje zatem pilna potrzeba wprowadzenia odrębnej definicji pielęgniarki rodzinnej łącznie z określeniem jej zadań i miejsca wykonywania świadczeń.

XII. Wniosek o zakaz wykonywania iniekcji zabiegów leczniczych w gabinecie pielęgniarki poz

Pielęgniarka poz zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 69/2007 jest obowiązana do udzielania pielęgniarskich świadczeń opieki zdrowotnej w gabinecie pielęgniarki poz oraz w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy. Natomiast zgodnie z § 10 w/w Zarządzenia ust. 1 pkt. 5 w ramach realizacji świadczenia lekarza poz świadczeniodawca ma obowiązek zapewnić funkcjonowanie gabinetu zabiegowego, od poniedziałku do piątku pomiędzy 8:00 i 18:00. Jednocześnie należy podkreślić, że ustawodawca we wszystkich aktach parwnych różnicuje pojęcie gabinetu zabiegowego – o odrębnym kodzie resortowym 0060, stosownym wyposażeniu i przeznaczeniu i pojęcie gabinetu pielęgniarki poz – o kodzie 0032, jako miejsce świadczenia usług przez pielęgniarkę rodzinną. Ponadto, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku „pielęgniarka poz planuje i realizuje kompleksową opiekę pielęgniarską nad osobą, rodziną w miejscu zamieszkania, z uwzględnieniem miejsca udzielania świadczeń. Z przepisu tego wynika jednoznacznie, że głównym miejscem świadczenia opieki jest miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.

W związku z powyższym należy stwierdzić, że pielęgniarka rodzinna nie ma obowiązku wykonywania iniekcji zabiegów leczniczych w swoim gabinecie pielęgniarki poz, albowiem takie zabiegi wykonuje się w gabinecie zabiegowym

lekarza poz. Gabinet pielęgniarki nie jest odpowiednio wyposażony do wykonywania w/w świadczeń, a pielęgniarka poz nie świadczy usług w gabinecie zabiegowym.

PREZES

dr Maria Stachowska