



BIULETYN

INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

2/2018
WAŁBRZYCH
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W WAŁBRZYCHU

SPIS TREŚCI

1. ◆ ŻYCZENIA
2. ◆ XXXIV OKRĘGOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH – 28 MARCA 2018 R.
– SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– ODPOWIEDZI NA APELE I STANOWISKO XXXIII OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
– SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU
– SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU
– APELE
22. ◆ WIRTUALNA CZYTELNIKA
23. ◆ INFORMACJA PIT-8C
– INTERPRETACJA INDYWIDUALNA DYREKTORA KRAJOWEJ INFORMACJI SKARBOWEJ
33. ◆ BÓL – CZĘŚĆ III
41. ◆ KOMUNIKATY MINISTERSTWA ZDROWIA
44. ◆ INDEKS LEKÓW – SERWIS FACHOWEJ INFORMACJI O LEKACH



Uwaga! NOWE NUMERY TELEFONÓW

Sekretariat: **Księgowość:** **Rejestr prawa:**
tel.: 74 84 25 605; 7481 79 515 74 81 79 516 74 81 79 517
fax: 74 84 23 325

OKRĘGOWA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)
fax: 74 84 23 325
godziny pracy biura:
7:30–15:30

e-mail:
oipipsekretariat@webmedia.com.pl
www.oipip.walbrzych.pl

Bank Zachodni WBK S.A. o/Wałbrzych
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

Przewodnicząca:
Maria Pałeczka
oipipwch@webmedia.com.pl

Sekretarz:
Małgorzata Hrycak

BIURO
Sekretariat:

Anna Koła
oipipsekretariat@webmedia.com.pl
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515

Rejestr prawa wyk. zawodu:
Marzena Neter
oipiprejestr@webmedia.com.pl
tel.: 74 81 79 517

Księgowość:
Aleksandra Neter
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl
tel.: 74 81 79 516

Obsługa administracyjno-prawna:
Kancelaria Prawna Ś
mgr Dorota Pakuła
Radca Prawny
mgr Michał Krajczar

KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław; tel. 71 784 18 45
email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO – dr n. o zdr. WIESŁAW ZIELONKA
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7; 59-220 Legnica;
tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr KATARZYNA SALIK
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej Curie 58;
50-368 Wrocław; tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95
email: kasiatalk1@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 2; 52-114 Wrocław; tel. 71 342 8631 wew. 344,
604 939 455, 667 977 735

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum
Onkologii we Wrocławiu pl. Hirsfelda 12; 53-413 Wrocław; tel. 71 368 92 60
lub 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław; email: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl;
tel. 26 166 02 07, 608 309 310

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59-220 Legnica; tel. 76 721 14 01,
661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z O.O. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl, tel. 71 722 29 48, 603 852 669

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ
– dr n. med. DOMINIK KRZYŻANOWSKI, Bonifraterskie Centrum Opieki
Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.; ul. Poświęcka 8a,
51-128 Wrocław; tel. 608 585 295,
email: d.krzyzanowski@bonifraterskiecentrumzdrowia.pl

PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO – mgr DOROTA MILECKA
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
tel. 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

PIELĘGNIARSTWA DIABETOLOGICZNEGO
– mgr IWONA PILARCZYK-WRÓBLEWSKA
Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii Zakład Neonatologii
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław, tel. 500 141 941
e-mail: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 14.30–15.30
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPiP w Wałbrzychu

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności
Zawodowej:**

Iwona Michańcio

Dyżury w siedzibie OIPiP:

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00
Szczegóły na stronie internetowej
w zakładce Kontakt.
W innym terminie po wcześniejszym
uzgodnieniu telefonicznym
z biurem OIPiP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:
Tereny Weny Agencja Reklamowa
Justyna Szafran-Dziwięcka
justyna@terenywenty.pl



*Szanowne Panie Pielęgniarki,
Szanowne Panie Położne,
Szanowni Panowie Pielęgniarze*

z okazji przypadającego na dzień

**8 maja Dnia Położnej
12 maja Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki**

składam Wam wyrazy najwyższego szacunku i uznania.
Niech o sukcesie zawodowym decyduje profesjonalizm, empatia i wrażliwość.

Doceniając w codziennej pracy Wasz trud, cierpliwość,
zrozumienie człowieka w jego cierpieniu,
w imieniu własnym oraz Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

Życzę Wam Koleżanki i Koledzy
wszelkiej pomyślności w życiu osobistym i zawodowym.
Wytrwałości w codziennym zmaganiu się z trudnościami i problemami, wielu
satysfakcji z własnych dokonań.

Życzę Wam wielu sił i zdrowia do dalszej realizacji zawodowych celów.

Przewodnicząca ORPiP
(-) Maria Pałeczka

XXXIV SPRAWOZDAWCZY OKRĘGOWY ZJAZD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

WAŁBRZYCH 28 marca 2018 r.



USTAWA O SAMORZĄDZIE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH (z późn. zm.) z dnia 1 lipca 2011 r.

Art. 29. ust. 1. Okręgowy zjazd odbywa się raz w roku i jest zwoływany przez okręgową radę.

Art. 30. Okręgowy zjazd, w drodze uchwały, w szczególności:

1. ustala zasady gospodarki finansowej izby oraz uchwała roczny budżet;
2. rozpatruje i zatwierdza roczne i kadencyjne sprawozdania z działalności okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu i okręgowego rzecznika;
3. ustala liczbę członków oraz szczegółową organizację, zasady i tryb działania organów izby;
4. wybiera przewodniczącego i pozostałych członków okręgowej rady, okręgowej komisji rewizyjnej, okręgowego sądu i okręgowego rzecznika i jego zastępców;
5. wybiera delegatów na Krajowy Zjazd;
6. odwołuje członków organów izby przed upływem kadencji;
7. udziela absolutorium ustępującej radzie;
8. podejmuje uchwały w sprawach istotnych dla zawodów pielęgniarki i położnej oraz innych sprawach objętych zakresem działania okręgowej izby.

30 stycznia 2018 r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu podjęła UCHWAŁĘ NR 20/VII/2018 w sprawie zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Na podstawie **REGULAMINU OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH** (w pełnym brzmieniu na stronie internetowej w zakładce **REGULAMINY**)

§ 8. 1. Okręgowy zjazd dokonuje wyboru:

- 1) Prezydium okręgowego zjazdu składający się z przewodniczącego okręgowego zjazdu, wiceprzewodniczącego oraz sekretarza;
- 2) komisji mandatowej, która stwierdza czy okręgowy zjazd jest władny do podjęcia uchwał;
- 3) komisji uchwał i wniosków;

KOMISJA MANDATOWA W SKŁADZIE:

Halina Ulanowska, Beata Kowalska.

Zgodnie z Protokołem Komisji Mandatowej, na podstawie listy obecności frekwencja stanowiła 83% ogółu delegatów, XXXIV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych był prawomocny.

PREZYDIUM ZJAZDU W SKŁADZIE:

Anna Brodzińska – sekretarz, Krystyna Nitkiewicz – wiceprzewodnicząca, członkowie: Krystyna Bieniek, Aleksandra Walczyk.



KOMISJA UCHWAŁ I WNISKÓW W SKŁADZIE:

Elżbieta Pieprz-Pankiewicz, Luiza Nowaczyńska, Ewa Kowalska.



Na podstawie Protokołu Komisji Uchwał i Wniosków, po wysłuchaniu wszystkich głosów w dyskusji, w drodze głosowania podjętych zostało 8 Uchwał:

UCHWAŁA NR 1/XXXIV/VII/2018 w sprawie zatwierdzenia Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

UCHWAŁA NR 2/XXXIV/VII/2018 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za okres od 01 marca 2017 r. do 28 lutego 2018 r.

UCHWAŁA NR 3/XXXIV/VII/2018 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za okres od 01 marca 2017 r. do 28 lutego 2018 r.



PRZEWODNICZĄCA ZJAZDU – Małgorzata Hrycak



UCHWAŁA NR 4/XXXIV/VII/2018 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych działającego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za okres od 01 marca 2017 r. do 28 lutego 2018 r.

UCHWAŁA NR 5/XXXIV/VII/2018 w sprawie: zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej działającej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu za okres od 01 marca 2017 r. do 28 lutego 2018 r.

UCHWAŁA NR 6/XXXIV/VII/2018 w sprawie zmiany składu zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

UCHWAŁA NR 7/XXXIV/VII/2018 w sprawie: zatwierdzenia sprawozdania z wykonania budżetu za 2017 rok.

UCHWAŁA NR 8/XXXIV/VII/2018 w sprawie zatwierdzenia planu budżetu na 2018 rok według zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

5 Apeli – w pełnym brzmieniu zamieszczone w dalszej części sprawozdania.

Przedstawiciel Medycyny Firmy Smith & Nephew – Pani Marta Sokalska-Kapica przeprowadziła wykład nt. opatrunków Smith & Nephew znajdujących się na liście wyrobów medycznych i produktów leczniczych refundowanych.



SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH VII KADENCJI za okres od 1 marca 2017 roku do 28 lutego 2018 roku.



Szanowne Koleżanki, Koledzy, Szanowni Delegaci.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa. Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku, wielokrotnie była zmieniana a zmiany ogłoszane były w Dziennikach Urzędowych. Nie zmienił się zapis, że ustawa określa organizację i zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Odwołując się do zapisów cytowanej ustawy – rozdział 3 – Prawa i obowiązki członków samorządu

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Samorząd jest niezależny w wykonywaniu swoich zadań i podlega tylko przepisom prawa. Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa.

Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku, wielokrotnie była zmieniana a zmiany ogłoszane były w Dziennikach Urzędowych. Nie zmienił się zapis, że ustawa określa organizację i zadania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Odwołując się do zapisów cytowanej ustawy – rozdział 3 – Prawa i obowiązki członków samorządu

art. 11.

1. Członkowie samorządu mają prawo:

- 1) wybierać i być wybierani do organów izb, z zastrzeżeniem art. 12 oraz art. 13 ust. 2-4;
- 2) korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu;
- 3) korzystać z ochrony i pomocy prawnej izb;
- 4) korzystać z innych świadczeń izb i działalności samopomocowej.

2. Członkowie samorządu są obowiązani:

- 1) postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu określonymi w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 2) sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe;

- 3) przestrzegać uchwał organów izb;
- 4) regularnie opłacać składkę członkowską;
- 5) aktualizować dane w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych 30 stycznia 2018 roku podjęła uchwałę Nr 20/VII/2018 w sprawie zwołania XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Dzisiaj zgodnie z art. 30 ustawy podejmować będziemy uchwały w sprawie rocznych sprawozdań z działalności okręgowej rady, okręgowego rzecznika i jego zastępców, okręgowego sądu oraz okręgowej komisji rewizyjnej. Będziemy również podejmować inne ważne decyzje w sprawach objętych zakresem działania okręgowej izby.

Nie bez znaczenia powołałam się na zapisy ustawy przywołując prawa i obowiązki członków samorządu.

Niestety, nie zawsze zachowana jest równowaga. Miniony rok obfitował w zmiany, które spowodowały u członków samorządu różne reakcje – niezadowolenie, rozczarowanie, jakże często – złość.

Powrócę jednak do XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, do podjętych stanowisk i apeli.

APEL NR 1 – przejęcia przez państwo obowiązku zapewnienia opieki pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania w szkołach publicznych.

APEL NR 2 – w sprawie podjęcia działań zmierzających do szybkiego i kompleksowego uregulowania kwestii wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych z uwagi na zmniejszającą się liczbę osób wykonujących te zawody.

STANOWISKO NR 1 – w sprawie sprzeciwu wobec wprowadzeniu zmian systemowych w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek.

Z upoważnienia Ministra Zdrowia – Sekretarz Stanu Pani Józefa Szczurek-Żelazko udzieliła pisemnej informacji w przedmiotowej sprawie odnosząc się w poszczególnych punktach do każdej sprawy oddzielnie. Pismo dołączone do sprawozdania.

APEL NR 3 – w sprawie podjęcie działań organizacyjnych, mających na celu odciążenie pielęgniarek i położnych od czynnego uczestnictwa w transportowaniu pacjentów w ruchu wewnątrzszpitalnym, obsadzaniu miejsc pracy na stanowiskach niezgodnych z wykształceniem i kompetencjami.

Przypomnę, apel kierowany był do Organu Założycielskiego, Kierowników Podmiotów Leczniczych oraz Pielęgniarek Naczelnych, Przełożonych. Z przykrością potwierdzam odpowiedź wyłącznie Starosty Kłodzkiego (pismo w załączeniu do sprawozdania).

Dzisiaj sytuacja kadrowa w naszej grupie zawodowej jest dramatyczna. Mimo tego, w dalszym ciągu pielęgniarki i położne pracują w rejestracjach, obciążane są transportem pacjentów nie wymagających obecności pielęgniarki czy położnej, pracują za personel pomocniczy. Po raz kolejny apeluję do kadry kierowniczej o podjęcie działań. Jesteśmy jedyną grupą zawodową, która wykonuje zadania niezgodne z kompetencjami, kosztem pacjentów, jakości, naszego i pacjentów bezpieczeństwa.

Praca na umowach cywilnoprawnych powyżej 200–250 godzin i więcej, u kilku pracodawców, to kolejne, bardzo niepokojące fakty.

Miniony rok nie napawa optymizmem. Luka pokoleniowa, średnia wieku – bardzo niepokoi.

Dane z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych za poprzedni rok sprawozdawczy i obecny potwierdzą zasadność naszego niepokojów.

Porównajmy:

Rok 2016/2017

Ogółem zarejestrowanych było 5468 osób, w tym: **4884** pielęgniarki; **109** pielęgniarzy; **475** położne.

W przedziale wiekowym zarejestrowanych jest:

– do 30 roku życia – **54 pielęgniarki; 1 pielęgniarz i 10 położnych**;

– powyżej 66 lat – **317 pielęgniarek i 34 położne**.

Zatrudnionych:

– do 30 roku – **25 pielęgniarek, – 7 położnych**;

– powyżej 66 lat – **247 pielęgniarek i 25 położnych**.

Rok 2017/2018

Ogółem zarejestrowanych jest 5483 osoby, w tym: **4890** pielęgniarki; **112** pielęgniarzy; **481** położne.

W przedziale wiekowym zarejestrowanych jest:

– do 30 roku życia – **59 pielęgniarek i 2 pielęgniarzy i 16 położnych**;

– powyżej 66 lat – **401 pielęgniarek; 2 pielęgniarzy i 48 położne**.

Zatrudnionych:

– do 30 roku – **29 pielęgniarek; 1 pielęgniarz i 12 położnych**;

– powyżej 66 lat – **314 pielęgniarek; 2 pielęgniarzy i 38 położnych**.

Podsumujmy:

– do 30 roku życia – wzrost o 6 pielęgniarek i 6 położnych;

– powyżej 66 lat – wzrost o 86 pielęgniarek i 14 położnych.

Zatrudnionych:

– do 30 roku wzrost o 5 pielęgniarek i – 5 położnych;

– powyżej 66 lat – wzrost o 69 pielęgniarek i 13 położnych.

Nadzieja w absolwentach – w tym roku mury Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku z tytułem licencjata pielęgniarstwa opuści 18 osób. Czy wszyscy podejmą pracę?

Od 1 lutego 2017 r. Pani Józefa Szczurek – Żelazko objęła zaszczytną funkcję Wiceministra Zdrowia.

Wybór Pani Sekretarz Stanu rozbudził kolejne nadzieje. 9 stycznia br. Ministerstwo Zdrowia opublikowało dokument pn. **Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, który określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów.**

27 marca 2017 r. odbyła się debata poświęcona problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, która stała się swego rodzaju diagnozą sytuacji. Organizatorem debaty był Minister Zdrowia wspólnie z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawskim Uniwersyte-tem Medycznym.

21 kwietnia 2017 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce – Przewodnicząca Zespołu Pani Józefa Szczurek-Żelazko.

Biorąc pod uwagę problemy – zapisy koszykowe, obsada pielęgniarek w oddziałach szpitalnych, strategia długoterminowa dla pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, dobre oferty pracy – również dla absolwentów – rok, to za krótki okres, aby mówić o efektach i oceniać. Argumentami obroniliśmy utrzymanie kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie studiów wyższych. Powrócił temat zawodu „asystent pielęgniarki”. Przygotowany jest projekt Stanowiska Konwentu Marszałków Województw RP w sprawie utworzenia nowego zawodu asystent pielęgniarki. Samorząd Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się proponowanym rozwiązaniom. Zależy nam na rozwoju Pielęgniarstwa, nie na cofaniu się.

Analizując miniony rok, nie można zapomnieć o zmianach w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych. Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, od 1 maja 2017r. miał obowiązywać System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). Z powodu licznych problemów, wdrożony od 1 lipca 2017r.

Kilka miesięcy żmudnych zmagania pracownika rejestru, niezadowolenia środowiska i braku zrozumienia ze strony organizatorów. Dzisiaj możemy mówić o wspólnym sukcesie – wyjaśnienia, tłumaczenia, nasza pomoc wyciszyła złe emocje. Po raz kolejny przypominam o obowiązku aktualizacji danych. Każda zmiana dotycząca wykonywania zawodu, tożsamości musi być zgłaszana.

Składając wniosek do weryfikacji i zatwierdzenia należy pamiętać, że dane na wniosku muszą być zgodne z tymi, które są w rejestrze.

16 sierpnia 2017 roku weszła w życie ustawa z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ustawa budzi wiele wątpliwości. Podzieliła środowisko. Podział na grupy, którym przypisany został współczynnik pracy w zależności od kwalifikacji. Nie uwzględnione zostały pielęgniarki i położne z wyższym wykształceniem bez specjalizacji. Obowiązujący zapis, nakazujący pracodawcom od 1 lipca 2017r. dokonać wzrostu wynagrodzeń zasadniczych o 10%, kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym zgodnie z art. 7 ustawy a wynagrodzeniem zasadniczym każdej pielęgniarki i położnej budzi szereg wątpliwości w zakresie jego stosowania. Nadal dochodzą do mnie sygnały o nie przestrzeganiu przez pracodawców zapisów ustawy. W środowisku zawrzało. Za takie same zadania i obowiązki jakże różne wynagrodzenia. Urzędujący od 9 stycznia br. Minister Zdrowia Łukasz Szumowski „wyleczył” konflikt z lekarzami rezydentami, czy równie skuteczny będzie w stosunku do naszego środowiska. Prognozy na najbliższe lata są dramatyczne. Nie trudne do przewidzenia, również na naszym terenie.

24 sierpnia br. na zaproszenie Prezydenta Miasta Wałbrzycha dr Romana Szelemeja, Prezesa Dolnośląskich Pracodawców Artura Mazurkiewicza oraz Prorektora ds. dydaktycznych i studenckich PWSZ Angelusa Silesiusa doc. dr Małgorzaty Babińskiej uczestniczyłam w spotkaniu pt. **Współpraca pracodawców, samorządów, uczelni wyższych remedium na postępujący brak specjalistycznej opieki pielęgniarskiej**. Przedstawiona prezentacja dotycząca sytuacji kadrowej na terenie działania naszej Izby uświadomiła obecnym na spotkaniu powagę problemu.

Ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego spowodowała lawinowy wręcz wzrost składowania wniosków na refundację kosztów na szkolenia specjalizacyjne. Za trzy kolejne miesiące październik–grudzień 2017 r. kwota refundacji wynosiła 255 tys. 965zł. Nieprzemysłane decyzje, podyktowane zapisami ustawy spowodowały, że po otrzymaniu I transzy refundacji Panie rezygnowały.

Jak nigdy dotąd, z zaplanowanej w budżecie kwoty 130 tys. w poz. VI, niewykorzystane środki na konferencje, zjazdy, sympozja na mocy uchwały ORPiP Nr 117/VII/2017 z dnia 20 grudnia 2017r. przeniesione zostały w kwocie 67547,67 zł. na refundację kosztów szkolenia specjalizacyjnego. Po wnikliwej analizie wniosków na specjalizację w listopadzie 2017 r. nie było wątpliwości – zaplanowana w budżecie kwota – 300 tys. zł. poz. V, pkt 1 – Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego nie pokryje kosztów refundacji złożonych wniosków.

Zatwierdzony w grudniu Zbiorczy Wniosek na refundację kosztów kształcenia na łączną kwotę 86965 zł. zabezpieczył refundację kosztów w wysokości 1465 zł. za kursy specjalistyczne. Refundacja kosztów za szkolenie specjalizacyjne dla 57 osób w kwocie 85500 zł. wypłacona została w styczniu 2018 r. Kwotę zaangażowanych środków ujęto w planie budżetu na rok 2018.

Aby zapobiec podobnym zdarzeniom, nie ponosić kosztów za nieprzemysłane decyzje, ORPiP na mocy uchwały wprowadziła zmiany w Regulaminie Refundacji Kosztów Kształcenia. Od stycznia 2018 r. refundacja za szkolenia specjalizacyjne wypłacana będzie po udokumentowanym, zdany egzaminie państwowym i uzyskaniem tytułu specjalisty. Kwota refundacji nie uległa zmianie.

Nadal uczestniczy szkolenia specjalizacyjnego mogą ubiegać się refundację za kursy specjalistyczne, które są bezwzględnym wymogiem zgodnie z programem. Refundacja w II transzach wypłacana będzie za studia II stopnia – kierunek pielęgniarstwo po podpisaniu umowy, która nakłada obowiązek zwrócenia otrzymanej kwoty refundacji w przypadku nie wywiązania się z zapisów regulaminowych. Dobre chęci, nieprzemysłane decyzje nie mogą obciążać kosztami samorządu.

W dalszej części sprawozdania dołączone są zestawienia refundacji za kursy, szkolenia i konferencje. Aby w sposób czytelny potwierdzić powyższe wyjaśnienia, przygotowano zostało graficzne zestawienie – za okres sprawozdawczy 2016/2017. „Kominy”, w sposób nie budzący żadnych wątpliwości potwierdzają zasadność zmian w regulaminie.

ZESTAWIENIE UDZIELONYCH REFUNDACJI od 1 marca 2017 r. do 28 lutego 2018 r.

Lp.	Specjalizacja	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego	62	93 000
2.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologiczno-położniczego	31	46 500
3.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	1	1 500
4.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa neonatologicznego	5	7 500
5.	Specjalizacja w dziedzinie anestezjologii i intensywnej opieki	18	27 000
6.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej	47	70 500
7.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego	1	1 500
8.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego	4	6 000
9.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego	1	1500
10.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego	43	64 500
11.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego	2	3 000
12.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego	2	3 000
13.	Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego	1	1 500
RAZEM:		218	327 000

Lp.	Kursy specjalistyczne	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	6	1 200
2.	RKO	41	8 065
3.	Leczenie ran dla pielęgniarek	55	10 950
4.	EKG	15	2 300
5.	Leczenie ran dla położnych	1	225
6.	Wywiad i badanie fizykalne	110	22 050
7.	Endoskopia dla pielęgniarek	1	360
8.	Dobrostan płodu w czasie ciąży i porodu	1	275
RAZEM:		230	45 425

Lp.	Kursy kwalifikacyjne	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych	1	600
2.	Pielęgniarstwo operacyjne	1	600
3.	Pielęgniarstwo rodzinne	2	1 200
4.	Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących	1	600
5.	Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania	2	1 200
6.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii	2	1 200
RAZEM:		9	5 400

Lp.	Studia	Ilość refundacji	Kwota refundacji
1.	Magisterskie II stopnia	27	54 000
RAZEM:		27	54 000

Konferencje:

Rodzaj	Ilość osób	Kwota refundacji
Konferencje wyjazdowe	48	64 252,33
Organizowane przez OIPiP	312	
RAZEM	360	

łącznie w okresie sprawozdawczym udzielono refundacji na łączną kwotę **496 077,33 zł.**

Refundacje specjalizacji, które będą wypłacone w 2018 r.
II transza: $216 \times 1\,500 \text{ zł.} = 324\,000 \text{ zł.}$

Refundacje studiów magisterskich, które będą wypłacone w 2018 r.

I transza: $39 \times 2\,000 \text{ zł} = 78\,000 \text{ zł.}$

Na mocy UCHWAŁY NR 8/XXXIV/VII/2018 zatwierdzony został plan budżetu na 2018 rok według zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Zaplanowane środki finansowe w części dotyczącej kosztów kształcenia zapewnią realizację zadań zaplanowanych na rok bieżący.

Bez żadnych obaw realizowane będą wnioski

- na refundację kosztów kształcenia, w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego
- na udzielenie zapomóg finansowych z przyczyn losowych.
- na pokrycie kosztów udziału i zakwaterowania w konferencjach, zjazdach, sympozjach.

Zatwierdzone zostały środki finansowe na działalność Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego oraz pozostałych Komisji i Zespołów problemowych na łączną kwotę – **527 000,00 zł.** (w porównaniu z rokiem ubiegłym zwiększone o **200 000 zł.**)

Działalność informacyjno-wydawnicza prowadzona będzie na dotychczasowych zasadach.

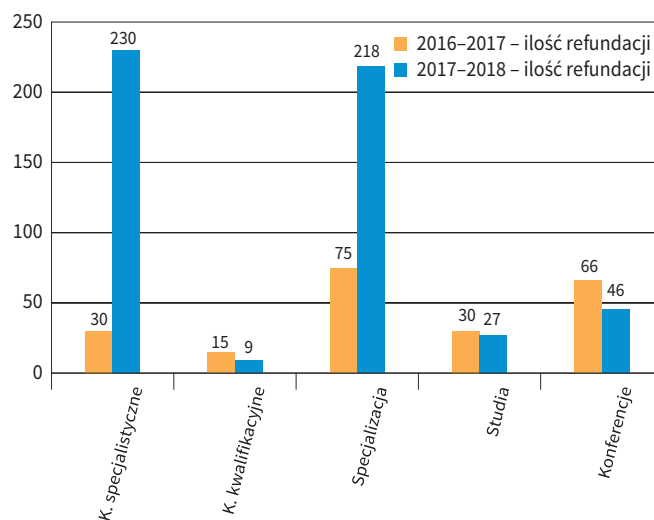
Prenumerata Magazynu Pielęgniarki i Położnej w niezmięniętej ilości – **350 egz.** na kwotę – **23,520 zł.**

Regulaminy dostępne na stronie internetowej:

www.oipipwalbrzych.pl ZAKŁADKA –REGULAMINY



GRAFICZNE ZESTAWIENIE REFUNDACJI ZA OKRESY Sprawozdawcze:



W okresie sprawozdawczym odbyło się:

- 5 posiedzeń Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na których podjęto **130 uchwał.**
- 20 posiedzeń Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na których podjęto **246 uchwał.**

Ogółem podjętych zostało 376 uchwał w tym między innymi w sprawie:

- stwierdzenia prawa wykonywania zawodu: – **ogółem: 37 pielęgniarki – 33:** 31 kobiety w tym 18 absolwentek; 2 mężczyzn – absolwenci;
- **położne – 4:** w tym 3 absolwentki
- wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – ogółem **61 pielęgniarki – 52:** 49 kobiety; 3 mężczyzn
- **położne – 9:**
- wykreślenia z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – ogółem **33 pielęgniarki – 32:** 31 kobiety; 1 mężczyzna
- **położne – 1**
- wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu z powodu śmierci
- **ogółem 18 pielęgniarki: 17** kobiet
- **położna – 1**
- zaprzestania wykonywania zawodu – **ogółem 8 pielęgniarki: 8** kobiet
- wpisu i zmiany wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – **28**
- skierowania na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat w ostatnich 6 latach – **ogółem 10: pielęgniarki – 8** kobiet; **położne – 2.**
- udzielenia pomocy finansowej – zapomogi losowe – **26 dla członków samorządu – na kwotę 21 100 zł. dla osób spoza izby – na kwotę – 1100 zł.**
- Wydanych zostało **5** zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych: **pielęgniarki 3:** 3 kobiety – 1 lic. piel.; 1 abs. szkoły zaw.; 1 abs. lic. med. ;
- **położna – 2 – 1** lic. położ.; 1 abs. szkoły zaw.

W poprzednim okresie sprawozdawczym wydanych zostało 16 zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych dla pielęgniarek – o 11 mniej. O 6 więcej wydanych zostało skierowań na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu.

Na początku sprawozdania, odwołując się do zapisów ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych przywołując rozdział 3 – prawa i obowiązki członków samorządu pozwolę sobie w imieniu członków ORPiP, Komisji i Zespołów problemowych, zatrudnionych prawników i pracowników stwierdzić, że dokładamy wiele starań, aby wywiązywać się z nałożonych zadań. Każdy członek samorządu wpisany do naszego rejestru pielęgniarek i rejestru położnych może korzystać z różnych form pomocy.

Ze swoich praw – członka samorządu nie korzystają te osoby, które zwyczajnie nie chcą.

W ilości **330 egz.** prenumerujemy Magazyn Pielęgniarki i Położnej, od dwóch lat przekazujemy kalendarze ścienne.

Biuletyn Informacyjny w nakładzie **500 egz.** wydawany cyklicznie, dystrybuowany do Waszych miejsc pracy, dostępny na stronie internetowej. **Na 2018 rok** przedłużona została umowa na dostęp online do wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim na platformie IBUK Libra. Wydanych zostało 79 kodów PIN, o 52 więcej w porównaniu z poprzednim okresem sprawozdawczym.

To wciąż za mało. Zachęcam do składania wniosków i nieodpłatnego korzystania z elektronicznego księgozbioru. Zachęcam do korzystania ze strony internetowej. Zmieniana i nieustannie dostosowywana do Waszych potrzeb. Cieszy i jednocześnie zobowiązuje liczba codziennych odwiedzin – 50–70 osób. Coraz więcej Koleżanek i Kolegów przyjmuje zaproszenie na organizowaną od 6 lat Konferencje „Jesienne Spotkania z Autorytetem”.

Zmienia się siedziba izby. Coraz więcej pielęgniarek i położnych korzysta z możliwości wynajmu sali konferencyjnej przez organizatorów szkoleń na zajęcia teoretyczne szkoleń specjalizacyjnych. Każdego roku, na bieżąco archiwizujemy wytworzone dokumenty, brakowane zgodnie z obowiązującym okresem przechowywania. Zmienione zostały szafy – na potrzeby teczek osobowych każdego członka samorządu oraz na potrzeby archiwum. Wytwarzanych i gromadzonych jest coraz więcej dokumentów, których dane muszą być chronione i zabezpieczone. Od dwóch lat księgowość prowadzona jest wyłącznie systemem elektronicznym na podstawie programu finansowo-księgowego.

Dzisiaj zdecydowanie łatwiej prowadzimy wyliczenia, analizy, planujemy wydatki. Zachowując płynność finansową, każdy wydatek bierzemy pod „lupę”. Szukamy dobrych rozwiązań.

Na wielofunkcyjną kserokopiarkę podpisana została umowa na wynajem. Jest serwis, konserwacja, toner – po naszej stronie papier.

„Złoty Czepek” – Odznaczenie Zawodowe. Pierwsze – 23 odznaczenia wręczone zostały na uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej 9 maja ubiegłego roku.

W tym roku – również 9 maja w Zamku Książ, po raz drugi Odznaczeniem „Złoty Czepek” uhonorowane zostaną kolejne osoby. Po raz pierwszy wręczone zostaną „Diamentowe Czepki” – przyznawane pielęgniarkom i położnym, które od stycznia ubiegłego roku przeszły na eme-

ryturę i przepracowały w zawodzie co najmniej 30 lat. Miejsce szczególne, bo uroczystość wyjątkowa.

Powrót do tradycji – w 2017 roku dwukrotnie miałam zaszczyt uczestniczyć w uroczystości „Czapkowania” w maju studentów I roku Wydziału Nauk o Zdrowiu Wyższej Szkoły Medycznej w Kłodzku, w listopadzie studentów II roku kierunku Pielęgniarstwo w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej im. Angelusa Sileiusa w Wałbrzychu.

Decyzją ORPiP ponownie wystąpiliśmy do Dyrektora Izby Skarbowej w Poznaniu z wnioskiem o wydanie interpretacji indywidualnej dotyczącej podatku dochodowego osób fizycznych w zakresie obowiązków płatnika. Naszym zdaniem odstąpienie od opodatkowania kwoty uzyskanej za refundację kosztów kształcenia jest zasadne. 30 maja 2017 r. Naczelny Sąd Administracyjny w Warszawie wydał wyrok oddalając skargę kasacyjną Ministra Finansów od wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 08 stycznia 2015 r. w sprawie podatku dochodowego od osób fizycznych, związanych z finansowaniem członkom Izby udziału w kursach szkoleniowych.

A jak jest z obowiązkami?

Nadal z aktualizacją danych, regularnym opłacaniem składek członkowskich są problemy. Docieramy do osób uchylających się od tego obowiązku, wysyłane są upomnienia. Niestety, w stosunku do osób, które uchylają się od ustawowego obowiązku zmuszeni będziemy wszcząć postępowanie administracyjne.

Aktualizacja danych – oczekujemy zmian, mówimy, że jest nas za mało – generowane dane z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych nie mają przełożenia na stan faktyczny. Po raz kolejny proszę o zgłaszanie każdych zmian w zakresie danych objętych rejestrem.

W razie wątpliwości proszę dzwonić, jesteśmy dostępni codziennie. Aby ułatwić kontakt telefoniczny, zmieniona została centrala telefoniczna.

Są dodatkowe numery, jest zatem możliwość bezpośredniego połączenia z pracownikiem.

Proszę korzystać z możliwości nieodpłatnej porady prawnej. Nie pozostawiamy bez odpowiedzi i pomocy członków samorządu, którzy spełniają ustawowe i regulaminowe obowiązki. Nadal proszę o współpracę i współtworzenie.

Jesteśmy na półmetku VII kadencji. W następnym roku wybory. Już dzisiaj proszę o aktywny udział. Szczególnie proszę tych, ciągle nieprzekonanych. Proszę wziąć udział w wyborach. Decydować, wpływać i zmieniać.

Dzisiaj pragnę serdecznie podziękować za pracę i współpracę – członkom rady, organom, komisjom i zespołom – pracownikom biura, prawnikom.

Dziękuję za ciepłe słowa, wsparcie i życzliwość. Wstuchuję się w głosy niezadowolenia i krytyki.

Analizujemy i wyciągamy wnioski. Pamiętajmy jednak – Samorząd Pielęgniarek i Położnych to my – pielęgniarki, położne pielęgniarki, w każdym miejscu i na każdym stanowisku pracy.

Nieprzekonanych – zapraszam do współpracy.

Szanowni Delegaci bardzo proszę o przyjęcie sprawozdania z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Przewodnicząca ORPiP w Wałbrzychu
(-) **Maria Pałeczka**



Minister Zdrowia

Warszawa, 01-06-2017

MZ-PPA.072.1.2017/BW

Pani
 Maria Pałeczka
 Przewodnicząca
 Okręgowej Rady Pielęgniarek
 i Położnych w Wałbrzychu
 ul. Chrobrego 1/10 skr. poczt. 240
 58-300 Wałbrzych

Szanowna Pani Przewodnicząca

w odpowiedzi na pisma z dnia 28 kwietnia 2017 r., znak: OIPiP.B.VII.432.2017 oraz znak: OIPiP.B.VII.433.2017 otrzymane za pośrednictwem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów przy piśmie z dnia 10 maja 2017 r., znak: SPRM.222.12.34.2017.MG; SPRM.222.21.7.2017.MG, przy których zostały przekazane Apele i Stanowisko z dnia 29 marca 2017 r. przyjęte przez Delegatów XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu dotyczące:

- 1) Apel nr 1 w sprawie przejęcia przez państwo obowiązku zapewnienia opieki pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania w szkołach publicznych;
- 2) Apel nr 2 w sprawie podjęcia działań zmierzających do szybkiego i kompleksowego uregulowania kwestii wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych z uwagi na zmniejszającą się liczbę osób wykonujących te zawody;
- 3) Stanowisko Nr 1 w sprawie sprzeciwu wobec wprowadzeniu zmian systemowych w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek,

uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

W odniesieniu do 1 punktu, dotyczącego *Apelu nr 1 w sprawie przejęcia przez państwo obowiązku zapewnienia opieki pielęgniarskiej w środowisku nauczania i wychowania w szkołach publicznych*, informuję, że ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.)



oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze określają prawo dzieci i młodzieży do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z przepisami, pielęgniarka albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, profilaktyczna opieka zdrowotna sprawowana jest przez pielęgniarkę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Podkreślam, że obowiązujące rozwiązania legislacyjne i organizacyjne nie odbiegają od standardów opieki zdrowotnej nad dzieckiem stosowanych w większości krajów Unii Europejskiej. Mimo przyjętych rozwiązań prawnych, faktyczna realizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w niektórych przypadkach, jest niedostateczna. Obowiązujący model opieki zdrowotnej nad uczniami w niedostateczny sposób odnosi się do kwestii współdziałania podmiotów w ramach systemu ochrony zdrowia, jak również współpracy systemu ochrony zdrowia i edukacji.

Warunkiem wprowadzenia zmian w realizacji opieki zdrowotnej w szkołach jest stworzenie nowych ram prawnych, które określą zakres i organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkołach. Dopiero wówczas mogą nastąpić zmiany dotyczące organizacji i zakresu zadań podmiotów realizujących obecnie opiekę zdrowotną w szkołach, w szczególności pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania lub higienistek szkolnych.

Informuję, że w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzono stosowne analizy potrzeb oraz możliwości finansowych, organizacyjnych, kadrowych oraz infrastruktury szkół (możliwość tworzenia, wyposażenia i utrzymania gabinetów medycznych), które będą miały wpływ na kluczowe decyzje o zmianach w realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach.

Opracowany został także wstępny projekt założeń do ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (tzw. projekt o medycynie szkolnej). Celem nowej ustawy jest wprowadzenie rozwiązań służących zintegrowaniu systemu ochrony zdrowia oraz systemu edukacji w zakresie umacniania potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży poprzez promocję, edukację zdrowotną i profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach. Perspektywa czasowa wejścia w życie projektowanej ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym (tzw. projekt o medycynie szkolnej) nie została jeszcze określona. Planując termin wejścia w życie nowych przepisów konieczne jest bowiem uwzględnienie sytuacji finansowej i organizacyjnej podmiotów tworzących szkoły (samorządy terytorialne), co warunkuje tworzenie, wyposażenie i utrzymanie w szkołach gabinetów, w których pielęgniarka albo higienistka szkolna udzielają świadczeń profilaktycznej opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do 2 punktu, dotyczącego *Apelu nr 2 w sprawie podjęcia działań zmierzających do szybkiego i kompleksowego uregulowania kwestii wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych z uwagi na zmniejszającą się liczbę osób wykonujących te zawody*, uprzejmie informuję, że w celu wprowadzenia gwarantowanego (podlegającego ochronie prawnej) poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych oraz stopniowego wyrównywania dysproporcji płacowych pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Projekt został przyjęty przez Radę Ministrów.

Projekt ustawy zakłada podział pracowników wykonujących zawody medyczne na 10 grup zawodowych i określenie dla poszczególnych grup współczynników pracy, według których obliczane ma być najniższe wynagrodzenie zasadnicze. Wśród wspomnianych grup wyodrębnione zostały trzy grupy pielęgniarek i położnych, podzielone w oparciu o kryterium poziomu wykształcenia oraz posiadanej specjalizacji - wymaganych od danego pracownika na zajmowanym stanowisku.

Poniżej przedstawione zostało porównanie obecnych poziomów wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek i położnych do planowanych zgodnie z projektowaną ustawą najniższych wynagrodzeń zasadniczych:

Grupa zawodowa	Obecne wynagrodzenie zasadnicze brutto - średnia dla grupy	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto do 31 grudnia 2019 r.	Najniższe wynagrodzenie zasadnicze brutto w 2021 r.
Pielęgniarka / położna z tytułem magistra ¹ ze specjalizacją	2726	4 095	5251
Pielęgniarka / położna ze specjalizacją	2579	2 847	3651
Pielęgniarka / położna bez specjalizacji	2369	2 496	3201

Powyższy projekt ustawy określa zasady, zgodnie z którymi pracodawcy (podmioty lecznicze) obowiązani będą stopniowo podwyższać wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawody medyczne do 31 grudnia 2021 r.

¹ na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo

Sposób podwyższania wynagrodzenia osoby zajmującej stanowisko pielęgniarki lub położnej uwzględniać powinien wzrost miesięcznego wynagrodzenia danej pielęgniarki albo położnej dokonany zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.), czyli rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628).

W ramach przedmiotowych rozporządzeń zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 r. Obecnie realizowana jest druga transza podwyżki, czyli 800 zł od dnia 1 września 2016 r. do dnia 31 sierpnia 2017 r. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie OWU kolejne etapy zapewniające dalszy średni wzrost miesięcznego wynagrodzenia wraz z pochodnymi zaplanowano:

- 1) od dnia 1 września 2017 r. do dnia 31 sierpnia 2018 r. o 1200 zł,
- 2) od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r. o 1600 zł.

Podkreślam, że przepisy projektowanej ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych stanowiąc będą zatem nie tylko gwarancją stopniowego podwyższania najniższych wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ale również czynić zadość postulatowi usankcjonowania w akcie rangi ustawowej wzrostów wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zawartych obecnie tylko w akcie prawnym rangi rozporządzenia.

Ponadto uprzejmie informuję, że została opublikowana ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) tzw. ustawa o sieci szpitali. Powyższa ustawa nie ma postanowień zmieniających w zakresie zasad otrzymywania środków na wzrosty wynagrodzeń przez pielęgniarki i położne.

Natomiast w związku z tą ustawą został opracowany projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (obecnie jest na etapie uzgodnień międzyresortowych), który jednoznacznie wskazuje, że świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne, w zakresie wskazanym w § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października

2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), podlegają odrębnemu finansowaniu w ramach kwoty zobowiązania umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wyodrębnienie tych świadczeń oznacza, że świadczenia te będą finansowane poza ryczałtem systemu zabezpieczenia.

W odniesieniu do punktu 3, dotyczącego *Stanowiska nr 1 w sprawie sprzeciwu wobec wprowadzeniu zmian systemowych w kształceniu przeddyplomowym pielęgniarek* informuję, że Minister Zdrowia wraz z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym w dniu 27 marca 2017 r. zorganizował Debatę poświęconą problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, która odbyła się w Centrum Dydaktycznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie.

Podkreślam, że ważną częścią dyskusji podczas ww. Debaty były kwestie związane z kształceniem pielęgniarek i położnych. Minister Zdrowia Pan Konstanty Radziwiłł zapewnił, że kształcenie pielęgniarek i położnych będzie realizowane wyłącznie na poziomie wyższym. Jednocześnie zapowiedział, że jest rozważane wprowadzanie profesji pomocniczych, np. asystentek, które nie miałyby wykształcenia wyższego, a pomagałyby pielęgniarkom w bezpośredniej opiece nad pacjentem.

Ponadto przewiduje się podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby przyjęć na kierunki pielęgniarstwo i położnictwo w uczelniach publicznych. Zwrócono również uwagę na rolę kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, które powinno odpowiadać na realne potrzeby systemu ochrony zdrowia w różnych rodzajach świadczeń, w których niezbędne jest posiadanie określonych kwalifikacji.

Ponadto, Pan Minister Zdrowia zapowiedział powołanie *Zespołu do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*. Informuję, że pierwsze posiedzenie ww. Zespołu, powołanego na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania *Zespołu do spraw opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 50) odbyło się w dniu 16 maja br. w Ministerstwie Zdrowia.

Celem prac zespołu będzie analiza postulatów, oczekiwań, proponowanych rozwiązań dot. problemów współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa, zebranie jak najszerszych informacji i poznanie jak największej liczby opinii (również poprzez zapraszanie do uczestnictwa w pracach zespołu dodatkowych przedstawicieli środowiska w charakterze ekspertów) dotyczących istotnych i wzajemnie powiązanych problemów pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, zgłoszonych w trakcie ww. debaty oraz zgłoszonych w trakcie prac zespołu. Analiza

powyższa będzie podstawą do wypracowania realnych, kompleksowych rozwiązań zidentyfikowanych problemów i przygotowania strategii mającej na celu wskazanie konkretnych kroków do poprawy kondycji polskiego pielęgniarstwa i położnictwa dzisiaj i w przyszłości. Zespół zakończy swoją działalność po opracowaniu strategii, nie później jednak niż do 31 października br.

Z wyrazami szacunku

Zapowiadania
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Zelazki

Do wiadomości:

Pani Anna Zalewska

Minister Edukacji Narodowej





STAROSTA KŁODZKI

Kłodzko, 6 czerwca 2017r.

ZPS.8023.19.2017.ZPS1

Pani Maria Pałeczka
Przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu

W odpowiedzi na Pani pismo uprzejmie informuję, iż podjąłem działania wspierające Apel nr 3 podjęty w dniu 29 marca 2017 roku podczas XXXIII Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu.

Wspierając działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych wystąpiłem z wnioskiem do Dyrektora podmiotu leczniczego „Zespół Opieki Zdrowotnej” w Kłodzku Pani Jadwigi Radziejewskiej o podjęcie stosownych działań organizacyjnych mających na celu odciążenie pracy pielęgniarek i położnych od czynnego uczestnictwa w transportowaniu pacjentów w ruchu wewnątrzszpitalnym lub wykonywaniu innych czynności pomocniczych. Popieram apel samorządu zawodowego i również prezentuję stanowisko, że praca pielęgniarki i położnej powinna być wykonywana zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi uzyskanymi posiadany tytułem zawodowym. Natomiast prace pomocnicze niezbędne dla prawidłowej realizacji procesu leczniczego powinny być wykonywane przez personel pomocniczy.

Z powiatem

STAROSTA
Maciej Awżeni

Otrzymują:

1. Adresat
2. a/a

Sporządziła: M.Felcenloben



Starostwo Powiatowe w Kłodzku, ul.Okrzei 1, 57-300 Kłodzko,
 tel. 74 865-75-23, fax 867-32-32, NIP 883-16-12-431
 www.powiat.klodzko.pl, e-mail: powiat@powiat.klodzko.pl



SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU za okres 1 marca 2017 r. do 28 lutego 2018 r.

Okręgowy Rzecznik Pielęgniarek i Położnych działa na podstawie Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych w składzie:

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

– **Iwona Michańcio.**

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:

– **Młyńczak Małgorzata,**

– **Koszyk Anna,**

– **Komornicka Katarzyna,**

– **Wachowiak-Bobkiewicz Anna,**

– **Studzińska Edyta.**



Członkowie Okręgowego Rzecznika spotkali się w okresie sprawozdawczym dwukrotnie.

Spotkania miały charakter organizacyjny. Przeprowadzono także szkolenia, które miały charakter spotkań warsztatowych dla Okręgowego Rzecznika i jego zastępców doskonaląc znajomość procedur postępowania. Szkolenia były prowadzone przez prawnika Izby. W trakcie szkoleń omawiano także działania dotyczące prowadzonych spraw.

Rzecznik oraz jego zastępcy uczestniczą regularnie w posiedzeniach Prezydium ORPIP oraz ORPIP, a także pełnią dyżury zgodnie z przyjętym harmonogramem. Na bieżąco prowadzone są bardzo pracochłonne konsultacje z prawnikiem izby indywidualnie przez Rzecznika i jego zastępców.

Liczba spraw w porównaniu do lat ubiegłych sukcesywnie się zwiększa.

Sprawy przekazane do Sądu	2
Postępowanie wszczęte	33 (w tym 1 sprawa z Izby – Opole)
Postępowanie umorzone	27
Postępowanie umorzone z lat ubiegłych	3
Postępowanie w toku	6
Postępowanie w toku z lat ubiegłych	2

Wielokrotnie Rzecznicy zwracają się z pismem do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności

Zawodowej o przedłużenie terminu zakończenia sprawy, powodem tego jest to, że zdecydowaną większość stanowią postępowania bardzo złożone np.: po przesłuchaniu świadka w danej sprawie Rzecznik prowadzący postępowanie musi wszcząć kolejne.

Niejednokrotnie sprawy przekazywane są do prokuratury. Całe postępowanie wymaga dużego nakładu czasu i przesłuchania wielu świadków.

Rzetelne, bezstronne i sprawiedliwe rozpatrywanie skarg z przestrzeganiem praw pacjenta oraz obowiązujących norm prawa powszechnego wymaga największego wewnętrznego zdyscyplinowania i pełnego zaangażowania. Każdy kolejny rok pracy charakteryzuje się nowymi wyzwaniami i nowymi problemami oraz przynosi wiele nowych zadań do rozwiązania. Charakter skarg podobnie kształtuje się w poszczególnych latach, niepokoi duża ilość skarg dotyczących nieetycznych zachowań pielęgniarek, położnych. W bardzo wielu skargach, a także w toku postępowania okazuje się, że skarżący wyraża swoje oburzenie na system ochrony zdrowia lub na złą organizację pracy w podmiocie leczniczym, a nie na samą pracę pielęgniarek, położnych.

Rzecznik oraz jego zastępcy sukcesywnie prowadzą prewencję dla pielęgniarek i położnych w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej
(-) **Iwona Michańcio**



Obsługa prawna – Dorota Pakuła, Michał Krajczarz

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEGO SĄDU PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU za okres od 1 marca 2017 do 28 lutego 2018 r.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych na podstawie ustawy z dnia 11 lipca 2011 r. art. 34 pkt 4 składa Okręgowemu Zjazdowi Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu roczne sprawozdanie.

Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych w składzie:

Przewodnicząca – Elżbieta Pieprz-Pankiewicz

Członkowie Sądu:

- Iza Zdanowicz,
- Małgorzata Jęczmienna,
- Katarzyna Leksowska-Osińska,
- Anna Rawa,
- Dorota Sikora,
- Anna Czekaj,
- Sylwia Marcinowska.



W roku 2017 członkowie Okręgowego Sądu spotykali się na posiedzeniach połączonych ze szkoleniem.

Członkowie Sądu brali udział we wszystkich posiedzeniach Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz w posiedzeniach Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, jako ciało doradcze.

W siedzibie Izby dla wszystkich członków odbyło się szkolenie na temat przebiegu rozprawy przed sądem, oraz przeprowadzono symulację takiej rozprawy.

Członkowie Sądu: Elżbieta Pieprz-Pankiewicz, Sylwia Marcinowska, Małgorzata Jęczmienna brały udział w szkoleniu organizowanym przez Naczelny Sąd Pielęgniarek i Położnych, które odbyło się w Warszawie.

W 2017 od Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wpłynęły do Sądu dwie sprawy, które zostały połączone do wspólnego prowadzenia. W lutym 2018 r. przeprowadzono rozprawę, na której wydano orzeczenie i zakończono prowadzenie sprawy przed sądem pierwszej instancji.

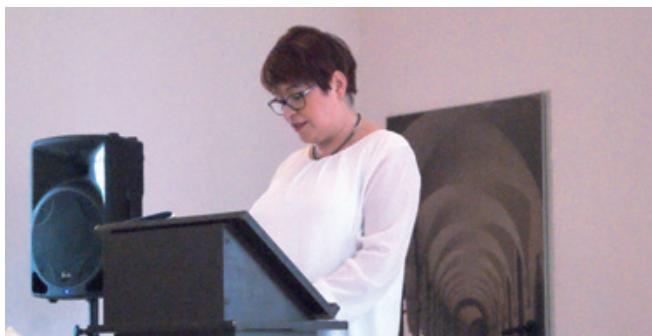
Przewodnicząca OSPiP
(-) **Elżbieta Pieprz-Pankiewicz**

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ PRZY OKRĘGOWEJ IZBIE PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU od marca 2017 r. do lutego 2018 r.

Okręgowa Komisja Rewizyjna działa zgodnie z art. 7. ust. 1 Ustawy o Samorządzie Pielęgniarek i Położnych z dn. 1 lipca 2011 roku (Dz. U z 2011, Nr174, poz 1038), w oparciu o Ramowy Regulamin Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Plan Pracy.

I. Skład osobowy Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

Przewodnicząca – Monika Stanicka;
Wice przewodnicząca – Alicja Ciszzyńska;
Sekretarz – Ewa Kowalska;
Członkowie – Dorota Midor, Hanna Mikus.



II. Ilość posiedzeń i kontroli:

Posiedzeń – 4
Kontroli – 5
w tym – 1 niezaplanowana kontrola kasy

III. Zakres przedmiotowy kontroli:

1. Działalność finansowa i gospodarcza:

- kontrola dokumentów finansowo-księgowych: obieg, księgowanie, kontrola prawidłowego ich zatwierdzenia,
- kontrola działalności kasy, dokumentów kasowych, przestrzeganie instrukcji kasowej i pogotowia kasowego,
- kontrola dokumentacji związanej z refundacją kosztów kształcenia, oraz udzielania zapomóg,
- prawidłowość prowadzenia druków ścisłego zarachowania,
- ocena wydatków na wynagrodzenia dla pracowników Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
- rozliczenie delegacji służbowych,
- rozliczenie kosztów posiedzeń Rady i Prezydium Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,

- analiza realizacji podjętych uchwał Okręgowej Rady oraz Prezydium dotyczących działalności finansowej i gospodarczej,
- ocena stanu rachunku bankowego,
- kontrola kosztów działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
- wpływ składek członkowskich,
- analiza przyjętego budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

IV. Ustalenia kontrolne:

- ewidencja finansowo-księgowa prowadzona jest na bieżąco, zgodnie z Ustawą o Rachunkowości, ewidencja druków ścisłego zarachowania prowadzona prawidłowo,
- kasa prowadzona zgodnie z instrukcją kasową, pogotowie kasowe przestrzegane, stan czeków kasowych zgodny z protokołami, przekazanie kasy zgodnie z instrukcją kasową,
- faktury opisywane dokładnie i szczegółowo,
- wpływ składek członkowskich weryfikowany na bieżąco,
- wydawanie gotówki zgodnie z przeznaczeniem,
- koszt działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowego Sądu zgodny z zaplanowanym budżetem na rok 2017,

- realizacja podjętych uchwał gospodarczych i finansowych nie budzi zastrzeżeń.

V. Istotne wnioski i zalecenia z przeprowadzonych kontroli:

- Zalecenie: brak.
- Wniosek: brak.

VI. Realizacja wniosków i zaleceń: brak.

VII. Frekwencja członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

- w posiedzeniach – 70%
- kontrolach – 73%

VIII. Frekwencja przewodniczącej Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

- posiedzenia Okręgowej Rady – 90%
- posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady – 70%

Szanowni Delegaci bardzo proszę o przyjęcie sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej w Wałbrzychu.

Przewodnicząca OKR
(-) **Monika Stanicka**

APEL NR 1

DELEGATÓW XXXIV OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie:

zmiany zapisów dotyczących podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej

skierowany do:

Ministra Zdrowia
Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXIV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o podjęcie działań w zakresie zmiany niekorzystnych zapisów dotyczących wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek zatrudnionych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej.

W związku z wprowadzonymi od dnia 1 października 2017 r. zmianami w organizacji Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej, zdecydowana większość wcześniej zatrudnionych pielęgniarek utraciła prawo do otrzymywania dodatkowego wynagrodzenia wynikającego z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400 z późn. zm).

Nie otrzymują dodatkowego wynagrodzenia wynikającego z ww. rozporządzenia pielęgniarki, które z dniem

1 października 2017 r. zatrudnione zostały w ramach Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej. Osoby te, na skutek zmian systemowo – organizacyjnych ponoszą negatywne konsekwencje finansowe.

W dacie ściśle określonej ww. rozporządzeniem – miesiąc sierpień 2017 r., podmioty w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej nie istniały, na skutek aktualnego brzmienia przepisów związane jest to z niemożnością zgłoszenia zatrudnionych tam pielęgniarek do objęcia kolejną kwotą dodatkowego wynagrodzenia.

Mając na uwadze powyższe apelujemy o niezwłoczne podjęcie skutecznych działań mających na celu objęcie ciągłości dodatkowego wynagrodzenia pielęgniarek zatrudnionych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej,

OCzekiwanie na kolejny termin wskazany w rozporządzeniu – sierpień 2018 r. to ogromna strata finansowa. Zmiany organizacyjne czy systemowe nie mogą być wprowadzane kosztem jednej grupy zawodowej.

Sekretarz Zjazdu
(-) **Anna Brodzińska**

Przewodnicząca Zjazdu
(-) **Małgorzata Hrycak**

APEL NR 2

DELEGATÓW XXXIV OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie:

zmiany ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

skierowany do:

Ministra Zdrowia Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXIV Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o pilną nowelizację powyższej ustawy, a w tym:

w art. 7 określenie najniższego wynagrodzenia zasadniczego jako iloczynu współczynnika pracy i kwoty 100% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez GUS w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”, zmiana Załącznika do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych – tabeli określającej współczynniki pracy w pkt 7-9 w następujący sposób:

Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – **współczynnik 1,05**;

Pielęgniarka z tytułem magistra pielęgniarstwa lub położna z tytułem magistra położnictwa albo pielęgniarka lub położna z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – **współczynnik 1,0**;

Pielęgniarka lub położna bez tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa – **współczynnik 0,74**.

Niezależnie od powyższego, treść Załącznika do ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, powinna być sformułowana w sposób jednoznacznie przewidujący, że wyższy współczynnik pracy przysługuje pielęgniarce lub położnej posiadającej wykształce-

nie wyższe (magister pielęgniarstwa, magister położnictwa) lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa.

Wprowadzenie wyraźnego zapisu w art. 3 ust. 3 ustawy, określającego, że środki finansowe zagwarantowane pielęgniarkom i położnym w ramach zawartego Porozumienia z dnia 23 września 2015 roku pomiędzy MZ, NFZ, OZZPiP i NRPiP, i określone w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2016 roku poz. 1793 z późn. zm.) na wzrost wynagrodzeń w latach 2015-2019 i lata następne, są niezależne od uregulowań wynagrodzenia przewidzianego w ustawie z dnia 08 czerwca 2017 r. Delegaci XXXV Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu stanowczo sprzeciwiają się jakimkolwiek, niekorzystnym dla pielęgniarek i położnych zmianom w zakresie realizacji w/w Porozumienia. Powyższe propozycje są wyrazem słusznym oczekiwania naszego środowiska w zakresie należytego wynagradzania za trudną i odpowiedzialną pracę. Oczekujemy, że postulowane zmiany zostaną wdrożone jak najszybciej z uwagi na drastycznie i systematycznie rosnące niedobory kadry pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia.

Sekretarz Zjazdu
(-) Anna Brodzińska

Przewodnicząca Zjazdu
(-) Małgorzata Hrycak



APEL NR 3

DELEGATÓW XXXIV OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie:

podjęcia działań legislacyjnych zmieniających zapisy Ustawy o Pomocy Społecznej dotyczących usług pielęgnacyjnych, a tym samym ujednoczenia kompetencji i wynagrodzenia pielęgniarek we wszystkich Domach Pomocy Społecznej.

skierowany do:

Ministra Zdrowia Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXIV Okręgowego Zjazdu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o podjęcie działań legislacyjnych zmieniających zapisy ustawy o Pomocy Społecznej dotyczących usług pielęgnacyjnych, a tym samym ujednoczenia kompetencji i wynagrodzenia pielęgniarek w Domu Pomocy Społecznej.

Mieszkańcy przebywający w DPS wymagają całodobowej opieki pielęgniarskiej a nie tylko świadczeń opiekuńczych i higie-

nicznych. Są to osoby o złożonej niepełnosprawności intelektualnej, psychicznej oraz ruchowej i wymagają wzmoczonej opieki medycznej. Opieka sprawowana przez pielęgniarki POZ i opieki długoterminowej jest niewystarczająca i nie zapewnia kompleksowej opieki pielęgniarskiej tym mieszkańcom. Opieka ta nie sprawdza się w warunkach DPS i wobec pacjentów z tak licznymi schorzeniami pozostającymi pod opieką pracowników DPS.

Biorąc pod uwagę opisane wyżej potrzeby mieszkańców DPS, wskazane jest dokonanie zmiany w Ustawie o Pomocy Społecznej z dnia 12 marca 2004 roku poprzez dopisanie w art. 55 ust. 1 i 3 tej ustawy „**usług pielęgniacyjnych i świadczeń pielęgniarskich**”.

Jednocześnie wnioskujemy, aby zapisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473) zostały objęte również pielęgniarki pracujące w DPS.

Od wielu lat środowisko pielęgniarek wskazuje propozycję powyższego rozwiązania celem zabezpieczenia chorych mieszkańców.

Sekretarz Zjazdu (-) Anna Brodzińska	Przewodnicząca Zjazdu (-) Małgorzata Hrycak
--	---

APEL NR 4

DELEGATÓW XXXIV OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie:

wpisania wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych do tzw. „rozporządzeń koszykowych”

skierowany do:

Ministra Zdrowia Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXIV Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o wprowadzenie w życie projektu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego uwzględniającego bezwzględnie wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze co najmniej:

- **0,6** na łóżko dla oddziałów o profilu zachowawczym,
- **0,7** na łóżko dla oddziałów o profilu zabiegowym,
- **0,8** dla oddziałów dziecięcych.

Aktualnie obowiązujące rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami nie spełnia swego zadania z uwagi na zbyt skomplikowany sposób ustalania tych norm oraz z uwagi na dowolność interpretacyjną stosowaną przez kierowników podmiotów leczniczych.

Proponowane założenia dotyczące wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych przyczynią się do zapewnienia bezpieczeństwa i sprawniejszego realizowania świadczeń opieki zdrowotnej, co w efekcie winno poprawić funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia.

Sekretarz Zjazdu (-) Anna Brodzińska	Przewodnicząca Zjazdu (-) Małgorzata Hrycak
--	---

APEL NR 5

DELEGATÓW XXXIV OKRĘGOWEGO ZJAZDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W WAŁBRZYCHU z dnia 28 marca 2018 r.

w sprawie:

opracowania i opublikowania zamkniętej „Bazy pytań egzaminacyjnych” obowiązujących w trakcie państwowego egzaminu po odbyciu specjalizacji.

skierowany do:

Ministra Zdrowia Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Delegaci XXXIV Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu apelują o podjęcie prac zmierzających do opracowania a następnie opublikowania zamkniętej „**Bazy pytań egzaminacyjnych**”

obowiązujących w trakcie państwowego egzaminu po odbyciu specjalizacji.

Odbycie specjalizacji kończy się przystąpieniem pielęgniarki lub położnej do egzaminu państwowego, którego celem jest zweryfikowanie zdobytej wiedzy.

Niezwykle istotnym elementem odbywanej specjalizacji i jej aspektem mającym największe znaczenie w późniejszej pracy zawodowej, są odbywane zajęcia praktyczne i uzyskane w ich trakcie umiejętności. Wiedza teoretyczna jako równie ważna winna być odpowiednio weryfikowana, jednak zakres tej wiedzy i kierunek sporządzanych pytań powinien odzwierciedlać podstawowe cele odbywanej specjalizacji.

Tymczasem aktualnie brak jest jakiegokolwiek listy pytań, dających obraz kierunku, w jakim sprawdzana będzie wiedza pielęgniarek i położnych. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych opublikowało na swojej stronie komunikat, w którym informuje, że zadania egzaminacyjne będące przedmiotem państwowego egzaminu specjalizacyjnego będą udostępniane na stronie CKPPIP dopiero po trzech latach od

zakończenia danej sesji egzaminacyjnej, co uniemożliwi pielęgniarek i położnych zapoznanie się choćby ze sposobem konstruowania pytań, co uniemożliwi sprawdzenie swoich umiejętności w rozwiązywaniu testu przed przystąpieniem do egzaminu.

Sekretarz Zjazdu
(-) **Anna Brodzińska**

Przewodnicząca Zjazdu
(-) **Małgorzata Hrycak**

WIRTUALNA CZYTELNI



Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy dla pielęgniarek i położnych
Wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim
na platformie IBUK LIBRA.

Korzystaj z platformy IBUK Libra:

- przez całą dobę, siedem dni w tygodniu
- na komputerze, smartfonie, laptopie czy tablecie
- gdzie tylko zechcesz: praca, dom, podróż – wszędzie, gdzie masz Internet

Stwórz własną półkę z książkami myIBUK:

- dodawaj zakładki
- rób notatki bezpośrednio w tekście
- wyszukuj słowa i frazy
- taguj ważne fragmenty
- sprawdzaj znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN

PROCEDURA NADANIA KODU PIN

- Członek samorządu składa wniosek do OIPIP (do pobrania na naszej stronie internetowej (www.oipip.walbrzych.pl) w zakładce DRUKI DO POBRANIA)
- Kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.
- Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu libra.ibuk.pl
- Jeśli konto zostało już założone wcześniej, NIE TRZEBA ROBIĆ TEGO PO RAZ DRUGI. Wystarczy, że do swojego konta doda się nadany nowy kod PIN.

WYMAGANY SPRZĘT

Z zasobów można korzystać za pomocą komputera, laptopa, tabletu czy smartfona. Technologia IBUK Libra nie wymaga instalowania specjalnego oprogramowania i jest bezpieczna dla urządzenia użytkownika. Katalogi dostępne są w każdej

przeglądarce internetowej. Dzięki dostępowi online czytelnicy mogą korzystać z serwisu przez całą dobę, z dowolnego miejsca (w domu, w pracy – wszędzie, gdzie jest dostęp do Internetu).

KORZYŚCI :

Platforma umożliwia nie tylko czytanie książek, lecz także zaawansowaną pracę z tekstem. W czytelnicy online można:

- Skorzystać z szybkiego podglądu pełnych tekstów lub stworzyć własną półkę z książkami.
- Sprawdzać znaczenie wyrazów w słownikach i encyklopediach PWN.
- Dodawać zakładki.
- Robić własne notatki bezpośrednio w książce.
- Wyszukiwać słowa i frazy.
- Tagować (katalogować, indeksować) ważne fragmenty i zaznaczać kolorami.

Najważniejszą korzyścią nauki online jest fakt, że z kursów możemy korzystać w momencie gdy mamy czas i ochotę na naukę. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wydała 51 KODÓW Zapraszam po odbiór kodów niezbędnych do rejestracji na platformie IBUK Libra. Z tej oferty będzie mógł skorzystać każdy członek OIPIP w Wałbrzychu po złożeniu wniosku z wymaganymi załącznikami.

Możecie Państwo uzyskać bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra i księgozbioru online, specjalistycznych publikacji w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin nauki.



INFORMACJA O PIT-8C

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu nie będzie składała informacji PIT-8 członkom OIPIP z tytułu otrzymywanej refundacji kosztów kształcenia podyplomowego od 1 stycznia 2018 r.

Poniżej Interpretacja Indywidualna (pełne brzmienie)
DYREKTORA KRAJOWEJ INFORMACJI SKARBOWEJ



DYREKTOR
KRAJOWEJ INFORMACJI SKARBOWEJ

0112-KDIL3-3.4011.79.2018.1.MM

Leszno, dnia 04 kwietnia 2018 r.

**Okręgowa Izba Pielęgniarek
i Położnych w Wałbrzychu**
ul. Chrobrego 1/10
58-300 Wałbrzych
NIP 8861283363

INTERPRETACJA INDYWIDUALNA

Na podstawie art. 13 § 2a, art. 14b § 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Ordynacja podatkowa (Dz. U. z 2017 r., poz. 201, z późn. zm.) Dyrektor Krajowej Informacji Skarbowej stwierdza, że stanowisko Wnioskodawcy przedstawione we wniosku z dnia 20 lutego 2018 r. (data wpływu 26 lutego 2018 r.) o wydanie interpretacji przepisów prawa podatkowego dotyczącej podatku dochodowego od osób fizycznych w zakresie skutków podatkowych udziału w kursie szkoleniowym członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych:

- organizowanym przez organ samorządu zawodowego – **jest prawidłowe,**
- finansowanym przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego) – **jest prawidłowe,**
- którego koszty są refundowane przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego przez członka samorządu) – **jest prawidłowe.**

UZASADNIENIE

W dniu 26 lutego 2018 r. wpłynął do tutejszego organu ww. wniosek o wydanie interpretacji indywidualnej dotyczącej podatku dochodowego od osób fizycznych w zakresie skutków podatkowych udziału w kursie szkoleniowym członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych:

- organizowanym przez organ samorządu zawodowego,
- finansowanym przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego),
- którego koszty są refundowane przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego przez członka samorządu).

We wniosku przedstawiono następujący stan faktyczny oraz zdarzenia przyszłe.

Wnioskodawca – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu (dalej „OIPIP”) jest jednostką organizacyjną samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, posiadającą osobowość prawną (art. 2 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 1 lutego 2011 r. o samorządzie pielęgniarek

i położnych Dz. U. Nr 174, poz. 1038 dalej „u.s.p.p.”). Podobnie jak ma się to w przypadku innych samorządów zawodowych, reprezentujących osoby wykonujące zawody zaufania publicznego: adwokatów, lekarzy, biegłych rewidentów i innych, ustawy regulujące kwestie korporacji nakładają na swoich członków liczne obowiązki, z których na czoło wysuwają się: obowiązek płacenia składek członkowskich, pozwalających na finansowanie funkcjonowania organów samorządu zawodowego oraz obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez osoby wchodzące w skład danej korporacji.

W przypadku samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z przynależnością do niego powiązany jest obowiązek opłacania przez pielęgniarki i położne składki członkowskiej na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych. Obowiązek ten wynika z przepisu z art. 11 ust. 2 pkt 4 u.s.p.p., zgodnie z którym członkowie samorządu są obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską. Składka ta opłacana jest comiesięcznie, w wysokości określonej w uchwale Nr 18 z dnia 20 stycznia 2016 r. VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

Ponadto na mocy przepisu z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 1251 z późn. zm. dalej zwanej „u.z.p.p.”) ustawodawca nałożył na pielęgniarki i położne obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

Korelatem tego obowiązku jest uprawnienie członków samorządu do korzystania z pomocy okręgowych izb pielęgniarek i położnych w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu (art. 11 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p.). Obowiązek pomocy i pieczy nad członkami samorządu w zakresie uczestnictwa w formach dokształcania zawodowego wynika z nakazu sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony (art. 2 ust. 1 u.s.p.p. w związku z art. 17 ust. 1 Konstytucji RP) poprzez wykonanie zadania ustawowego: prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (art. 4 ust. 2 pkt 6 u.s.p.p.) w warunkach prawidłowego zarządzania majątkiem własnym (pochodzącym w znacznej części ze składek członków), poprzez przeznaczenie jego części na finansowanie kursów szkoleniowych.

Formy tego finansowania mogą być różnorakie: (i) uczestnictwo w nieodpłatnych różnych formach kształcenia podyplomowego (np. szkolenia, specjalizacje, kursy – dalej „szkolenia”), organizowanych przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych, (ii) dofinansowanie do tych szkoleń organizowanych przez podmioty trzecie, które są finansowane w całości lub części przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych (odpłatność bezpośrednio następuje na rzecz organizatora danej formy kształcenia podyplomowego, przy czym w przypadku finansowania w części pozostałą kwotę dopłaca sam uczestnik, np. cena szkolenia to 1500 zł, finansowanie dotyczy kwoty 1000 zł, a uczestnik sam dopłaca 500 zł), czy wreszcie (iii) refundacja poprzez zwrot całości lub części kosztów, poniesionych przez członka samorządu z tytułu opłat za uczestnictwo w kursie, na jego rachunek, po wykazaniu ukończenia danej formy kształcenia i poniesienia z tego tytułu odpowiednich kosztów, udokumentowanych fakturami.

Koszty organizowanych, czy refundowanych szkoleń są pokrywane ze środków organu samorządu zawodowego, pochodzących ze składek członkowskich.

Podstawowym warunkiem korzystania z pomocy w zakresie rozwijania kwalifikacji zawodowych jest regularne opłacanie składki członkowskiej oraz brak wymagalnych zobowiązań w stosunku do organu samorządu zawodowego. Powyższe zasady regulują wewnętrzne akty samorządu zawodowego.

W przypadku Wnioskodawcy kwestie te unormowane zostały w Regulaminie Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu zmienionego ostatecznie Uchwałą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu Nr 119/VII/2017 z dnia 20 grudnia 2017 r. ze zm. (dalej „Regulamin”). I tak, zgodnie z § 1 ust 1 rozdz. III 1. Z refundacji mogą korzystać członkowie OIPiP spełniający następujące warunki:

- a) są wpisani do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych prowadzanego przez ORPiP w Wałbrzychu,
- b) minimum przez okres 2 lat poprzedzających złożenie wniosku regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie,
- c) lub są bezrobotni, zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy,
- d) dokonali aktualizacji danych osobowych w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych.

Zgodnie z § 1 pkt 4 „z refundacji kosztów kształcenia za szkolenie specjalizacyjne, członek samorządu może skorzystać maksymalnie dwa razy, w odstępie co najmniej 4 lat od dnia zakończenia pierwszej specjalizacji refundowanej ze środków OIPiP w Wałbrzychu”.

Zatem zgodnie z obostrzeniami Regulaminu osoby po wpisaniu do rejestru pielęgniarek i położnych, prowadzonego przez Wnioskodawcę, mają prawo korzystać ze świadczeń określonych w tym Regulaminie dopiero po 2 latach regularnego opłacania składki członkowskiej na rzecz OIPiP. Ponadto zgodnie z rozdz. IV § 2 pkt 3. Wysokość refundacji kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym wynosi:

- a) dla studiów magisterskich w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne wynosi 4000,00 zł (słownie: cztery tysiące złotych) w dwóch transzach,
- b) dla studiów licencyjnych – pomostowych – 1000,00 zł (słownie: jeden tysiąc złotych),
- c) dla szkoleń specjalizacyjnych wynosi – 3000,00 zł (słownie: trzy tysiące złotych),
- d) uchylony w całości,
- e) dla kursów kwalifikacyjnych wynosi – 600,00 zł (słownie: sześćset złotych),
- f) dla kursów specjalistycznych wynosi 50% poniesionych kosztów przez uczestnika kursu,
- g) dla kursów dokształcających zgodnie z profilem wykonywanej pracy – 50% kosztów, nie więcej niż 400 zł (słownie: czterysta złotych) .Wnioski będą rozpatrywane indywidualnie przez Prezydium ORPiP z dołączoną ofertą organizatora,
- h) dla konferencji, seminariów, sympozjów naukowych, kongresów, zjazdów naukowych, szkoleń organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe refundacja wynosi do 1000,00 zł poniesionych kosztów udziału przez uczestnika i 100% kosztów zakwaterowania bez zwrotu kosztów przejazdu,
- i) dla szkoleń specjalizacyjnych i kursów, dla których warunkiem ich rozpoczęcia jest ukończenie kursu specjalistycznego lub kwalifikacyjnego kwota refundacji jest łączona. Refundacja kosztów zgodnie z lit. c-e + koszt kursu wymaganego.

4. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencyjnych, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających nie ma refundacji kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia.

§ 4 pkt 1. Pielęgniarki i położne OIPiP w Wałbrzychu mają prawo do refundacji części kosztów kształcenia jeden raz w roku z wyjątkiem § 2 pkt 3 lit. i.

Obecnie Wnioskodawca wartość dofinansowania szkoleń organizowanych, finansowanych czy refundowanych uznaje za opodatkowane i wystawia informacje PIT-8c uczestnikom szkoleń.

W związku z powyższym opisem zadano następujące pytania.

Czy wobec nałożonych ustawowo obowiązków podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez członków tego samorządu, realizowanie tego obowiązku poprzez uczestnictwo w kursie szkoleniowym:

1. organizowanym przez organ samorządu zawodowego ze środków własnych, czyli *de facto* ze składek członków samorządu, w realizacji również ustawowego nakazu pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, po stronie uczestnika powstaje przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, jeżeli prawo uczestniczenia w tym szkoleniu przysługuje tylko po uprzednim opłaceniu składek członkowskich?
2. który finansowany jest przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego przez OIPiP) ze środków własnych, czyli *de facto* ze składek członków samorządu, w realizacji również ustawowego nakazu pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, po stronie uczestnika powstaje przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, jeżeli prawo do uczestniczenia w tym kursie nieodpłatnie (bądź za częściową odpłatnością – pozostałą kwotą wpłaca OIPiP) przysługuje tylko po uprzednim opłaceniu składek członkowskich?
3. którego koszty są refundowane przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego przez członka samorządu) ze środków własnych, czyli *de facto* ze składek członków samorządu, w realizacji również ustawowego nakazu pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, po stronie uczestnika powstaje przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, jeżeli prawo do refundacji kosztów tej formy kształcenia podyplomowego w całości (bądź w części) przysługuje tylko po uprzednim opłaceniu składek członkowskich?
4. Jeśli uczestnictwo w takim szkoleniu, o którym mowa w pyt. 1, 2 lub 3 powoduje powstanie przychodu po stronie jego uczestnika, to w konsekwencji, czy organ samorządu ma obowiązek sporządzenia dla każdego uczestnika informacji PIT-8C?

Zdaniem Wnioskodawcy uczestnictwo w kursie szkoleniowym organizowanym przez organ samorządu zawodowego i finansowanym z jego środków, a także organizowanym przed podmiot trzeci, ale finansowanym także przez organ samorządu zawodowego lub przez niego refundowanym poprzez zwrot całości lub części kosztów na rzecz członka samorządu zawodowego nie powoduje przychodu po stronie uczestniczących w tym kursie osób, a w związku z tym nie podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

Motywuując to twierdzenie wskazać należy, iż zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2012 r. poz. 361), zwanej dalej „u.p.d.o.f.”, przychodami, z zastrzeżeniem przepisów tam wskazanych, są otrzymane lub postawione do dyspozycji podatnika w roku kalendarzowym pieniądze i wartości pieniężne oraz wartość otrzymanych świadczeń w naturze i innych nieodpłatnych świadczeń.

W związku z uczestnictwem w kursie szkoleniowym organizowanym przez Wnioskodawcę uczestnicy tych kursów, którymi są członkowie OIPiP, otrzymują albo możliwość bezpłatnego uczestnictwa w danym kursie organizowanym przez OIPiP (pyt. 1) lub przez podmiot trzeci (pyt. 2), albo uczestnicy otrzymują refundację kosztów kursu w całości lub w części i w takiej sytuacji OIPiP dokonuje refundacji kosztów w formie pieniężnej po uprzednim ich poniesieniu i udokumentowaniu zgodnie obowiązującym regulaminem (pyt. 3). Zatem Wnioskodawca stoi na stanowisku, że w okolicznościach podanych we wniosku z uwagi na to, że członkowie samorządu nie otrzymują wprost pieniędzy, wartości pieniężnych ani też świadczeń w naturze (sytuacja opisana w pyt. 1, 2) uczestnictwo w takich szkoleniach, może być wprost kwalifikowane jako nieodpłatne świadczenie. Również zwrot kosztów poniesionych na kurs (refundacja – sytuacja opisana w pyt. 3) stanowi formę zapewnienia nieodpłatności lub

częściowej nieodpłatności dla członków OIPIP i tutaj podobnie do czynienia mamy z pojęciem nieodpłatnego świadczenia.

Ustawodawca nie zdefiniował pojęcia nieodpłatnego świadczenia.

Definicja taka wypracowana została natomiast w orzecznictwie sądów administracyjnych, w którym wskazuje się, że pod pojęciem tym należy rozumieć: wszystkie zdarzenia prawne i zjawiska gospodarcze, których następstwem jest uzyskanie korzyści kosztem innego podmiotu, lub te wszystkie zdarzenia prawne i gospodarcze w działalności osób prawnych, których skutkiem jest nieodpłatne, to jest niezwiązane z kosztami lub inną formą ekwiwalentu, przysporzenie majątku tej osobie, mające konkretny wymiar finansowy (tak m.in. w uchwałach Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 18 listopada 2002 r., FPS 9/2002 ONSA 2003/1 poz. 47, z dnia 16 października 2006 r., II FPS 1/2006 ONSA i WSA 2006/6 poz. 153, z dnia 24 maja 2010 r., II FSP 1/2010 ONSA i WSA 2010/4 poz. 58).

Kolejno trzeba wskazać na ugruntowany również pogląd, iż ze świadczeniem nieodpłatnym będziemy mieli do czynienia w przypadkach, w których otrzymujący odnosi określoną korzyść pod tytułem darmym. Oznacza to, że nie świadczy nic w zamian ani obecnie, ani też w przyszłości. Pojęcie „świadczenie” zakłada działanie aktywne po stronie kontrahenta podatnika, w wyniku którego podatnik uzyskuje określoną korzyść.

W rozstrzyganej sprawie należy także odwołać się do stanowiska Naczelnego Sądu Administracyjnego wyrażonego w wyroku z dnia 30 maja 2017 r., II FSK 1526/15, w wyroku z dnia 30 maja 2017 r., II FSK 1206/15, oraz wojewódzkich sądów administracyjnych w tym, wyrażonych w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Gliwicach z dnia 8 stycznia 2015 r. sygn. akt I SA/Gl 624/14, w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Krakowie z dnia 19 listopada 2015 r. sygn. akt I SA/Kr 1501/15.

W powyższych orzeczeniach wprost analizowano stany faktyczne dotyczące pokrywania kosztów organizacji szkoleń na rzecz członków samorządu organizowanych przez okręgowe izby bądź podmioty trzecie.

Wspólnym dla tych orzeczeń jest wskazanie, iż wzajemność świadczeń eliminuje dane świadczenie w postaci zapewnienia nieodpłatnych w całości czy części ze zbioru świadczeń nieodpłatnych.

Jak podkreślano w przytoczonych wyżej orzeczeniach, „nie można bowiem jednak tracić z pola widzenia postrzegania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jako pewnego rodzaju zbiorowości (korporacji), której najistotniejszym substratem są członkowie tego samorządu. Nie organy (władze) samorządu i nie jego majątek, lecz właśnie członkowie Izby stanowią o sensie i istocie funkcjonowania i istnienia samorządu zawodowego” (wyrok NSA sygn. akt II FSK 1206/15). Odzwierciedleniem tej idei są postanowienia art. 2 ust. 1 i 3 u.s.p.p., zgodnie z którym samorząd reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należywym wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony. Przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa. Z nią wiąże się także obowiązek uiszczania z tego tytułu składki członkowskiej (art. 11 ustęp 2 pkt 4 u.s.p.p.).

Z kolei zgodnie z art. 61 ust. 1 u.z.p.p. pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

W praktyce wykonywanie poszczególnych czynności w zawodzie pielęgniarki zależy od ukończenia kursów i szkoleń w tym zakresie. Przykładowo bez ukończenia poszczególnych kursów specjalistycznych pielęgniarka nie może być dopuszczona do wykonywania pewnych czynności. Aktualne przepisy nakładają zatem obowiązek kształcenia w tym kierunku właśnie poprzez uczestnictwo w kursach i szkoleniach. Dlatego też ustawowym zadaniem OIPiP jest ułatwienie pielęgniarkom sprostania ustawowym wymogom i zdobywania odpowiednich kwalifikacji – w zamian za opłacane przez nie składki członkowskie.

Zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 u.s.p.p. pielęgniarki i położne przynależące do samorządu zawodowego mają prawo korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, który to obowiązek wynika dla nich z art. 61 ust. 1 u.z.p.p. W myśl art. 4 ustępnego 1 pkt 1 u.s.p.p. zadaniami samorządu są w szczególności: sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów. Zadanie to realizowane jest w szczególności przez prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych art. 4 ust. 2 pkt 6 u.s.p.p.

To sprzężenie obowiązków po stronie członków samorządu i samego samorządu stanowi o specyfice, którą to należy wziąć pod uwagę dokonując oceny charakteru świadczeń, jakie mogą występować w relacjach finansowych (materialnych) zachodzących pomiędzy samorządem zawodowym pielęgniarek i położnych a jego członkami. Udzielenie przez samorząd zawodowy świadczenia w postaci umożliwienia uczestniczenia jego członków w szkoleniu stanowi wypełnienie ustawowego obowiązku samorządu sprawowania pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej. Zwrócić należy uwagę na wyraźną korelację pomiędzy tym obowiązkiem samorządu a obowiązkiem uiszczenia składki przez osoby wchodzące w jego skład. Innymi słowy składki, które pielęgniarki i położne opłacają, winny być, chociaż w części spożytkowane na ich doskonalenie zawodowe w celu ułatwienia wypełnienia powinności należytego wykonywania zawodu, w tym przypadku poprzez umożliwienie nieodpłatnego uczestniczenia w różnego rodzaju szkoleniach. „Członkowie samorządu opłacając obowiązkową składkę ponoszą ciężar finansowy, aby umożliwić samorządowi wypełnianie jego ustawowych zadań, m.in. szkolenia jego członków. Przyjęcie korporacyjnych zasad udzielania świadczeń w postaci umożliwienia udziału w bezpłatnych szkoleniach, pod warunkiem regularnego opłacania składki członkowskiej, przeznaczenie środków pochodzących ze składek na finansowanie tych szkoleń i udzielanie w ten sposób świadczeń członkom samorządu stanowi o uwarunkowaniu udzielenia świadczenia, spełnieniem przez członka korporacji innego świadczenia w postaci składki, ze skutkiem dla majątku samorządu” (wyrok NSA sygn. akt II FSK 1206/15).

OIPiP organizując określone szkolenia, ponosząc koszty uczestnictwa w nich również w formie refundacji, poprzez zwrot w całości lub części kosztów, i w ten sposób umożliwiając udział w nich członkom samorządu, z jednej strony spełnia na ich rzecz i w ich interesie określone świadczenie, jednocześnie jednak tym samym wypełnia swój własny ustawowy obowiązek.

Składki członkowskie, stanowiąc zasadnicze, dominujące źródło pozostających w dyspozycji Izby środków finansowych, umożliwiają sfinansowane, m.in. także szkolenia dla członków samorządu zawodowego. Wprawdzie składek tych, pochodzących od konkretnych osób, nie da się już wyodrębnić, przyporządkować i powiązać z konkretnym, zorganizowanym i sfinansowanym ze środków Izby przedsięwzięciem podejmowanym na rzecz przynależących do niej członków, w tym przypadku zorganizowaniem szkolenia, nie zmienia to jednak zasadniczej dla sprawy kwestii, że w istocie rzeczy, to uczestnicy szkolenia faktycznie je dla siebie samych sfinansowali, płacąc regularnie składki, co stanowi o tym, że w sytuacji przedstawionej we wniosku o wydanie interpretacji indywidualnej, w warunkach których dopiero spełnienie uprawnia do korzystania z funduszu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych, nie mamy do czynienia z podlegającym

opodatkowaniu przychodem w postaci nieodpłatnego świadczenia, o którym mowa w art. 10 ust. 1 pkt 9 w związku z art. 11 ust. 1 u.p.d.o.f.

W analizowanym stanie faktycznym przedstawionym w niniejszym wniosku o interpretację nie dochodzi do uzyskania przez pielęgniarki czy położne przychodu z nieodpłatnych świadczeń, jak również przychodu z innych źródeł wymienionych w art. 10 ust. 1 u.p.d.o.f. Samorząd nie ma zatem obowiązku sporządzania dla uczestników kursu informacji PIT- 8C.

W świetle obowiązującego stanu prawnego stanowisko Wnioskodawcy w sprawie oceny prawnej przedstawionego stanu faktycznego oraz zdarzeń przyszłych jest prawidłowe.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 200, z późn. zm.): opodatkowaniu podatkiem dochodowym podlegają wszelkiego rodzaju dochody, z wyjątkiem dochodów wymienionych w art. 21, 52, 52a i 52c oraz dochodów, od których na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej zaniechano poboru podatku.

Z treści powyższego przepisu wynika, że opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają wszelkiego rodzaju dochody uzyskane przez podatnika, z wyjątkiem tych, które zostały enumeratywnie wymienione w katalogu zwolnień przedmiotowych, zawartym w cytowanej ustawie, bądź od których zaniechano poboru podatku.

W myśl art. 11 ust. 1 ww. ustawy: przychodami, z zastrzeżeniem art. 14-15, art. 17 ust. 1 pkt 6, 9 i 10 w zakresie realizacji praw wynikających z pochodnych instrumentów finansowych, art. 19, art. 25b i art. 30f, są otrzymane lub postawione do dyspozycji podatnika w roku kalendarzowym pieniądze i wartości pieniężne oraz wartości otrzymanych świadczeń w naturze i innych nieodpłatnych świadczeń.

Za przychody należy zatem uznać każdą formę przysporzenia majątkowego, zarówno formę pieniężną, jak i niepieniężną, w tym nieodpłatne świadczenia otrzymane przez podatnika. Dla celów podatkowych nieodpłatne świadczenie obejmuje działanie lub zaniechanie na rzecz innej osoby oraz wszystkie zjawiska gospodarcze i zdarzenia prawne, których następstwem jest uzyskanie korzyści kosztem innego podmiotu, lub te wszystkie zdarzenia prawne i gospodarcze w działalności osób, których skutkiem jest nieodpłatne świadczenie, to jest niezwiązane z kosztami lub inną formą ekwiwalentu świadczenie, przysporzenie majątku innej osobie, mające konkretny wymiar finansowy. Należy również podkreślić, że do nieodpłatnych świadczeń nie zalicza się świadczeń mających formę pieniężną, w tym również świadczeń w postaci refundacji kosztów.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 9 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych – jednym ze źródeł przychodów są inne źródła.

Stosownie do treści art. 20 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych: za przychody z innych źródeł, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 9, uważa się w szczególności: kwoty wypłacone po śmierci członka otwartego funduszu emerytalnego wskazanej przez niego osobie lub członkowi jego najbliższej rodziny, w rozumieniu przepisów o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych, kwoty uzyskane z tytułu zwrotu z indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego oraz wypłaty z indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego, w tym także dokonane na rzecz osoby uprawnionej na wypadek śmierci oszczędzającego, zasiłki pieniężne z ubezpieczenia społecznego, alimenty, stypendia, dotacje (subwencje) inne niż wymienione w art. 14, dopłaty, nagrody i inne nieodpłatne świadczenia nienależące do przychodów określonych w art. 12-14 i art. 17.

Użyte w tym przepisie sformułowanie „w szczególności” oznacza, że przepis zawiera tylko przykładowe wyliczenie przychodów, co oznacza, że przysporzenia majątkowe, nie zaliczane do pozostałych źródeł przychodów stanowią przychody objęte tym przepisem.

Stosownie do art. 42a ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych: osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, osoby prawne i ich jednostki organizacyjne oraz jednostki organizacyjne niemające osobowości prawnej, które dokonują wypłaty należności lub świadczeń, o których mowa w art. 20 ust. 1, z wyjątkiem dochodów (przychodów) wymienionych w art. 21, art. 52, art. 52a i art. 52c oraz dochodów, od których na podstawie przepisów Ordynacji podatkowej zaniechano poboru podatku, od których nie są obowiązane pobierać zaliczki na podatek lub zryczałtowanego podatku dochodowego, są obowiązane sporządzić informację według ustalonego wzoru o wysokości przychodów i w terminie do końca lutego następnego roku podatkowego, z zastrzeżeniem art. 45ba ust. 4, przesłać ją podatnikowi oraz urzędowi skarbowemu, przy pomocy którego naczelnik urzędu skarbowego właściwy według miejsca zamieszkania podatnika wykonuje swoje zadania, a w przypadku podatników, o których mowa w art. 3 ust. 2a, urzędowi skarbowemu, przy pomocy którego naczelnik urzędu skarbowego właściwy w sprawach opodatkowania osób zagranicznych wykonuje swoje zadania.

Z przedstawionego opisu sprawy wynika, że Wnioskodawca – Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu (dalej również: Izba) jest jednostką organizacyjną samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, posiadającą osobowość prawną. Z przynależnością do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych powiązany jest obowiązek opłacania przez pielęgniarki i położne składki członkowskiej na rzecz Izby. Obowiązek ten wynika z przepisu z art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 lutego 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, zgodnie z którym członkowie samorządu są obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską. Składka ta opłacana jest comiesięcznie, w wysokości określonej w uchwale VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału. Ponadto na mocy przepisu z art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca nałożył na pielęgniarki i położne obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Korelatem tego obowiązku jest uprawnienie członków samorządu do korzystania z pomocy okręgowych izb pielęgniarek i położnych w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu. Obowiązek pomocy i pieczy nad członkami samorządu w zakresie uczestnictwa w formach doszkalania zawodowego wynika z nakazu sprawowania pieczy nad należytych wykonywaniem zawodów pielęgniarki i położnej w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony przez wykonanie zadania ustawowego: prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w warunkach prawidłowego zarządzania majątkiem własnym (pochodzącym w znacznej części ze składek członków), przez przeznaczenie jego części na finansowanie kursów szkoleniowych. Jak wskazał Wnioskodawca, formy tego finansowania mogą być różnorakie: (i) uczestnictwo w nieodpłatnych różnych formach kształcenia podyplomowego (np. szkolenia, specjalizacje, kursy – dalej: szkolenia), organizowanych przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych, (ii) dofinansowanie do tych szkoleń organizowanych przez podmioty trzecie, które są finansowane w całości lub części przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych (odpłatność bezpośrednio następuje na rzecz organizatora danej formy kształcenia podyplomowego, przy czym w przypadku finansowania w części pozostałą kwotę dopłaca sam uczestnik), czy (iii) refundacja przez zwrot całości lub części kosztów poniesionych przez członka samorządu z tytułu opłat za uczestnictwo w kursie, na jego rachunek, po wykazaniu ukończenia danej formy kształcenia i poniesienia z tego tytułu odpowiednich kosztów, udokumentowanych fakturami. Wnioskodawca zaznaczył, że koszty organizowanych, czy refundowanych szkoleń są pokrywane ze środków organu samorządu zawodowego, pochodzących ze składek członkowskich. Podstawowym warunkiem korzystania z pomocy w zakresie rozwijania kwalifikacji zawodowych jest regularne opłacanie składki członkowskiej oraz brak wymagalnych zobowiązań w stosunku do organu samorządu zawodowego. Powyższe zasady regulują wewnętrzne akty samorządu zawodowego.

Przenosząc powyższe na grunt rozpatrywanej sprawy, należy stwierdzić, że zgodnie z ustawą z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038, z późn.

zm.) – przynależność pielęgniarek i położnych do samorządu jest obowiązkowa (art. 2 ust. 3), zaś członkowie tego samorządu są co do zasady obowiązani regularnie opłacać składkę członkowską (art. 11 ust. 2 pkt 4). Ponadto z tytułu przynależności do samorządu jego członkowie mają prawo do korzystania z pomocy Izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz właściwych warunków wykonywania zawodu (art. 11 ust. 1 pkt 2). Natomiast zadaniem samorządu jest m.in. sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodów, ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy czy edukacja zdrowotna, zaś zadania te samorząd wykonuje np. przez prowadzenie kształcenia podyplomowego, prowadzenie działalności edukacyjnej, naukowej lub badawczej (art. 4 ust. 1 i ust. 2).

Z kolei, w myśl art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r., poz. 123): pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego.

W praktyce okręgowe izby pielęgniarek i położnych organizują różnego rodzaju szkolenia, kursy, studia podyplomowe itp., przy czym, w zależności od sytuacji, są to formy podnoszenia kwalifikacji zawodowych przeprowadzane bezpośrednio przez samorząd, jak i za pośrednictwem innych podmiotów. Pielęgniarki i położne, po spełnieniu określonych regulaminem warunków, mogą uczestniczyć w ww. szkoleniach bezpłatnie, bądź uzyskać całkowitą albo częściową refundację.

Mając na uwadze przedstawiony we wniosku opis sprawy oraz powołane przepisy prawa, należy stwierdzić, że w sytuacji, gdy ekonomiczny ciężar szkoleń ponosi samorząd, ale w praktyce środki te pochodzą ze składek członkowskich opłacanych przez pielęgniarki i położne, po stronie uczestników szkoleń czy innych form doksztalcenia nie powstaje przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Powyższe oznacza, że po stronie Izby nie wystąpią obowiązki płatnika.

Reasumując – wobec nałożonych ustawowo obowiązków podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez członków tego samorządu, realizowanie tego obowiązku przez uczestnictwo w kursie szkoleniowym:

- 1) organizowanym przez organ samorządu zawodowego ze środków własnych, czyli *de facto* ze składek członków samorządu, w realizacji również ustawowego nakazu pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, jeżeli prawo uczestniczenia w tym szkoleniu przysługuje tylko po uprzednim opłaceniu składek członkowskich,
- 2) który finansowany jest przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego przez Wnioskodawcę) ze środków własnych, czyli *de facto* ze składek członków samorządu, w realizacji również ustawowego nakazu pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, jeżeli prawo do uczestniczenia w tym kursie nieodpłatnie (bądź za częściową odpłatnością – pozostałą kwotę wpłaca Wnioskodawca) przysługuje tylko po uprzednim opłaceniu składek członkowskich,
- 3) którego koszty są refundowane przez organ samorządu zawodowego (szkolenie zakupione u podmiotu trzeciego przez członka samorządu) ze środków własnych, czyli *de facto* ze składek członków samorządu, w realizacji również ustawowego nakazu pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, jeżeli prawo do refundacji kosztów tej formy kształcenia podyplomowego w całości (bądź w części) przysługuje tylko po uprzednim opłaceniu składek członkowskich

nie powoduje po stronie uczestniczących w tych kursach osób powstania przychodu w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Jednocześnie Wnioskodawca nie jest zobowiązany do wystawienia informacji PIT-8C dla uczestników kursu (pielęgniarek lub położnych).

Ponadto należy wskazać, że powołane w treści wniosku orzeczenia sądów administracyjnych nie mogą wpłynąć na ocenę prawidłowości niniejszej kwestii. Nie negując tych orzeczeń, jako cennego źródła w zakresie wskazywania kierunków wykładni norm prawa podatkowego, należy stwierdzić, że – zdaniem Organu – tezy badanych rozstrzygnięć nie mają zastosowania w tym postępowaniu.

Zgodnie z art. 14na Ordynacji podatkowej przepisów art. 14k–14n nie stosuje się, jeżeli stan faktyczny lub zdarzenie przyszłe będące przedmiotem interpretacji indywidualnej stanowi element czynności będących przedmiotem decyzji wydanej:

- 1) z zastosowaniem art. 119a;
- 2) w związku z wystąpieniem nadużycia prawa, o którym mowa w art. 5 ust. 5 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług.

Interpretacja dotyczy:

- zaistniałego stanu faktycznego przedstawionego przez Wnioskodawcę i stanu prawnego obowiązującego w dacie zaistnienia zdarzenia,
- zdarzeń przyszłych przedstawionych przez Wnioskodawcę i stanu prawnego obowiązującego w dniu wydania interpretacji.

Stronie przysługuje prawo do wniesienia skargi na niniejszą interpretację przepisów prawa podatkowego z powodu jej niezgodności z prawem. Skargę wnosi się do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego we Wrocławiu, ul. Św. Mikołaja 78-79, 50-126 Wrocław w dwóch egzemplarzach (art. 47 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi – Dz. U. z 2017 r., poz. 1369, z późn. zm.) w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu rozstrzygnięcia w sprawie albo aktu, o którym mowa w art. 3 § 2 pkt 4a (art. 53 § 1 ww. ustawy).

Jednocześnie, zgodnie z art. 57a ww. ustawy, skarga na pisemną interpretację przepisów prawa podatkowego wydaną w indywidualnej sprawie, opinię zabezpieczającą i odmowę wydania opinii zabezpieczającej może być oparta wyłącznie na zarzucie naruszenia przepisów postępowania, dopuszczeniu się błędu wykładni lub niewłaściwej oceny co do zastosowania przepisu prawa materialnego. Sąd administracyjny jest związany zarzutami skargi oraz powołaną podstawą prawną.

Skargę wnosi się za pośrednictwem organu, którego działanie, bezczynność lub przewlekłe prowadzenie postępowania jest przedmiotem skargi (art. 54 § 1 ww. ustawy), na adres: Krajowa Informacja Skarbowa, ul. Teodora Sixta 17, 43-300 Bielsko-Biała.

Z up. Dyrektora
Krajowej Informacji Skarbowej
Urszula Marcinowska
Zastępca Dyrektora
Krajowej Informacji Skarbowej
kierujący Delegaturą w Lesznie
Elektronicznie podpisana
przez Urszula Marcinowska
Data: 2018.04.04 09:58:05
+02'00'
Pismo zostało wydane
w formie dokumentu elektronicznego
przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego
Szefa Krajowej Administracji Skarbowej
i podpisane kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

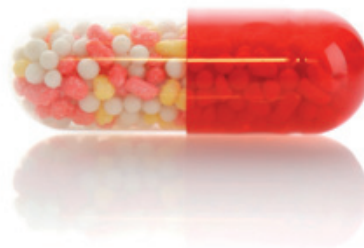
- Otrzymują:
- 1) adresat;
 - 2) Naczelnik Pierwszego Urzędu Skarbowego w Wałbrzychu;
 - 3) Naczelnik Dolnośląskiego Urzędu Celno-Skarbowego we Wrocławiu;
 - 4) aa.

BÓL (część III)

mgr pielęgniarstwa Katarzyna Leksowska-Osińska
specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

„Ból fizyczny ma w sobie to dobrego, że jeśli przekroczy pewną granicę, zabija. Ból psychiczny, kiedy boli nas serce, zabija nas codziennie od nowa, jednak ciągle żyjemy.

Paulo Coelho



JAKIE LEKI STOSOWAĆ W LECZENIU BÓLU?

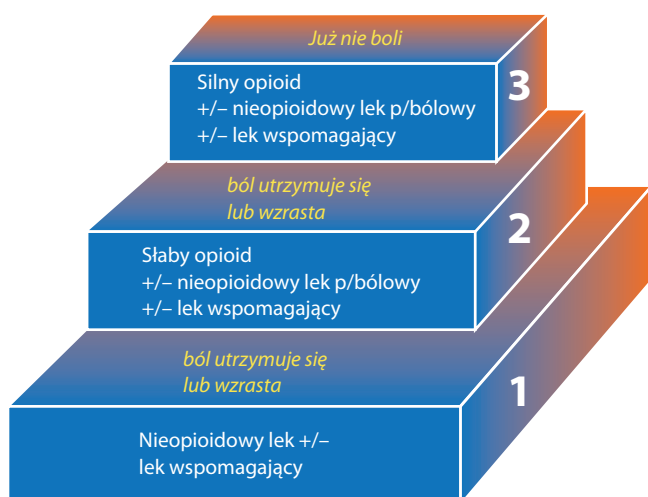
Drabina analgetyczna WHO – usystematyzowała ona stosownie leków p/bólowych zgodnie poziomem odczuwanego ból, ten trzystopniowy podział powstał w 1986 r. i chociaż ma pewne ograniczenia to przyjętą się w światowej medycynie, wybór poszczególnych stopni zależy od zmieniającego się natężenia bólu i działań niepożądanych leków, strategia postępowania zgodna z drabiną analgetyczną WHO powinna być standardem w leczeniu bólu przewlekłego, jest również punktem wyjścia do leczenia bólu ostrego, pozwala ona na uzyskanie satysfakcjonujących wyników leczenia bólu przewlekłego u 80–90% chorych, lek p/bólowy powinien być wybrany na podstawie wstępnego badania chorego, a jego dawka powinna być dostosowywana i regularnie weryfikowana w zależności od aktualnego stanu klinicznego, wybór terapii powinien zależeć od natężenia, rodzaju oraz przyczyny bólu, siła analgetyku powinna być dostosowana do natężenia bólu, rodzaj i przyczyna bólu powinna mieć wpływ na wybór leku wspomagającego, jeżeli pomimo stosowania leczenia farmakologicznego natężenie bólu nie maleje, należy przejść do następnego (wyższego) stopnia drabiny, nie należy przepisywać innego analgetyku o tej samej sile działania, drabina analgetyczna WHO składa się z trzech stopni, z których każdy uzupełniany może być lekami adjuwantowymi. Skuteczność działania analgetyku zależy zarówno od indywidualnych cech organizmu chorego jak i rodzaju bólu, leki opioidowe są w stanie zwalczyć prawie każdy rodzaj bólu, chociaż w przypadku bólu neuropatycznego może to być odpowiedź niewystarczająca.

I szczebel drabiny analgetycznej

– analgetyki nieopiodowe – w terapii p/bólowej stosuje się powszechnie nieopiodowe leki przeciwbólowe (NLP) z różnych grup, zarówno w leczeniu bólu ostrego jak i przewlekłych zespół bólowych, ich zastosowanie jako leków wspomagających terapię opioidami pozwala zredukować dawkę opioidu o ok. 30–50%, czego bezpośrednim następstwem jest zmniejszenie występowania objawów niepożądanych związanych ze stosowaniem opioidów (senności, nudności, wymiotów, zawrotów głowy), ponadto nie powodują depresji ośrodka oddechowego, sedacji, nie spowalniają perystaltyki przewodu pokarmowego, nie upośledzają funkcji pęcherza moczowego. Badania dotyczące porównania skuteczności NLP nie wykazały wyraźnej przewagi jakiegokolwiek preparatu nad pozostałymi, przy wyborze leku nieopiodowego należy rozważyć przewagę korzyści nad ryzykiem dla każdego chorego, poszczególne leki różnią się działaniami niepożądanymi, leki te wykazują efekt pułapowy

a) niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) – należą obok antybiotyków do najczęściej stosowanych leków, mechanizm ich działania związany jest przede wszystkim z zahamowaniem syntezy prostaglandyn pośredniczących w rozwoju odczynu zapalnego, hamują wytwarzanie i wydzielanie prostaglandyn przez oddziaływanie na cyklooxygenazę (COX), która występuje w organizmie w kilku postaciach spełniając różne role z czym związane są skuteczność przeciwbólowa i działania uboczne NLPZ. Cyklooksygenaza 1 (COX – 1) występuje w organizmie w warunkach fizjologicznych i pełni rolę cytoprotekcyjną w stosunku do komórek przewodu pokarmowego, wpływa korzystnie na przepływ krwi w nerkach i reguluje funkcje płytek krwi, COX-2 – jest odpowiedzialna za powstawanie prostaglandyn indukujących wzrost przepuszczalności naczyń, obrzęk i ból, odkryto również w 2002 r. białko, które nazwano COX-3, które jest odmianą COX-1 i występuje głównie w strukturach OUN – jej rola nie jest do końca poznana. Większość NLPZ hamuje obie formy COX – za działania niepożądane odpowiedzialne jest głównie hamowanie aktywności COX-1, natomiast efekt p/bólowe to rezultat hamowania COX-2. W związku nieco odmiennymi mechanizmami działania poszczególnych grup NLPZ dzieli się je na trzy grupy:

- * klasyczne NLPZ – hamują zarówno COX-1 jak i COX-2 dlatego odznaczają się stosunkowo największą liczbą działań niepożądanych, należą tu: ibuprofen, ketoprofen, indometacyna diklofenak, kwas acetylosalicylowy,
- * preferencyjne inhibitory COX-2 – prowadzono do leczenia w celu zmniejszenia częstości występowania dzia-



łań niepożądanych związanych z hamowaniem COX-1, hamują one działanie COX-2 oddziałując na COX-1 w niewielkim stopniu, należą tu: meloksykam nimezulid,

* wybiórcze inhibitory COX-2 – obecnie wprowadzane do praktyki klinicznej coraz szerzej, hamują COX-2 ok. 100-krotnie silniej niż COX-1: celekoksyb.

Duży wybór NLPZ pozwala na dobranie odpowiedniego leku dla każdego pacjenta i rodzaju bólu, obecnie uważa się, że skuteczność leku można cenić dopiero po zastosowaniu leku, dlatego konieczne jest staranne zebranie wywiadu z pacjentem w zakresie zażywanych w przeszłości leków z tej grupy, ich efektywności, tolerancji objawów niepożądanych, należy jednak wyraźnie podkreślić, że łączne podawanie dwóch NLPZ jest błędem, gdyż wątpliwe jest uzyskanie większej skuteczności terapeutycznej, natomiast na pewno zwiększa się ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, w przypadku nieskuteczności przeciwbólowej celowe jest kojarzenie NLPZ z paracetamolem, metamizolem i/lub opioidem,

b) nieopiodowe leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe
* metamizol (Pyralgin) – mechanizm działania przeciwbólowego metamizolu różni się w istotnym stopniu od leków z grupy NLPZ, jest on „słabym” inhibitorem COX-1, hamuje przede wszystkim COX-2 i COX-3, ponadto za jego przeciwbólowe działanie odpowiada prawdopodobnie także indukowanie efektu przeciwbólowego w drogach zstępujących przewodzących ból oraz wygaszanie aktywności nocycceptorów znajdujących się w tkankach obwodowych, dodatkowo mamy też do czynienia z działaniem spazmolitycznym tego leku, metamizol podany dożylnie jest skuteczny w uśmierzaniu bólu o umiarkowanym natężeniu, bardzo przydatny jako lek dodatkowy, interwencyjny szczególnie w bólach kolkowych, przebijających,

* acetaminofen (Paracetamol) – należy do NPL o działaniu przeciwgorączkowym, stosowany np. w ostrym bólu o umiarkowanym nasileniu, jest lekiem bezpiecznym, stężenie toksyczne jest 6–10-krotnie większe od poziomu terapeutycznego, a połączenie go z NLPZ, opioidami istotnie zwiększa skuteczność, mechanizm działania paracetamolu nie jest dobrze poznany, prawdopodobnie jest to mechanizm ośrodkowy, działa analgetycznie i przeciwgorączkowo, jest prawdopodobnie odpowiedzialny za hamowanie hiperalgezji spowodowanej wydzielaniem substancji P, dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego, prawie cały metabolizowany jest w wątrobie, nie drażni błony śluzowej żołądka, nie powoduje uszkodzenia nerek, nie ma właściwości antyagregacyjnych (może być stosowany z antykoagulantami), ponieważ nie ma działania p/zapalnego nie jest wskazany w zespołach bólowych z komponentą zapalną, może wykazywać działanie hepatotoksyczne szczególnie w skojarzeniu z alkoholem, niedoborami witamin i niektórymi lekami (głównie barbiturany).

METAMIZOL I ACETAMINOFEN NIE NALEŻĄ DO NLPZ!!!!!!

Działania niepożądane NPL:

– przewód pokarmowy – NLPZ jako słabe kwasy mogą bezpośrednio uszkadzać błonę śluzową żołądka, poprzez za-

hamowanie wytwarzania prostaglandyn uszkadzają naturalną barierę ochronną powodując powstawanie nadżerek w śluzówce żołądka, proces ten jest nasilany przez zmniejszenie wydzielania śluzu i wodorowęglanów oraz zwiększenie sekrecji kwasu solnego, ponadto leki tej grupy mogą być przyczyną dyspepsji, nudności, biegunek, czasem prowadzą do uporczywych krwawień z przewodu pokarmowego, stosowanie NLPZ parenteralnie nie zwiększa efektu analgetycznego ani nie zmniejsza występowania objawów niepożądanych, zdecydowanie rzadziej stwierdza się działania niepożądane w przypadku metamizolu i paracetamolu, zapobieganie działaniom niepożądanym polega przede wszystkim na podawaniu NLPZ w połączeniu z lekami chroniącymi błonę śluzową żołądka (inhibitory pompy protonowej – omeprazol).

– oddziaływanie na układ krążenia – inhibitory COX-2 mogą zwiększać ryzyko występowania powikłań zakrzepowo-zatorowych, u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym u których zastosowano NLPZ dwukrotnie zwiększa się ryzyko zastoinowej niewydolności krążenia, ryzyko niewydolności krążenia wzrasta również u pacjentów starszych, stosujących łącznie NLPZ i diuretyki (zwłaszcza tiazydę), u chorych z nadciśnieniem tętniczym obserwuje się często po zastosowaniu NLPZ wzrost ciśnienia rozkurczowego co w istotnym stopniu zwiększa ryzyko zawału i udaru,

– wpływ na hemostazę i układ krwiotwórczy – NLPZ działają antagregacyjnie na płytki krwi, zwiększa się ryzyko krwawień, wydłuża czas krwawienia, nie powinny być stosowane u chorych z zaburzeniami hemostazy, w okresie pooperacyjnym po zabiegach neurochirurgicznych (zwiększone ryzyko krwawienia do zamkniętej, sztywnej przestrzeni), niektóre NLPZ mogą powodować trombocytopenię i agranulocytozę, metamizol i paracetamol są pod tym względem dość bezpieczne,

– oddziaływanie na nerki – podawanie NLPZ w sytuacji zmniejszonego przepływu krwi przez nerki (stres, hipowolemia, chorzy w podeszłym wieku, z niewydolnością nerek) zwiększa ryzyko upośledzenia tego narządu, obrzęki spowodowane retencją wody i sodu, w skrajnych wypadkach niewydolność nerek,

– oddziaływanie na układ oddechowy – u 8–20% chorych przyjmujących kwas acetylosalicylowy lub inne NLPZ występują napady astmy oskrzelowej, część leków może powodować nadwrażliwość krzyżową,

– oddziaływanie na OUN – u chorych stosujących NLPZ mogą wystąpić zawroty głowy, zmiany nastroju i zdolności percepcji (szczególnie u osób starszych),

– działanie hepatotoksyczne – NLPZ nie uszkadzają wątroby, działanie takie wykazuje w określonych warunkach paracetamol,

– działanie na płód – NLPZ działają teratogenicznie w I trymestrze ciąży, nie powinny być również stosowane w III trymestrze z uwagi na ryzyko indukowania przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego płodu,

– śmiertelność – „szacunkowa” śmiertelność (oceniana jako następstwo wystąpienia objawów niepożądanych) wynosi dla paracetamolu 20, a dla metamizolu 25/100mln pacjentów, dla NLPZ jest istotnie wyższa (np. dla kwasu acetylosalicylowego wynosi 185/100mln chorych), wskaźnik śmiertelności dla wszystkich chorych przyjmujących NLPZ 0,22%.

II szczebel drabiny analgetycznej – słabe leki opioidowe.

III szczebel drabiny analgetycznej – silne opioidy.

– opioidowe leki przeciwbólowe – należą do podstawowych leków stosowanych w terapii zarówno bólu ostrego jak i przewlekłego, z uwagi na siłę działania przeciwbólowego opioidy dzieli się na „słabe” i „silne” i podział ten jest szczególnie użyteczny dla praktyki klinicznej. Dzieli się je również na: agonistów receptora opioidowego – leki o działaniu morfinopodobnym łączące się z receptorem opioidowym i powodujące reakcję, i antagonistów receptora opioidowego – leki łączące się z receptorem opioidowym i blokujące działanie agonistów opioidowych/receptorów opioidowych. Drogi podania opioidów: doustnie, domięśniowo, podskórnie (względny stosunek siły działania morfiny doustnej do podskórnej wynosi około 1:2 – morfina doustna jest dwukrotnie słabsza), dożylnie (względny stosunek siły działania doustnej do dożylnej morfiny wynosi około 1:3), podjęzykowo, dopoliczkowo, doodbytniczo (biodostępność oraz czas działania morfiny podawanej drogą doodbytniczą i doustną są takie same, względny stosunek siły działania morfiny doustnej do doodbytniczej wynosi 1:1), dopochwowo, wziewnie, transdermalnie, ośrodkowo.

a) „słabe” opioidy:

- kodeina – jest alkaloidem występującym w opium, jest agonistą receptora mi 10-krotnie słabszym niż morfina, łatwo wchłania się z przewodu pokarmowego, jest metabolizowana w wątrobie, ok. 10% kodeiny ulega przemianowi w morfinę i prawdopodobnie ta część jest odpowiedzialna za działanie analgetyczne leku, w dawkach terapeutycznych nie hamuje ośrodka oddechowego i nie powoduje uzależnienia, stosowana jest niemal wyłącznie doustnie lub doodbytniczo, początek działania występuje po 15–30 min, maksymalne stężenie po podaniu doustnym osiąga po 45 min., czas działania wynosi ok. 3–4 godziny, dawka dobową nie powinna przekraczać 500 mg (6x60mg+dawkę interwencyjną) gdyż nie zwiększa to jej działania przeciwbólowego (efekt pułapowy), można ją stosować łącznie z paracetamolem i/lub NLPZ, kodeina daje objawy niepożądane, do których należą: nudności, wymioty, bóle nadbrzusza, stany skurczowe dróg żółciowych, zaparcia występują u wszystkich chorych leczonych większymi dawkami i powinny być zwalczane od chwili rozpoczęcia leczenia tym lekiem,

- dihydrokodeina (DHC) – jest pochodną kodeiny, powstającą przez uwodornienie głównego łańcucha kodeiny, metabolizm jej jest podobny do kodeiny, lek dostępny jest w formie tabletek o kontrolowanym uwalnianiu,

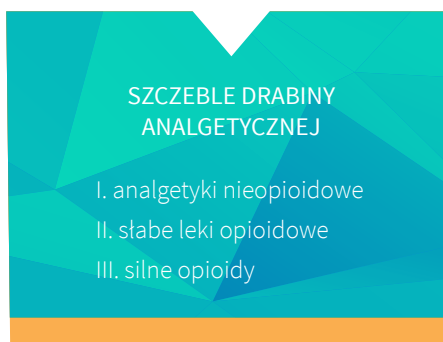
- tramadol – jest lekiem przeciwbólowym o unikalnym mechanizmie działania, wywołuje bowiem analgezję zarówno poprzez agonistyczne działanie

na receptory opioidowe mi zlokalizowane w OUN jak i aktywację zstępującego układu antynocycetywnego, w zależności od formy preparatu początek działania następuje po 20–40 min., uzyskuje stężenie maksymalne w surowicy po 1–2 godzinach, dawka całkowita nie powinna przekraczać 400 mg, choć dla bólu nowotworowego o bardzo dużym nasileniu można ją zwiększyć do 600 mg (6x 100 mg), można go kojarzyć z paracetamolem i NLPZ, podaje się go drogą doustną (krople – 20 kr. = 50 mg), dożylną, doodbytniczą; podwójny, synergistyczny mechanizm działania tramadolu sprawia, że przy porównywalnym efekcie analgetycznym częstotliwość powodowania zapań jest znacznie niższa (ok. 40%) niż w przypadku morfiny, objawy uboczne stosowania tramadolu to: poty, nudności, wymioty, czasami lekkie splątanie (zwłaszcza na początku leczenia), zazwyczaj ustępują samoistnie po 2–3 dniach leczenia,

b) „silne” opioidy:

- morfina – jest czystym agonistą receptora opioidowego mi, czego następstwem jest liniowa zależność między podaną dawką a efektem przeciwbólowym, działa średnio przez okres 4 godzin, uśmierza skutecznie ból szczególnie o tępy charakterze, mniej skuteczna w bólu nagłym, przyszywającym; wywołuje dobry nastrój, euforię (rzadziej dysfurię), jednocześnie obniża zdolność koncentracji i zwalnia procesy myślowe, działa depresyjnie na ośrodek oddechowy zmniejszając częstość oddychania (aż do bezdechu), powoduje też depresję ośrodka kaszlu, pobudza jądra parasympatyczne nerwu okoruchowego (zwięźnienie źrenic – źrenice szpilkowate), pobudza również strefę chemoreceptorową, czego następstwem są nudności i wymioty, ponadto powoduje uwolnienie histaminy (świąd skóry), wzmacnia napięcie śluzówki przewodu pokarmowego, zwłaszcza zwieraczy (osłabia

natomiast perystaltykę), wzmacnia napięcie zwieracza pęcherza moczowego; morfinę stosuje się we wszystkich postaciach jednak jej słabe wchłanianie z przewodu pokarmowego wymaga stosowania dawek 3-krotnie wyższych w porównaniu z podaniem parenteralnym dla uzyskania równoważnego efektu analgetycznego, przedawkowanie morfiny manifestuje się wolnym oddechem, zaburzeniami świadomości, obniżeniem RR, należy podkreślić że ból jest naturalnym antagonistą tych niepożądanych objawów i do pewnego stopnia symptomy przedawkowania, należy pamiętać, że długotrwałe stosowanie morfiny u chorych z bólem przewlekłym prowadzi do rozwoju tolerancji, natomiast prawie nigdy nie prowadzi do uzależnienia, morfinę stosuje się zarówno w bólu ostrym jak i przewlekłym. Przeciwwskazaniem jest rozwinięty zespół przewlekłego zapalenia oskrzeli, urazy czaszki, nietolerancja leku. Powinna być stosowana do leczenia bólu silnego, umiarkowa-



nych tylko wtedy gdy leczenie lekiem z grupy słabych opioidów przestaje być skuteczne, początek działania po podaniu doustnym obserwuje się po upływie 20 min, szczyt po 60 min, czas działania ok. 4 godziny, dla postaci o bezpośrednim uwalnianiu, dla postaci o przedłużonym, kontrolowanym uwalnianiu – początek uwalniania 1–2 godziny, czas działania ok. 12 godzin, w przypadku preparatów o przedłużonym działaniu istnieje konieczność posiadania przez pacjenta leku w postaci zwalczającej bóle przebijające

- butorfanol (nalbufina) – organiczny związek chemiczny, syntetyczny opioidowy lek przeciwbólowy jest agonistą receptorów opioidowych kappa, receptorów sigma oraz częściowym agonistą i antagonistą receptorów opioidowych mi. Działanie analgetyczne butorfanolu jest około 5 razy silniejsze od morfiny z podobnym czasem działania. Butorfanol wykazuje [efekt pułapowy] w depresji oddechowej. Ze względu na agonizm kappa i sigma może powodować efekty dysforyczne, zwiększa pracę serca oraz powoduje wzrost ciśnienia płucnego. Ze względu na tzw. efekt pierwszego przejścia stosowany jest pozajelitowo. Stosowany w bólach migrenowych, w bólach nowotworowych o średnim do dużego natężenia, bólach przy porodzie,

- * petydyna (Dolargan) – agonista receptorów opioidowych μ (86%), a także κ i δ . Wykazuje działanie przeciwbólowe, cholinolityczne, przeciwskurczowe (spazmolityczne). Nie nasila ciśnienia w drogach moczowych i żółciowych. Działa 8–10 razy słabiej i krócej od morfiny, efekt działania następuje szybciej, szczególnie po podaniu domięśniowym. Jest mniej toksyczna niż morfina i nie wywołuje zapań. Długotrwałe używanie prowadzi do silnego uzależnienia fizycznego. Petydyna nie hamuje czynności skurczowej macicy (więc nie wydłuża akcji porodowej), słabo przenika przez łożysko więc może być stosowana w prowadzeniu bezbolesnego porodu. Nie działa przeciwkaszlowo, natomiast wykazuje słabe działanie nasenne. W leczeniu bólów o średnim i dużym nasileniu, np. nowotworowych. Bywa stosowana również w położnictwie. Działa spazmolitycznie, więc można ją stosować w kolkach wątrobowych, nerkowych. Stosowana także w bólach zawałowych. Jest opioidem, którego nie należy stosować w leczeniu bólów przewlekłych!

Niestety, nieznaną właściwość podstawowych niekorzystnych właściwości leku powoduje, że jest on wciąż popularnym analgetykiem stosowanym w zwalczaniu bólów, co sprawia, że podczas gdy nie zapewniona pozostaje właściwa kontrola bólu (2–3 – godzinny czas działania!), chory narażony jest nie tylko na duży dyskomfort (konieczność częstego podawania bolesnych iniekcji domięśniowych), ale i wystąpienie groźnych objawów ubocznych (kumulacja norpetydyny – metabolitu o własnościach neurotoksycznych, posiadającego przewyższający

wielokrotnie długość analgezji czas połowicznej eliminacji),

- * pentazocyna (Fortral) – organiczny związek chemiczny, opioidowy lek przeciwbólowy, pochodna benzomorfanu, stosowana w bólach o nasileniu umiarkowanym. Wykazuje działanie słabsze i krótsze od morfiny, możliwymi skutkami ubocznymi są zaburzenia psychozomimetyczne i dysforia. Wywołuje depresję ośrodka oddechowego, jednak w przeciwieństwie do morfiny działanie to jest ograniczone efektem pułapowym. W odróżnieniu od klasycznych opioidów podnosi ciśnienie tętnicze, nie zwęża źrenic i ma mniejsze działanie kurczące mięśnie gładkie. Pentazocyna wykazuje większe powinowactwo do receptorów opioidowych niż morfina, dlatego u osób przyjmujących inne narkotyczne leki przeciwbólowe może wywoływać zespół abstynencyjny. Oprócz skutków ubocznych występujących przy leczeniu wszystkimi pochodnymi morfiny pentazocyna może powodować także zaburzenia nastroju, halucynacje i depersonalizację. Rzadko prowadzi do uzależnienia,

- * oksykodon – pochodna kodeiny o sile działania porównywalnej z morfiną, działa silniej hamująco na ośrodek oddechowy niż kodeina

- metadon – syntetyczny lek p/bólowy o właściwościach i działaniach niepożądanych podobnych do morfiny, działa p/bólowo jak ona ale jest skuteczniejsza po podaniu doustnym, ma mniejszy potencjał uzależniająca, a powstanie zespołu uzależnienia trwa dłużej, stosowany w leczeniu uzależnienia od heroiny i w zespołach abstynencyjnych,

- * buprenorfina – jest częściowym agonistą receptorów opioidowych, podczas jej stosowania obserwuje się efekt pułapowy (w przeciwieństwie do morfiny), cechuje ją jednak mniejsze ryzyko wystąpienia depresji oddechowej, niskie ryzyko rozwoju tolerancji co powoduje, że znacznie rzadziej niż w przypadku czystych agonistów istnieje konieczność zwiększania dawki, rzadziej również dochodzi do zapań, działa 30-krotnie silniej niż morfina, ale ponieważ jest agonistą częściowym tylko część leku wiąże się z receptorem mi, natomiast powoduje senność, szybko wchłania się z przez błonę śluzową jamy ustnej dlatego jedną z częściej stosowanych postaci są lingwetki często stosowana postać to plastry przezskórne po zastosowaniu buprenorfiny w postaci plastra uwalniającego 35 $\mu\text{g}/\text{godz}$. (odpowiednik ok. 60 mg morfiny doustnej) początek działania leku występuje po ok. 20 godzinach; w przypadku zastosowania wyższych dawek – nieco szybciej. Plaster wymaga wymiany co 3–4 dni,

- fentanyl – określany jest jako czysty agonista receptora mi, podawany dożylnie lub domięśniowo znajduje zastosowanie w leczeniu bólu ostrego i anestezjologii, nie nadaje się do leczenia bólów

przewlekłych (krótki czas działania –ok. 1 godziny), w leczeniu bólów przewlekłych stosowany jest w postaci przezskórnej (TTS – transdermal, therapeutical system), w rzadkich przypadkach bólów trudnych do uśmierzania – w postaci ciągłych wlewów podskórnych, dożylnych, zewnątrzoponowych, w systemie TTS szybkość uwalniania zależy od wielkości plastra (powierzchni przylegania do skóry), jednoczesne naklejenie kilku plastrów powoduje sumowanie się dawek. Dla celów praktycznych można przyjąć, że stężenie terapeutyczne fentanylu jest uzyskiwane w czasie 12 godzin od przyklejenia pierwszego plastra, efektu analgetycznego należy oczekiwać dopiero po tym czasie, oznacza to konieczność podawania innego analgetyku aż do chwili uzyskania pełnego stężenia fentanylu we krwi. Stały poziom fentanylu w surowicy osiągany jest po upływie 36–48 godzin, a do tego czasu chory powinien mieć możliwość przyjmowania dowolnej liczby dawek morfiny o bezpośrednim uwalnianiu (tzw. dawek ratujących). Czas przechodzenia przez warstwy naskórka zależy od właściwości naskórka i jest różny dla różnych chorych a nawet u tego samego chorego w zależności od miejsca przyklejenia i stanu naskórka, stąd zalecenia, aby plastry przyklejać na skórę suchą, bez cech zapalenia, zaczerwienienia, nie napromienianą, nie owłosioną (ewentualne włosy należy przycinać nie golić – podrażnienie naskórka), wchłanianie leku może też ulegać niekontrolowanemu przyspieszeniu w czasie ogrzewania skóry (np. termoforem, w czasie gorącej kąpieli – należy tego unikać). Plastry zmienia się co trzy dni przyklejając kolejne w innych miejscach by uniknąć podrażnienia skóry wywołanego klejem. Fentanyl w mniejszym stopniu niż morfina powoduje zaparcia i prawdopodobnie rzadziej nudności i wymioty. Droga przezskórna jest chętnie akceptowana przez chorych, stosowanie leków nie sprawia kłopotów i jest alternatywą u chorych z trudnościami z przełykaniem. Dawki dobierane są indywidualnie, odpowiednio do zapotrzebowania chorego, korekta dawki plastra powinna być dokonywana odstępach 3-dniowych. Po usunięciu plastra część leku pozostaje zmagazynowana w w skórze, w ciągu średnio 16 godzin (od 13 do 22) jego poziom obniża się stopniowo do ok. 50%, przy podawaniu w tym czasie innych opioidów wymagana jest szczególna ostrożność,

* remifentanyl – wybiórczy agonista receptora opioidowego μ . Działanie przeciwbólowe pojawia się szybko (1–3 min) i jest krótkotrwałe. Ustąpienie działania następuje szybko (zwykle 5–10 min) i nie zależy od czasu trwania wlewu.

OBJAWY UBOCZNE STOSOWANIA OPIOIDÓW:

– zaparcia – są najczęstszym działaniem niepożądanym przewlekłego stosowania opioidów. Działają one hamująco na perystaltykę jelit i zwiększają napięcie zwieracza wewnętrznego odbytu, fentanyl powoduje znacznie mniej zaparc w porównaniu do morfiny o przedłużonym działaniu podawa-

nej doustnie, na podstawie wyników badań nieeksperymentalnych za najlepszą profilaktykę zaparc uważa się kombinację środków zmiękczających stolec z preparatami pobudzającymi wydzielanie i perystaltykę jelit,

– nudności i wymioty – występują u ok. 30–60% chorych po raz pierwszy zażywających opioidy, objawy te ustępują zwykle po 5–10 dniach, ze względu na wysokie ryzyko wystąpienia nudności i wymiotów w okresie kilku pierwszych dni terapii, wskazane jest profilaktyczne podawanie metoklopramidu w dawce 30–60mg/d (w razie potrzeby łącznie z haloperidolem od dawki 1,5 mg/d) u wszystkich pacjentów, przynajmniej przez okres tygodnia, skuteczne są leki z grupy antagonistów receptorów dopaminowych (metoklopramid 3×10 mg) lub małe dawki haloperidolu (1,5 mg/noc), jeśli nudności i/lub wymioty utrzymują się leki p/bólowe i p/wymiotne powinny być podawane drogą pozajelitową do czasu ustąpienia objawów, obok leku przeciwbólowego (morfina lub tramadol) możliwe jest podskórne podawanie przygotowanych w jednej strzykawce takich leków, jak metoklopramid, haloperidol, lewomepromazyna, buskolizyna, skopolamina i midazolam,

– senność – może wystąpić w ciągu kilku pierwszych dni regularnego przyjmowania opioidów oraz po każdym zwiększeniu dawki, zażywanie leków działających na OUN pogłębia efekt sedatywny, pacjentów należy uprzedzić o możliwości wystąpienia senności i związanym z tym przeciwwskazaniem do prowadzenia pojazdów lub obsługi urządzeń mechanicznych, należy ograniczyć podawanie innych leków których objawem ubocznym jest senność, fentanyl wywołuje mniejszą senność w porównaniu z preparatami morfiny o przedłużonym działaniu podawanymi doustnie,

– suchość w jamie ustnej – często towarzyszy długotrwałemu przyjmowaniu opioidów, należy chorych zachęcać do częstego popijania chłodnej w wody małymi łykami (sączenie), żucia gumy, ssania kostek lodu, cząstek mrożonego ananasa, należy szczególną uwagę zwrócić na higienę jamy ustnej pacjenta,

– do rzadziej występujących objawów niepożądanych stosowania opioidów należą: niedociśnienie, depresja układu oddechowego, splątanie, zaburzenia koncentracji, trudności w oddawaniu moczu, świąd.

Leki adjuwantowe (koanalgetyki, leki wspomagające) wykorzystywane w terapii bólu – droga do optymalizacji leczenia p/bólowego polega na wyznaczeniu optymalnej kombinacji skutecznych, dostępnych leków, poznania mechanizmów generowania bólu na podstawie analizy skuteczności stosowanych leków oraz zastosowania leków o innych mechanizmach działania, leczenie wspomagające może być stosowane na każdym szczeblu drabiny analgetycznej, w metodzie tej wykorzystywane są efekty działania p/bólowego leków które takiego działania zasadniczo nie posiadają. Leki te mogą być stosowane w połączeniu z opioidami, dzięki synergistycznemu działaniu p/bólowemu możliwe jest wzmocnienie działania p/bólowego przy zmniejszonej dawce opioidu i zmniejszenie ryzyka wystąpienia objawów niepożądanych. Za koanalgetyki uważa się również środki stosowane profilaktycznie w celu zapobieżenia działaniom niepożądanym analgetyków (np. leki przeciwwymiotne i przeczyszczające w uzupełnieniu terapii opioidowej, inhibitor pompy protono-

wej u chorych leczonych NLPZ i steroidami). Do leków adjuwanowych zalicza się:

a) leki p/depresyjne (amitryptylina, kłomipramina, imipramina, doksepina, mianseryna, fluoksetyna, paroksetyna) – główne wskazania to przewlekły ból nowotworowy, poli-neuropatia cukrzycowa, bóle fantomowe, leki te przynoszą ulgę głównie w bólach neuropatycznych, ich skuteczność potwierdzono w neuralgii półpaścowej i cukrzycowej, wykazano, że działanie p/bólowe tych leków występuje niezależnie od ich działania p/depresyjnego,

b) leki p/drgawkowe (karbamazepina, kwas walproinowy, gabapentyna) – leki te są szczególnie skuteczne w bólach opisywanych jako przeszywające, napadowe, palące, rozdzierające, wspólną cechą tych leków jest zahamowanie przewodnictwa neuronalnego choć mechanizm tego hamowania jest różny, przydatne w leczeniu bólu neuropatycznego,

c) leki znieczulające miejscowo oraz ich doustne pochodne o działaniu antyarytmicznym (lidokaina, meksyletyna) – mogą być stosowane w leczeniu bólów neuropatycznych i o charakterze ciągłym i przeszywającym,

d) antagoniści receptora n-metylo-d-aspargianianu (NMDA)(ketamina) – leki wskazane w bólach opornych na leczenie, bólach neuropatycznych, fantomowych,

e) leki p/lękowe i uspokajające (hydroksyzyna, diazepam, klonazepam) – wskazane głównie w bólu nowotworowym, nie wykazują bezpośredniego działania p/bólowego,

f) glikokortykosteroidy (GKS) – wskazane w bólach związanych ze wzmożonym ciśnieniem śródczaszkowym i ucisk na rdzeń kręgowy, bóle związane z obrzękiem lub uciskiem struktur nerwowych, nowotworowe nacieki tkanek miękkich, bóle kostne, bóle w masywnych przerzutach do wątroby,

g) inne ko-analgetyki – baklofen – wskazany w bólach szczególnie połączonych ze spastycznością np. w przebiegu stwardnienia rozsianego, po urazie rdzenia, w neuralgii półpaścowej czy nerwu trójdzielnego, klonidyna – podawana podpażczynówkowo lub zewnątrzoponowo wykazuje działanie p/bólowe głównie w bólach neuropatycznych i nowotworowych, bifosfoniany – stosowane głównie w leczeniu bólów nowotworowych spowodowanych przerzutami do kości, osteoporozie.

ZASADY POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W BÓLU PRZEWLEKŁYM

a) leczenie bólu zgodnie ze standardami – leczenie bólu zgodnie ze światowymi standardami polega na podawaniu coraz wyższych dawek leków przeciwbólowych z określonego stopnia drabiny analgetycznej, a po osiągnięciu ich dawki maksymalnej na włączeniu leku ze stopnia wyższego lub zmianie na inny, silniejszy. Dodatkowo na każdym etapie leczenia stosuje się podawanie leków uzupełniających tzw. adiuwantowych. Są to podawane w miarę potrzeby środki uspokajające, nasenne, przeciwdepresyjne, przeciwdrgawkowe oraz kortykosterydy i inne. Leki te mają duże znaczenie w skutecznym postępowaniu przeciwbólowym poprzez wzmaganie działania analgetyków (leków przeciwbólowych) oraz łagodzenie skutków ubocznych podstawowego leczenia. O przejściu na wyższe stopnie drabiny analgetycznej decyduje brak skuteczności dotychczasowego leczenia z niższego stopnia



b) leki należy podawać w stałych odstępach czasu – konieczne jest utrzymanie stałego stężenia leku we krwi. tj. podawanie kolejnej dawki leku w/g zegara, a nie „w razie bólu” (z wyjątkiem leków stosowanych doraźnie w zwalczaniu bólów przebijających);

c) wybór leku dokonywany jest na podstawie jego skuteczności;

d) dawka wstępna i następne powinny być ustalone indywidualnie dla każdego chorego i jego bólu;

e) droga podania leku nie może przysparzać choremu dodatkowych trudności i cierpienia preferowaną drogą podawania jest droga doustna, przezśluzówkowa i przezskórna);

f) należy zwalczać towarzyszącą bezsenność;

g) należy przeciwdziałać objawom ubocznym i je monitorować przez cały okres terapii;

h) kontrolować przebieg leczenia;

i) zapewnić ciągłość leczenia;

j) kojarzenie leków o różnych mechanizmach działania (opiodów z lekami nieopiodowymi);

k) niezalecane jest podawanie kilku leków o tym samym mechanizmie działania;

l) wskazane jest kojarzenie leków o przedłużonym i szybkim czasie uwalniania;

t) uwolnić chorego od bólu i innych uciążliwych objawów;

m) zapewnić opiekę psychologiczną;

n) ułatwić zachowanie możliwie największej aktywności;

o) zapewnić wsparcie dla rodziny.

Cel leczenia przeciwbólowego powinien być realistyczny i zapewnić opanowanie bólu w podanej kolejności:

1. Opanowanie bólu, aby chory **nie budził się w nocy** (eliminacja bezsenności),

2. Opanowanie bólu **w ciągu dnia** w spoczynku,

3. Zniesienie bólów **provokowanych** ruchem (np. w przerzutach do kości), potykaniem, oddawaniem moczu lub stolca.

ZASADY POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNEGO W BÓLU OSTRYM

U chorego po urazie wyróżnia się trzy okresy, które różnią się od siebie pod względem zmian patofizjologicznych,

co w znacznym stopniu wpływa na postępowanie stosowane w celu uśmierzenia bólu:

– bezpośredni – stymulacja bólowa związana z tym okresem pojawia się w krańcowo stresogennych okolicznościach i jest spowodowana przez bezpośrednią, masywną i przedłużającą się stymulację nocycyptyczną, pochodzącą z uszkodzonych tkanek. Podstawowym celem leczenia w tym okresie jest homeostazy ustrojowej. Średnio okres ten trwa ok. 72 godzin. W tym okresie ból spełnia swą podstawową, informacyjno-ostrzegawczą rolę i jest istotnym elementem w procesie diagnozowania (dlatego też postępowanie p/bólowe musi uwzględniać wymogi stawiane przez proces diagnostyczny). Na miejscu wypadku każdy pacjent powinien otrzymać jak najprędzej lek p/bólowy w zależności od natężenia bólu: opioid (fentanyl lub remifentanyl, które są lekami z wyboru z uwagi na szybki efekt i krótki okres działania co pozwala na osiągnięcie silnego efektu analgetycznego podczas transportu do szpitala, w przypadku mniejszych obrażeń pacjent otrzymuje dożylnie nieopiodowy lek p/bólowy np. paracetamol (1 g) lub metamizol (500mg) skojarzony z ketoprofenem (100 mg), Opioidów nie wolno stosować u chorych po izolowanych urazach czaszki, gdyż ich podanie ogranicza możliwość wykonania badań diagnostycznych w warunkach niezaburzonych funkcji OUN. Jeśli po zaopatrzeniu urazu pacjent kierowany jest do domu należy mu udzielić dokładnych wskazówek dotyczących leczenia p/bólowego. Zazwyczaj wystarczające jest zastosowanie paracetamolu (do 4 g/dobę) lub metamizolu (do 4g/dobę) skojarzonego z NLPZ (diklofenac do 150 mg/dobę, ketoprofen do 300mg/dobę) lub paracetamolu ze słabym opioidem, w przypadku silniejszego bólu dodatkowo podawać słaby opioid np. tramadol w postaci doustnej, zwłaszcza preparat w kroplach pozwalający na dostosowanie dawkowania do potrzeb pacjent. W przypadku chorych wymagających obserwacji lub hospitalizacji leczenie musi być podporządkowane postępowaniu diagnostycznemu. W świetle nowych danych stosowanie leczenia p/bólowego nie zaburza procesu diagnostycznego u pacjentów z ostrym bólem w jamie brzusznej – w tym przypadku pacjent otrzymuje krótko działający opioid (np. fentanyl, remifentanyl), a kolejne okresy ustępowania działania leku mogą być wykorzystane na kontrolne badania fizykalne; w dalszym postępowaniu p/bólowym wykorzystuje się metody stosowane w uśmierzaniu bólu pooperacyjnego np. metoda PCA czy ciągły wlew dożylny z opioidu, w przypadku zlokalizowanego bólu (np. złamanie żeber) stosuje się metody znieczulenia miejscowego (blokada nerwów międzyżebrowych), które umożliwiają niezwykle skuteczne uśmierzanie bólu pourazowego przy oddychaniu, zabiegach pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych;

– okres zdrowienia – trwa tygodnie lub miesiące w zależności od rodzaju i rozległości urazu, a jego cechą charakterystyczną jest zarówno ciągły ból podstawowy, zaostrzeniami związanymi z epizodami bólu przypadkowego, jak i stopniowe obniżanie tolerancji na ból towarzyszący czynnościom terapeutycznym. W zależności od natężenia bólu podaje się opioidy, wykorzystując techniki stosowane w okresie bezpośrednim, albo też drogą doodbytniczą lub doustną (w przypadku stosowania opioidów p.o. wskazane jest stosowanie preparatów o kontrolowanym uwalnianiu) lub nieopiodowe

analgetyki, które w okresie zdrowienia stosowane są jako samodzielne leki p/bólowe lub jako leki wspomagające terapię opioidami (NLPZ lub paracetamol ze słabym opioidem);

– okres rehabilitacji – długość tego okresu jest trudna do określenia, prawie wszyscy chorzy są już wówczas uruchomieni zazwyczaj pozostają tylko pod kontrolą ambulatoryjną, optymalne postępowanie p/bólowe w tym okresie obejmuje stosowanie NLPZ, paracetamolu lub jeśli to konieczne także słabego opioidu o kontrolowanym uwalnianiu (np. tramadolu). Należy pamiętać, że w każdym z tych okresów występuje ból podstawowy – obecny w spoczynku i podczas codziennych czynności oraz ból przypadkowy związany z określonymi procedurami terapeutycznymi (zmiana opatrunku, manipulacje w obrębie rany, itp.),

W przypadku bólu pooperacyjnego istnieją gotowe schematy, standardy (oparte na drabinie analgetycznej WHO), które dopasowuje się i stosuje adekwatnie do określonej grupy zabiegów:

– zabiegi operacyjne połączone z niewielkim urazem tkanek – Kategoria I – Zabiegi o małej rozległości, o natężeniu bólu w okresie pooperacyjnym < 4 pkt. wg NRS lub VAS, tzw. „małe” zabiegi chirurgiczne na powłokach, ograniczone zabiegi ortopedyczne, niewielkie zabiegi ginekologiczne, (procedury tzw. chirurgii jednego dnia),

– zabiegi operacyjne połączone z miernym urazem tkanek – Kategoria II – zabiegi operacyjne w jamie brzusznej bez naruszenia ciągłości przewodu pokarmowego oraz otwierania jamy otrzewnej (cholecystektomia, nefrectomia, adrenalectomia), zabiegi ortopedyczne z wyłączeniem zabiegów w obrębie miednicy i klatki piersiowej oraz rekonstrukcji dużych stawów, zabiegi ginekologiczne, zabiegi urologiczne oraz zabiegi neurochirurgiczne, poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym wynosi > 4 pkt. wg NRS lub VAS, czas trwania dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym utrzymuje się do 3 dni,

– abiegi operacyjne połączone ze znacznym i rozległym urazem tkanek – Kategoria III i IV – zabiegi operacyjne w obrębie jamy brzusznej z otwarciem otrzewnej, zabiegi w obrębie miednicy, kręgosłupa, operacje rekonstrukcji dużych stawów, zabiegi kardio i torakochirurgiczne oraz zabiegi obejmujące więcej niż jedną jamę ciała (klatka piersiowa, brzuch, miednica). Przewidywany poziom natężenia bólu w okresie pooperacyjnym wynosi > 6 pkt. wg NRS lub VAS, przy czasie trwania dolegliwości bólowych w okresie pooperacyjnym dłuższym niż 3 dni (kategoria III) lub 7 dni (kategoria IV). Należy przyjąć jako zasadę stosowanie analgezji multimodalnej, weryfikowanej stopniem natężenia bólu mierzonego regularnie przy zastosowaniu wybranej skali. Przy doborze każdego ze składników analgezji multimodalnej, należy kierować się zasadą braku przeciwwskazań dla każdego z leków, odpowiednim dawkowaniem oraz mieć na względzie, że niektóre leki zalecane w aktualnych wytycznych, w charakterystyce produktu leczniczego (ChPL) nie posiadają wskazań do terapii bólu pooperacyjnego.

Przykładowo dla zabiegów operacyjnych należących do kategorii I opracowano schemat:

Farmakoterapia przed zabiegiem operacyjnym (analgezja prewencyjna) – należy rozważyć zastosowanie w celu indukowania efektu analgezji z wyprzedzeniem:



- metamizol (1–2,5 g) dożylnie lub doustnie, paracetamol (1,0–2,0 g) dożylnie lub doustnie,
- ketoprofen (50 – 100 mg) dożylnie lub doustnie, ibuprofen (200–400 mg) doustnie,
- diklofenak (50–100 mg) doustnie lub inny lek z grupy NLPZ (doustnie).

Farmakoterapia – po zakończeniu zabiegu operacyjnego:

- metamizol (1 g–2,5 g, maks. 5 g doba-1) co 6–12 godzin dożylnie lub doustnie i/lub paracetamol 1,0 g dożylnie lub doustnie co 6 godzin (maks. 4 g doba-1) w połączeniu z ketoprofenem 50–100 mg we wlewie dożylnym co 12 godzin; w późniejszym okresie (I doba pooperacyjna) można zastosować leki przeciwbólowe drogą doustną w dawkach frakcjonowanych:

- metamizol – 500 mg i/lub paracetamol (0,5–1 g) skojarzony (lub nie) z jednym z nieselektywnych lub selektywnych NLPZ ketoprofen (50 mg) p.o., co 6–8 godz. lub deksketoprofen (25 mg) p.o., co 6–8 godz. lub diklofenak (50 mg) p.o., co 8 godz lub ibuprofen (400 mg) p.o., co 8 godz. lub naproksen (250–500 mg) p.o., co 8 godz. lub nimesulid (100 mg) p.o., co 12–24 godz. lub meloksykam (7,5 mg–15 mg) p.o., co 24 godz.

Ponadto w celu ułatwienia prowadzenia pooperacyjnej analgezji u pacjentów operowanych w procedurze 1-dniowej proponuje się zaopatrywanie pacjenta podczas wypisu do domu, w tzw. pakiet lekowy, który zawiera odpowiednie leki przeciwbólowe w odpowiedniej ilości (na okres 3–7 dni) oraz np. leki przeciwwymiotne (gdy stosowane są opioidy), właściwe dla danego rodzaju procedury operacyjnej. Przykładowo u osób zgłaszających „tagodny” ból pooperacyjny o natężeniu poniżej 4 wg NRS pakiet lekowy powinien zawierać:

- paracetamol (40 tabl. a 0,5 g) – dawkowanie 0,5–1 g co 6 godzin przez 4–5 dni oraz NLPZ np.:
- ketoprofen (20 tabl. a 50 mg) – dawkowanie 1 tabl. co 6 godzin przez 4–5 dni,
- lub deksketoprofen (15 tabl. lub saszetek z granulatem do rozpuszczania a 25 mg) – dawkowanie 1 tabl. co 8–12 godzin przez 4–5 dni,
- lub diklofenak (15 tabl. a 50 mg) – dawkowanie 1 tabl. co 8 godzin przez 4–5 dni,
- lub ibuprofen (15 tabl. a 400 mg) – dawkowanie 1 tabl. co 8 godzin przez 4–5 dni,

- lub naproksen (15 tabl. a 500 mg) – dawkowanie 1 tabl. co 8 godzin przez 4–5 dni,

- lub nimesulid, granulaty do sporządzania zawiesiny 100 mg, 9 saszetek, dawkowanie 1 saszetka co 12 godzin przez 2–3 dni,

- lub meloksykam tabletki, 15 mg, 10 szt. = dawkowanie 1 tabl. co 24 godziny przez 2–3 dni.

Analgezia miejscowa – przed zabiegiem operacyjnym ostrzyknięcie spodziewanej linii cięcia roztworem lidokainy 1%, 10–0 ml lub bupiwakainy 0,25–0,125%, 5–10 ml lub ropiwakainy 0,2%, 5–10 ml, dla indukowania efektu analgezji z wyprzedzeniem;

- po zakończeniu zabiegu w zależności od jego rodzaju, ponowne ostrzyknięcie rany lub ciągły wlew LZM poprzez zaimplantowany do rany cewnik (z zastosowaniem strzykawki automatycznej lub pompy,

- elastomerycznej) lub podanie dostawowe leku znieczulającego miejscowo – 5–10 ml 0,25% bupiwakainy i/lub opioidu – morfiny 1–2 mg lub fentanylu 20–25 mikrogramów.

Leczenie farmakologiczne nie wyczerpuje oczywiście wszystkich możliwości walki z bólem, pozostaje jeszcze cały wachlarz metod inwazyjnych np. blokady centralne i obwodowe, neurolizy, metody psychologiczne, fizykoterapeutyczne i rehabilitacja, kinezyterapia, radio – i chemioterapia, leczenie radioizotopami, terapie niekonwencjonalne i alternatywne – możliwości jest wiele i najlepsza jest ta, która daje efekty.

LITERATURA:

- de Walden-Gatuszko K. (red.): *Podstawy opieki paliatywnej*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
- de Walden-Gatuszko K., Kaptacz A.: *Pielęgniarnictwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005, wyd. 1.
- Dobrogowski J., Krajnik M., Jassem J., Wordliczek J.: *Stanowisko dotyczące postępowania przeciwbólowego u chorych na nowotwory*. „Onkologia w Praktyce Klinicznej”, 2009, 5, 2:55–68.
- Dzierżanowski T., Całkowska-Rysz A.: *Nowe możliwości leczenia bólu epizodycznego*. Wyd. Termedia, Poznań 2010, 1: 1–5.
- Jarosz J.: *Standardy postępowania w bólu przewlekłym*. „Przewodnik Lekarza”, 2008, 1:158–161.
- Jassem J., Krzakowski M.: *Leczenie wspomagające w onkologii. Praktyczny przewodnik dla lekarzy*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2013.
- Koper A. (red.): *Pielęgniarnictwo onkologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
- Kotlińska-Lemieszek A., Deskur-Śmielecka E., Kluziak M., Piotrowska W., Łuczak J.: *Leczenie bólów nowotworowych – w oparciu o aktualną wiedzę*, „Nowiny Lekarskie” 2011, 80, 1, 22–31.
- Krajnik M., Malec-Milewska M., Wordliczek J. (red.): *Chory na nowotwór – kompendium leczenia objawów towarzyszących*, Wyd. Medical Education, Warszawa 2015.
- Malec-Milewska M., Krajnik M., Wordliczek J.: *Chory na nowotwór – kompendium leczenia bólu*, Wyd. Medical Education, Warszawa 2013, wyd. 1.
- Meder J. (red.): *Podstawy onkologii klinicznej*. CMKP, Warszawa 2011.
- Suchocka L.: *Psychologia bólu*, wyd. 1. Wyd. Difin, Warszawa 2008.
- Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.): *Leczenie bólu*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

KOMUNIKATY MINISTERSTWA ZDROWIA



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Apel
Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
kierowany do Pielęgniarek i Położnych

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Realizując ustawowy obowiązek w zakresie zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, zwracam się do Was Koleżanki i Koledzy z prośbą o informowanie rodziców i opiekunów dzieci urodzonych w latach 2013 – 2016 o możliwości skorzystania z bezpłatnych szczepień przeciwko pneumokokom.

Między 20 marca a 29 czerwca 2018 r. Ministerstwo Zdrowia będzie realizowało program bezpłatnych i dobrowolnych szczepień przeciwko pneumokokom dla dzieci do 5. roku życia, które nie podlegają obowiązkowi tych szczepień i dotychczas nie zostały zaszczepione. Warunkiem jest zakwalifikowanie dziecka do szczepienia do 20 kwietnia 2018 r. Szczepionki można będzie pobrać ze stacji sanitarno-epidemiologicznych na zasadach dotyczących realizacji programu szczepień ochronnych.

Apeluję do Was, Koleżanki i Koledzy o szeroko zakrojoną akcję informacyjną skierowaną do rodziców i opiekunów małych pacjentów o możliwości skorzystania z programu i zaszczepienia swoich dzieci.

Szczegółowe informacje o programie bezpłatnych szczepień znajdziecie Państwo w załączonym Komunikacie Ministra Zdrowia skierowanym do świadczeniodawców oraz do rodziców i opiekunów

Z góry dziękuję za zaangażowanie w działania informacyjne, dotyczące tak ważnej dla nas i dla naszych najmłodszych obywateli kwestii. Wyrażam nadzieję, że damy tym samym wyraz poparcia dla działań Ministra Zdrowia, jakimi są bezpłatne szczepienia przeciwko groźnym chorobom zakaźnym.

Prezes NRPiP

Zofia Małas

Załączniki:
Pismo Ministra Zdrowia
Komunikat do świadczeniodawców
Komunikat do rodziców i opiekunów

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



Minister Zdrowia

Warszawa, 2018-03-09

MDP.635.1.2018.JKU.8

Pani
Zofia Małas
Prezes Naczelnej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Zuzanna Pełińska

wprowadzenie powszechnych szczepień przeciw pneumokokom u dzieci urodzonych w 2017 roku stanowiło spełnienie wieloletnich oczekiwań środowiska medycznego oraz rodziców.

W związku z powyższym uprzejmie informuję, że w ramach posiadanej rezerwy szczepionek udostępniono możliwość skorzystania z bezpłatnego szczepienia wśród starszych dzieci. Jednocześnie zwracam się do Pani Prezes z uprzejmą prośbą o poparcie **bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko pneumokokom u dzieci do 5. roku życia.**

Termin realizacji szczepień: od 20 marca do 29 czerwca 2018 r.

Koordinację działań pod względem dystrybucji szczepionki będą nadzorować wojewódzkie i powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne. Wsparcie przekazanych informacji wśród świadczeniodawców zapewni również Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zuzanna Pełińska
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETAŃ STANU
Zbigniew J. Król

Zał. 1. Komunikat MZ do świadczeniodawców - szczepienie dzieci przeciwko pneumokokom (09.03.2018) ark. 2

Zał. 2. Komunikat MZ do rodziców - szczepienie dzieci przeciwko pneumokokom (09.03.2018) ark.1



Minister Zdrowia

Szczepienia dzieci (z roczników 2013-2016) przeciwko pneumokokom

– komunikat do świadczeniodawców

Zwracamy się do Państwa z prośbą o aktywne włączenie się w ważne przedsięwzięcie, jakim jest szczepienie ochronne przeciwko pneumokokom u dzieci do ukończenia 5. roku życia.

Skorzystanie z bezpłatnych szczepień będzie możliwe od 20 marca do 29 czerwca 2018 r.

Szczepienia będą wykonywane przy użyciu 10-walentnej szczepionki przeciw *Streptococcus pneumoniae* (Synflorix) z nr serii: ASPNA852AA, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego – jako szczepienia zalecane.

Schemat szczepienia składa się z dwóch dawek (każda po 0,5 ml). Są one podawane w odstępie co najmniej 2 miesięcy.

Kto może zostać zaszczepiony

Dzieci do ukończenia 5. roku życia, które nie podlegają obowiązkowi szczepień oraz nie były zaszczepione.

Warunek – dziecko musi zostać zakwalifikowane do szczepienia do 20 kwietnia 2018 r.

Skorzystanie z możliwości zaszczepienia dziecka jest dobrowolne i bezpłatne.

Szczegóły dotyczące realizacji szczepienia

- Świadczeniodawcy pobierają szczepionkę Synflorix z serii: ASPNA852AA ze stacji sanitarno-epidemiologicznych (na zasadach przewidzianych dla dystrybucji szczepionek do szczepień objętych Programem Szczepień Ochronnych).
- Szczepionka Synflorix z serii: ASPNA852AA jest wydawana do wyczerpania zapasów.
- Do realizacji szczepienia jest przewidziana oddzielna pula szczepionki zwolnionej z rezerwy. Świadczeniodawców, którzy przystąpią do akcji, prosimy o zgłoszenie zapotrzebowania ilościowego na szczepionkę do właściwej powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, która ją udostępni.
- Jeśli cykl szczepienia nie zakończy się do 29 czerwca 2018 r. przy użyciu szczepionki z tej serii, świadczeniodawca może wystąpić do powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej o wydanie szczepionki z dostępnej serii na dzień realizacji szczepienia. Musi jedynie poinformować, że preparat będzie wykorzystany w ramach zakończenia „wykonywania szczepień ochronnych przy użyciu 10-walentnej przeciw *Streptococcus pneumoniae* (Synflorix) u dzieci do 5 r.ż”.
- Szczepionki niewykorzystane w terminie ważności w ramach akcji zostaną przekazane do właściwych powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Dodatkowych informacji o dystrybucji szczepionek udziela właściwy powiatowy inspektorat sanitarny.



Minister Zdrowia

Szczepienia dzieci (z roczników 2013-2016) przeciwko pneumokokom

– komunikat do rodziców i opiekunów

Drodzy Rodzice i Opiekunowie!

Od 20 marca do 29 czerwca 2018 r. będziecie mogli bezpłatnie zaszczepić swoje dziecko przeciwko pneumokokom.

Przypominamy, że to szczepienie daje najlepszą i skuteczną ochronę przed inwazyjnymi zakażeniami, zapaleniem płuc oraz ostrym zapaleniem ucha środkowego wywołanym przez *Streptococcus pneumoniae*!

Kto może zostać zaszczepiony

Dzieci do ukończenia 5. roku życia, które nie podlegają obowiązkowi szczepień oraz nie były zaszczepione (dzieci urodzone w latach 2013-2016)

Warunek – dziecko musi zostać zakwalifikowane do szczepienia do 20 kwietnia 2018 r.

Co należy wiedzieć

- **Szczepienie jest dobrowolne i nieodpłatne!**
- Jeśli jesteś zainteresowany zaszczepieniem dziecka – zgłoś się w tej sprawie do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej!
- Szczepienia obejmują dzieci, które – po wcześniejszym umówieniu na wizytę szczepienną – zgłoszą się do lekarza do 20 kwietnia 2018 r.
- Szczepienie jest wykonywane przy użyciu 10-walentnej szczepionki Synflorix zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Schemat szczepienia składa się z dwóch dawek podawanych w odstępie 2 miesięcy.
- Pełen, dwudawkowy schemat szczepienia będzie realizowany od 20 marca 2018 r. do 29 czerwca 2018 r. przez przychodnie, które mają podpisany kontrakt z NFZ.

Jeśli chcesz zaszczepić dziecko przeciwko pneumokokom, skontaktuj się ze swoją przychodnią (tam, gdzie złożyłeś deklarację wyboru lekarza POZ) w sprawie terminu szczepienia.

Informacji o szczepieniach udzielają również powiatowe stacje sanitarno-epidemiologiczne.

Liczba szczepionek oraz czas akcji są ograniczone.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowe 15
00-952 Warszawa

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



INDEKS LEKÓW

SERWIS FACHOWEJ INFORMACJI O LEKACH

Fachowy indeks leków dla pielęgniarek i położnych pod patronatem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – dostępny na www.oipip.walbrzych.pl

LEKInfo24.pl

Stale aktualizowana baza wszystkich leków lecznictwa otwartego – refundowanych, nierefundowanych i OTC. Opisy i informacje o lekach na receptę, refundowanych oraz bez recepty.



**OKRĘGOWA IZBA
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
w Wałbrzychu**

**ETYKA
PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ
BEZINTERESOWNOŚĆ
RÓWNOŚĆ**
profesjonalizm

**GODNOŚĆ
ODPOWIEDZIALNOŚĆ
KOMPETENCJA**
doradzaj
informuj
edukuj
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ
ŻYCZLIWOŚĆ
SZACUNEK**
uśmiechnij się

**PRAWDA
ODWAGA**
nade wszystko

ZAUFANIE
zrób coś dobrego,
nie krzywdź



Czasami można wyleczyć.
Często złagodzić dolegliwości,
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

