

## BEZPŁATNE SZKOLENIA



# 25 948

pielęgniarek,  
pielęgniarzy  
i położnych



### • Kursy

- ✓ kwalifikacyjne
- ✓ specjalistyczne
- ✓ doksztalcające
- ✓ uzupełniający z zakresu pielęgniarstwa dla położnych

### • Platforma e-learningowa

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pory 78/10, 02-757 Warszawa  22 327 61 61  nipip@nipip.pl

Dowiedz się więcej



www.nipip.pl

Obserwuj nas



 naczelnainip

 NaczelnaIzbaPielęgniarekiPołożnych

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych realizuje projekt „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” FERS.01.12-IP.07-0001/25)

Projekt jest realizowany w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.



Dofinansowane przez  
Unię Europejską



NACZELNA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Informator wydawany jest przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków naszego samorządu. W Informatorze znajdują się wiadomości dotyczące działalności OIPIP w Zamościu oraz informacje NRPIP, a także informacje szkoleniowe. OIPIP zwraca się z prośbą do naszych odbiorców o nadsyłanie informacji.



## HARMONOGRAM REALIZACJI KURSÓW

Nazwa kursu/ nr edycji	Miejsce realizacji wykładów	Liczba godzin wykłady/staże	Propozycja terminu rozpoczęcia edycji /Propozycja terminu zakończenia edycji
<b>Kurs specjalistyczny: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych</b>			
Edycja nr 1	Sala – Szpital Jana Pawła II	50 godzin wykładów / 58 godzin staży	5.09-30.11.2026 r.
<b>Kurs specjalistyczny: Leczenie ran dla położnych</b>			
Edycja nr 1	Sala – Szpital Jana Pawła II	45 godzin wykładów / 70 godzin staży	13.06-31.08.2026 r.
<b>Kurs specjalistyczny: Terapia bólu przewlekłego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych</b>			
Edycja nr 1	OIPiP w Zamościu	40 godzin wykładów / 44 godziny staży	29.08-31.10.2026 r.
<b>Kurs specjalistyczny: Edukator w cukrzycy dla pielęgniarek i położnych</b>			
Edycja nr 1	OIPiP w Zamościu	96 godzin wykładów / 64 godziny staży	4.07-30.09.2026 r.
<b>Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek i położnych</b>			
Edycja nr 1	OIPiP w Zamościu	15 godzin wykładów / 15 godzin staży	12.06-28.08.2026 r.
Edycja nr 2	OIPiP w Zamościu	15 godzin wykładów / 15 godzin staży	18.09-30.11.2026 r.
<b>Kurs dokształcający: Prawo medyczne w pracy pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego</b>			
Edycja nr 1	OIPiP w Zamościu (Edycja I Zamość)	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	27-28.06.2026 r.
Edycja nr 2	SPZOZ Tomaszów Lubelski	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	27-28.06.2026 r.
Edycja nr 3	ZSZN	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	3-4.07.2026 r.
Edycja nr 4	SPZOZ Hrubieszów	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	4-5.07.2026 r.
Edycja nr 5	OIPiP Zamościu (Edycja II Zamość)	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	12-13.09.2026 w r.
<b>Kurs dokształcający: Zarządzanie w ochronie zdrowia dla pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego</b>			
Edycja nr 1	SPZOZ Tomaszów Lub.	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	2-3.10.2026 r.
Edycja nr 2	OIPiP w Zamościu	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	9-10.10.2026 r.
Edycja nr 3	SPZOZ Hrubieszów	20 godzin wykładów / 0 godzin staży	6-7.11.2026 r.
<b>Kurs dokształcający Trudne rozmowy z pacjentem i rodziną</b>			
Edycja nr 1	OIPiP w Zamościu	20 godzin wykładów/0 godzin staży	19-20.06.2026 r.



22-400 Zamość, ul. Odrodzenia 7, tel./fax 84 639 07 06, tel. kom. 504 825 352  
e-mail: oipipzamosc@oipip.eu, www.oipip.eu

**Biuro czynne:** poniedziałek-piątek: 8.00-16.00  
**Radca prawny:** środa: 10.00-16.00

### DYŻURY:

#### Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Pani Małgorzata Wiater – dyżury w drugi i ostatni wtorek miesiąca, tel. 504 825 351, e-mail: orzozzamosc@wp.pl

#### Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych – dyżury w każdą środę w godz. 15.00-17.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych: Pani Bożena Szmit, tel. 668 172 253, e-mail: ospipzamosc@wp.pl

**NIP: 9221578038**

**REGON: 950013990**

**Nr konta bankowego: 65 1240 2816 1111 0000 4015 3430**

Opracowanie graficzne i druk: ZAMWIT Adolf Wituch, www.zamwit.pl

## „Na drodze przemian tylko pierwsze kroki są trudne”

Takie słowa 35 lat temu zostały zapisane na pierwszej stronie Kroniki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu. Dziś z perspektywy ponad trzech dekad mogę śmiało powiedzieć, że tych trudności w dążeniu do samorządności i samodzielności zawodowej było wiele. Uchwalona przez Sejm RP po raz pierwszy w dniu 19 kwietnia 1991 roku ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych formalnie potwierdziła naszą autonomię zawodową. To dzięki niej bierzemy udział we wszystkich ważnych gremiach, czuwając, aby żadne ważne decyzje o nas nie zapadały bez nas. Swoją przyszłość budujemy wytrwale i konsekwentnie. Takie podejście pozwoliło nam stworzyć podstawy dla nowoczesnego wykonywania naszych zawodów. Jeśli więc obiektywnie spojrzeć na dokonania samorządu, trzeba stwierdzić, że udało się bardzo wiele.

Przez te lata samorząd wprowadził ważne dla naszego środowiska zmiany. Zmodernizowaliśmy system kształcenia przed i podyplomowego, doprowadziliśmy do harmonizacji tej sfery z przepisami Unii Europejskiej. Stworzyliśmy nowe, specjalistyczne autonomiczne formy opieki zdrowotnej. Doprowadziliśmy do podniesienia jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne.

Jako zawody medyczne zdobyliśmy zupełnie nową pozycję w systemie ochrony zdrowia, której już dziś nikt nie kwestionuje. Wypracowaliśmy poprawę warunków pracy i płacy.

Powstanie samorządu sprawiło, że staliśmy się ważnym partnerem opiniotwórczym. Śmiało można powiedzieć, że powołując do życia samorząd, otworzyliśmy nowy rozdział w historii pielęgniarstwa i położnictwa. Zdajemy sobie sprawę, że działalność samorządu to nie tylko realizacja zadań ustawowych, ale również inwestowanie w przyszłość.

Bardzo ważnym wydarzeniem dla naszego środowiska, którego nie można pominąć, było opracowanie projektu ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, która została przyjęta przez Sejm w dniu 5 lipca 1996 r. Otrzymaliśmy wreszcie odpowiadający współczesnym warunkom akt prawny regulujący funkcjonowanie naszych zawodów. (Nie wszyscy pamiętamy, że owszem, istniały regulacje prawne odnoszące się do naszych zawodów tj. Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 16 marca 1928 roku o położnych oraz ustawa z dnia 21 lutego 1935 roku o pielęgniarstwie, ale obydwie nie przystawały do współczesnego systemu ochrony zdrowia). Po wejściu w życie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, rozpoczęto intensywne prace nad opracowaniem Kodeksu Etyki Polskiej Pielęgniarki i Położnej, który został przyjęty Uchwałą Krajowego



Medal wydany z okazji 35-lecia samorządu Pielęgniarek i Położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku. Przyjęcie Kodeksu miało kluczowe znaczenie dla umacniania nowej tożsamości zawodowej. Zmiany w systemie ochrony zdrowia i innych sektorach gospodarki w naszym kraju spowodowały, że samorząd podejmował działania legislacyjne w kierunku dostosowania i zmiany naszych fundamentalnych przepisów, w wyniku czego uchwalone zostały nowe ustawy: ustawa o zawodach z dnia 15 lipca 2011 roku, ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 11 lipca 2011 roku oraz akty wykonawcze. Podjęto również działania w kierunku dostosowania Kodeksu Etyki Pielęgniarki i Położnej do znowelizowanej ustawy o zawodach. Nowy Kodeks został przyjęty Uchwałą nr 18 Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 r.

Ustawiczne reformy w systemie ochrony zdrowia w codziennej praktyce ciągle na nowo prowadziły do konfrontacji wypracowanych rozwiązań z rzeczywistością. Tak było w przypadku samodzielnych praktyk pielęgniarek i położnych w podstawowej opiece zdrowotnej lub też z wprowadzaniem standardu opieki pielęgniarskiej w opiece domowej długoterminowej, w tym także zapewnieniem takiej opieki mieszkańcom w Domach Pomocy Społecznej. Wiele wysiłku i czasu wymagało wdrożenia i wyegzekwowania przestrzegania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej, realizacji pielęgniarskiej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i szkołach. Te i wiele innych zagadnień ściśle związanych z praktyką pielęgniarską i położniczą, sukcesywnie wprowadzano do aktów prawnych, aby zapewnić pielęgniarkom i położnym odpowiednie miejsce w systemie ochro-

ny zdrowia, a w rezultacie poprawić dostępność do opieki zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

Dzisiaj zawody pielęgniarki i położnej mogą być wykonywane na podstawie umowy o pracę, na własny rachunek lub w innej formie dozwolonej przez przepisy – przy czym nie mówimy tylko o przepisach krajowych. Jak gwarantuje to traktat Unii Europejskiej i jej podstawowe prawa swobodnego przepływu osób i usług, nasze zawody funkcjonują zgodnie z przepisami obowiązującymi w państwie przyjmującym pracownika i w państwie jego pochodzenia.

Współczesne polskie pielęgniarstwo znajduje się w fazie dynamicznego rozwoju. Idee i podstawowe zasady pielęgniarstwa nie zmieniły się, natomiast zmienia się otoczenie gospodarcze, prawne, zwiększa się świadomość zawodowa, stale poszerza się zakres kompetencji. Dążymy do wykonywania autonomicznych działań skoncentrowanych na podmiocie opieki, czyli pacjencie. Od początku istnienia samorządu pielęgniarki i położne świadomie i aktywnie uczestniczą w toczących się zmianach oraz przemianach społeczno-politycznych i gospodarczych, oddziałujących na opiekę zdrowotną, a więc również praktykę pielęgniarską i położniczą.

Uczestnictwo to odbywa się pod kierunkiem naszej samorządowej organizacji, zdolnej do samo-

regulacji, wywierania wpływu na zwiększanie skuteczności podejmowanych wysiłków poprzez rekomendowanie, opracowywanie i uzgadnianie modeli efektywnej praktyki pielęgniarskiej i położniczej dla dobra społecznego. Faktem jest, że często byliśmy i jesteśmy skłonni wyrażać niezadowolenie z tego, co nas otacza, z tego jak jest urządzona teraźniejszość. Nierzadko lekceważymy dokonania przeszłości i pesymistycznie patrzymy w przyszłość. A przecież przeszłość zachowana w pamięci jest częścią i punktem wyjścia dla teraźniejszości i pozwala nam lepiej kształtować przyszłość, patrzeć w nią z nadzieją. Warto więc obiektywnie spojrzeć na dorobek samorządu zawodowego, który jest naszym udziałem i stanowi wartość wniesioną w dzieje polskiego pielęgniarstwa, w jego tożsamość, etos, profesjonalizm i samodzielność zawodową.

Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Zamościu



**Joanna Walewander**

## Z PRAC PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Zestawienie uchwał z posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 24 kwietnia 2026 r.

Uchwały **Nr 567/VIII/2026** i **Nr 568/VIII/2026** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu. Uchwały od **Nr 569/VIII/2026** do **Uchwały Nr 572/VIII/2026** sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (pielęgniarki przeniosły się na teren działania OIPIP w Warszawie, Gdańsku, Katowicach oraz do Norwegii).

Uchwała **Nr 573/VIII/2026** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota zapomóg: 17 400,00 zł).

Uchwała **Nr 574/VIII/2026** w sprawie pomocy finansowej dla członka innej Izby (łącznie kwota zapomogi: 500,00 zł).

Uchwała **Nr 575/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 4 000,00 zł.).

Uchwała **Nr 576/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łącznie kwota dofinansowania: 11 716,50 zł). Uchwała **Nr 577/VIII/2026** w sprawie zorganizowania obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Uchwała **Nr 578/VIII/2026** w sprawie przyznania odznaczeń „ZŁOTY CZEPEK” dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

Uchwała **Nr 579/VIII/2026** w sprawie delegowanych przedstawicieli Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do udziału w uroczystości Zawierzenia Środowisk Medycznych na Jasnej Górze.

Uchwała **Nr 580/VIII/2026** w sprawie upoważnienia członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym na podstawie zapytania ofertowego Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w sprawie wyłonienia realizatorów kursów specjalistycznych,

kwalifikacyjnych i doszkalających dla pielęgniarek i położnych, realizowanych w ramach projektu pn. „Wsparcie kształcenia podyplomowego pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” Nr projektu: FERS.01.12-IP.07-0001/25 okres realizacji: 01.06.2025 – 28.02.2027, finansowany z programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Uchwała **Nr 581/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów kursu specjalistycznego organizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Uchwała **Nr 582/VIII/2026** w sprawie wytypowania przedstawiciela samorządu do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej w zakresie kształcenia podyplomowego.

## UROCZYSTOŚCI

# Obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej

W dniu 13 maja 2026 r. w Zamojskim Domu Kultury odbyły się uroczyste obchody z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej. W uroczystości udział wzięło ponad 340 pielęgniarek i położnych z obszaru działania OIPIP w Zamościu. Podczas uroczystości zostały wręczone odznaczenia „ZŁOTY CZEPEK”.

Już od 2023 r. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Zamościu na wniosek Komisji Nominacyjnej przyznaje odznaczenia. W roku bieżącym

przyznano 179 odznaczeń. Odznaczenie jest przyznawane za pracę w zawodzie powyżej 35 lat i więcej, za wieloletnią pracę, codzienny trud i zaangażowanie, za wrażliwość i empatię, za rozpowszechnianie wśród członków samorządu zasad etyki zawodowej, profesjonalne spojrzenie i pomoc ludziom potrzebującym, za wysoką jakość świadczonych usług, za wzorowe wykonywanie obowiązków zawodowych, współdziałanie na rzecz integracji środowiska zawodowego.

### Odnaczenia otrzymały:

- Kusiak Danuta
- Krzystanek Mira

- Kalacińska Liliana
- Sikora Jadwiga
- Chmiel Elżbieta



**Pielęgniarki i Położne z:****a) Arion Szpitale w Biłgoraju:**

- Buryło Elżbieta
- Ćmil Dorota
- Ćwik Elżbieta
- Dziuba Elżbieta
- Krzysztoń Bożena

- Łozińska Anna
- Łuczka Maria
- Pułapa Grażyna
- Romanek Małgorzata
- Rymarz Wiesława
- Słoma Maria Halina

**b) Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Radecznicy:**

- Balicka Bożena
- Bartnik Elżbieta

- Chadam Teresa
- Polska Magdziarz Teresa
- Śpiewak Beata
- Zych Wioletta

**c) Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu:**

- Arczewska-Dołba Alina
- Buryło Jolanta
- Białowolska Janina
- Gromek Bożena
- Janasz Elżbieta
- Kłus Bożena
- Kudyba Teresa
- Kusiak Lidia
- Łój Mariola
- Macioszek Grażyna
- Misiarz Beata
- Młodzianko Teodozja
- Ostojska Jolanta
- Paprocka Mariola
- Rybak Eliza
- Studnicka Halina
- Wawryca-Kordulska Teresa
- Wróbel Grażyna
- Żyła Izabela



**d) Zamojski Szpital Niepubliczny:**

- Błaszka Anna
- Ćwikła Maria
- Franc Anna
- Gołębiowska Ewa
- Kucharz Lucyna
- Ochmańska Lucyna

**e) Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej z terenu działania Izby:**

- Wajcht Izabela
- Wójcik Lilla
- Dudzińska Anna
- Zaśko Jolanta
- Pomaniec Małgorzata

- Dzięba Zofia
- Badura Irena
- Brodowska Krystyna
- Jakubiec Jolanta
- Pochmara Ewa
- Wereszczak Marta
- Niezgoda Anna



**f) Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu****Sanitarnego w Zamościu:**

- Szawarska Mirosława
- Wybranowska Dorota
- Kusiak Ewa
- Żuk Zofia
- Wyłupek Danuta
- Rybak Joanna
- Legieć Bogdan

**g) Indywidualne Praktyki Pielęgniarki i Położnej:**

- Kuźma Teodora
- Chojnacka Elżbieta
- Hereta Dorota
- Szenauer Jolanta
- Walas Urszula

### h) **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie:**

- Antczak Irena
- Banaszek Jadwiga
- Banaszkiwicz Wiesława
- Baraniuk Elżbieta
- Bogacz Maria
- Bogucka Krystyna
- Borek Barbara
- Brzoza Janina
- Butyńska Ewa
- Chabros Wiesława
- Chodak Bożena
- Cieplakiewicz Anna
- Cygan Bożena
- Demendecka Wiesława
- Dobrucka-Roman Maria
- Domańska Ewa
- Fedorczyk Ewa
- Fijałkowska Grażyna
- Furman Wioletta
- Gajdemska Bożena
- Gidzińska Bożena
- Hanc Marzanna
- Hojda Anna
- Irek Bożena
- Janiuk Jadwiga



- Kleczkowska Alina
- Kliszczyk Ewa
- Korczyńska Lidia
- Korecka Bożena
- Kowal Ewa
- Kowalska Katarzyna
- Koza Bożena
- Kozik Maria
- Krzos Bożena
- Kuźmińska Ewa
- Kwiatkowska Halina
- Laskowska Małgorzata
- Luchowska Bożena
- Łęczyńska Bożena
- Łysiak Maria
- Madej Radosław
- Mazur Ewa
- Mielniczyk Danuta
- Migas Dorota
- Migas Jarosław
- Mormon Jolanta
- Niżnikowska Bernadeta
- Nowaczewska Bożena
- Obszyńska Joanna
- Opała Agata
- Orłowska Dorota
- Orzechowska Zofia





**i) Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim:**

- |                         |                        |
|-------------------------|------------------------|
| - Adamek Małgorzata     | - Kuczyńska Alina      |
| - Birunt Alina          | - Kupicz Wiesława      |
| - Biront Teresa         | - Łągowska Halina      |
| - Biszczyński Elżbieta  | - Maciocha Barbara     |
| - Borek Teresa          | - Matyjanka Urszula    |
| - Borowik Maria         | - Mękal Alina          |
| - Bujanowska Bożena     | - Nepelska Jolanta     |
| - Dudzińska Beata       | - Pastuszek Małgorzata |
| - Ferens Barbara        | - Robaczyńska Anna     |
| - Fusiarczyk Małgorzata | - Romańczuk Grażyna    |
| - Juszczyk Zofia        | - Stańczyk-Wójcik Ewa  |
| - Kałun Alina           | - Szczepaniuk Bożena   |
| - Kapturkiewicz Bożena  | - Szymków Urszula      |
| - Kosior Elżbieta       | - Wikalińska Joanna    |
|                         | - Zawiślak Anna        |



# Projekt nowej ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

## Cele projektu oraz informacja o przyczynach i potrzebie rozwiązań planowanych w projekcie:

Obowiązująca ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 15, z późn. zm.) została uchwalona 15 lat temu, a dynamiczne zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia, rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych, postęp medycyny oraz nowe wyzwania organizacyjne i demograficzne powodują, że obowiązujące regulacje wymagają istotnej aktualizacji oraz uzupełnienia o nowe rozwiązania prawne. W związku z powyższym zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2023 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw opracowania projektu przepisów regulujących zawody pielęgniarki i położnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 75) powołano Zespół, do którego zadań należało dokonanie analizy i weryfikacji obowiązujących przepisów prawa w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa, dotyczących: wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, kształcenia zawodowego pielęgniarki i położnej oraz kształcenia podyplomowego pielęgniarki i położnej, poziomów kompetencyjnych oraz przygotowanie projektu przepisów regulujących zawody pielęgniarki i położnej. W skład Zespołu wchodził przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia, uczelni kształcących na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Polskiego Towarzystwa Położnych, Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP. Zespół zakończył swoją działalność w dniu 1 sierpnia 2024 r. i przedłożył Ministrowi Zdrowia wstępny projekt ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Przygotowany projekt ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej opiera się na założeniach wypracowanych przez ww. Zespół. Projektowane przepisy w sposób kompleksowy i spójny regulują zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, uzyskiwania prawa wykonywania zawodu, prowadzenia rejestrów pielęgniarek i położnych, organizacji kształcenia przeddyplomowego oraz ustawiczny rozwój zawodowy. Projektowana regulacja ma na celu uporządkowanie rozproszonych rozwiązań, zwiększenie przejrzystości przepisów, dostosowanie ich do aktualnych realiów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz zapewnienie adekwatnych ram prawnych dla dalszego rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej. Rozwój medycyny i związane z tym zmiany w systemie ochrony zdrowia oraz potrzeby zdrowotne społeczeństwa implikują potrzebę

nadania pielęgniarkom i położnym nowych ról, kompetencji i uprawnień zawodowych oraz ustawicznego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w różnych obszarach pielęgniarstwa i położnictwa.

## Projekt ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej będzie dotykał poniższych obszarów:

- 1) Obowiązująca obecnie ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej w art. 4 i 5 wąsko określa zakresy wykonywania tych zawodów. Z uwagi na stale rosnące kompetencje pielęgniarek i położnych przepisy te nie odzwierciedlają realnych możliwości udzielanych przez nie świadczeń adekwatnie do posiadanej wiedzy i umiejętności zawodowych. Uaktualnienie i poszerzenie katalogu tych świadczeń oraz obszaru wykonywania zawodu jest niezbędne do pełnego wykorzystania kompetencji zawodowych pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia oraz uwzględnienia obszarów, w których już pracują pielęgniarki i położne. Dodatkowo obecnie brak jest przepisów umożliwiających pielęgniarkom i położnym udzielania świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.
- 2) Konieczność ustrukturyzowania kompetencji pielęgniarek i położnych, co wpisuje się w dokument pn. „Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, stanowiący załącznik do uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r., który jest dokumentem o charakterze planistycznym (strategicznym) określającym cele i działania istotne dla pielęgniarstwa i położnictwa, ujęte w perspektywie do 2031 r.
- 3) Istotnym problemem systemowym pozostaje brak normatywnego i organizacyjnego umocowania roli pielęgniarki i położnej zaawansowanej praktyki (Advanced Practice Nurse – APN) w strukturze systemu ochrony zdrowia, co pozwoliłoby pielęgniarcie i położnej na wieloaspektowe, całościowe podejście do pacjenta i efektywne wykorzystanie potencjału kadry medycznej o wysokich kwalifikacjach specjalistycznych.
- 4) Trudnością z uzyskaniem nostryfikacji dyplomu pielęgniarki albo położnej wydanym w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej (UE), brak jest regulacji przewidującej możliwość uznania kwalifikacji zawodowych po uprzednim pozytywnym złożeniu Państwowego Egzaminu Weryfikacyjnego (PEW). Nieustanowienie procedury uznawania kwalifikacji zawodowych w tym trybie, dokonywanego na wniosek zainteresowanego przez

- dyrektora Centrum Egzaminów Medycznych (CEM), skutkuje istotną luką systemową w zakresie dostępu do wykonywania zawodu oraz ogranicza możliwość efektywnego uzupełniania niedoborów kadrowych w systemie ochrony zdrowia. Rozwiązania te już funkcjonują w przypadku grupy zawodowej lekarzy, lekarzy dentyistów i farmaceutów.
- 5) Wyzwalaniem systemowym pozostaje brak podstawy prawnej umożliwiającej przeprowadzanie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) egzaminu z języka polskiego dla cudzoziemców oraz obywateli państw członkowskich UE, ubiegających się o prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej. Brak takiej regulacji ogranicza tym osobom możliwość weryfikacji kompetencji językowych niezbędnych do bezpiecznego i należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych.
  - 6) W Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez NRPiP oraz rejestrach pielęgniarek i rejestrach położnych prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych, a także rejestrze obywateli państw członkowskich UE wykonujących na terenie danej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej, w katalogu danych objętych rejestrem, brak jest możliwości uwzględnienia zdjęcia lub wizerunku pielęgniarki lub położnej.
  - 7) W związku z wpływającymi do Ministerstwa Zdrowia sygnałami, że nie wszystkie uczelnie kształcą na kierunku pielęgniarstwo zgodnie z obowiązującymi standardami kształcenia, w tym głównie w formie online, koniecznym jest wprowadzenie regulacji prawnych, które wzmocnią i zapewnią realizację procesu kształcenia na wysokim poziomie.
  - 8) Obecna nazwa działającej przy Ministrze Zdrowia, Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych wprowadza w błąd w związku z czym koniecznym jest dostosowanie nazwy obecnej instytucji do faktycznie realizowanych zadań. Rada ta zajmuje się wyłącznie uczelniami kształcącymi na studiach pierwszego lub drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Koniecznym jest również doprecyzowanie trybu działania tej Rady, zmiana terminu składania przez uczelnie wniosku o udzielenie akredytacji, gdyż obecny, 3 miesięczny termin, nie jest wystarczający na przeprowadzenie postępowania akredytacyjnego. Dodatkowo obecne przepisy nie przewidują udziału ekspertów w jej posiedzeniach.
  - 9) Funkcjonujący system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych nie wskazuje na konieczność obowiązkowego zdobywania punktów edukacyjnych. NRPiP podjęła uchwałę, która wprowadza punkty edukacyjne służące dokumentowaniu rozwoju zawodowego. Zgodnie z uchwałą, obowiązkiem pielęgniarki i położnej jest wprowadzenie wydarzeń edukacyjnych z zakresu doskonalenia zawodowego (konferencje, webinary, szkolenia wewnątrzzakładowe). Podobne rozwiązania mają inne zawody medyczne. W powyższym zakresie istnieje potrzeba regulacji prawnych na poziomie ustawowym.
  - 10) Dotychczas podmioty prowadzące specjalizacje dla pielęgniarek i położnych nie miały obowiązku uzyskania akredytacji na to kształcenie, co powodowało, że nie wszystkie prowadzone szkolenia specjalizacyjne reprezentowały wysoką jakość kształcenia.
  - 11) Aktualnie egzaminy państwowe są prowadzone przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), natomiast ustawa z dnia 27 listopada 2024 r. o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1897), wprowadziła zmianę w tym zakresie i wskazuje, że zadanie to od 1 stycznia 2027 r. będzie realizowane przez CEM. Przepisy te wymuszają konieczność doprecyzowania w projektowych regulacjach szczegółowych rozwiązań w tym zakresie, zbieżnych z innymi zawodami, tak aby ujednoczyć proces egzaminowania. W projekcie ustawy utrzymano te regulacje prawne, niemniej istnieje konieczność doprecyzowania w projektowanej regulacji szczegółowych rozwiązań w tym zakresie, zbieżnych z innymi zawodami, tak aby ujednoczyć proces egzaminowania.
  - 12) Brak jest procedury w zakresie postępowania mającego na celu uznanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia tytułu specjalisty, zdobytego w państwach członkowskich UE, w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej przed dniem 1 stycznia 2021 r. czy też poza terytorium UE, za równoważny tytułowi specjalisty w określonej dziedzinie szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej.
  - 13) Niezbędnym jest uregulowanie w oparciu o dotychczasowe rozwiązania kwestii dotyczących dofinansowywania szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych. Zgodnie z projektowaną ustawą specjalizacje dla pielęgniarek i położnych, będą dofinansowywane w ramach dotacji podmiotowej (tak samo jak obecnie), którą CMKP otrzymuje z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 269),

w ramach posiadanych środków, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków. Wyboru jednostki szkolącej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne dofinansowywane ze środków publicznych, będzie dokonywał dyrektor CMKP, stosując przepisy o zamówieniach publicznych i uwzględniając zapotrzebowanie na specjalistów z poszczególnych dziedzinach (tak samo jako obecnie).

- 14) Projektowana regulacja ma na celu uporządkowanie system kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Obecnie wyróżnia się 4 rodzaje kształcenia podyplomowego, tj.: szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, kursy dokształcające. Niejednokrotnie treści kształcenia ujęte w poszczególnych programach kursów i specjalizacji, powielają się z innymi programami czy też z treściami kształcenia przeddyplomowego. W związku z czym koniecznym było uporządkowanie systemu kształcenia podyplomowego przez możliwość realizacji ustawicznego rozwoju zawodowego, w ramach którego każda pielęgniarka czy położna miałyby prawo i możliwość uczestniczenia w szkoleniu specjalizacyjnym lub kursie kwalifikacyjnym oraz obowiązek doskonalenia zawodowego, a kompetencje uzyskane w poszczególnych obszarach kształcenia przed i podyplomowego nie powielająby się.
- 15) W projektowanej regulacji zostanie dookreślona kwestia nadzoru nad realizacją kształcenia podyplomowego. Nadzór ten będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora CMKP. Nadzór będzie obejmował realizację procesu kształcenia podyplomowego prowadzonego przez jednostki szkolące (dotyczy realizacji specjalizacji). Pozostałe formy kształcenia będą nadzorowane przez organ rejestrowy, tj. NRPiP.

#### **Istota rozwiązań planowanych w projekcie, w tym proponowane środki realizacji:**

- 1) Projekt ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej zakłada m.in.: uaktualnienie i doprecyzowanie dotychczas obowiązujących zasad wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej przez szczegółowe określenie zakresu samodzielnych kompetencji zawodowych, rozszerzenie katalogu świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, m.in. stwierdzanie zgonu w obszarze opieki paliatywnej i długoterminowej (obecnie uprawnienie do stwierdzania zgonu przysługuje jedynie pielęgniarsce systemu podczas akcji medycznej). Projektowane zmiany w tym zakresie są

odповідzią na potrzeby systemu ochrony zdrowia, mają one na celu pełne wykorzystanie posiadanych przez pielęgniarki i położne kompetencji, a także wsparcie i odciążenie lekarzy. Projekt ustawy, zgodnie z oczekiwaniami środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, wprowadza dodatkowe formy uznania pewnych obszarów za wykonywanie zawodu, w których już obecnie pracują pielęgniarki, jednakże z uwagi na fakt, iż nie jest to w obecnym systemie prawnym uwzględnione, nie może być uznany jako staż pracy w zawodzie pielęgniarki. Za formę wykonywania zawodu będzie się uznawać pracę na stanowisku pielęgniarki w środowiskowych domach samopomocy lub w zakładach aktywności zawodowej, zakładach pracy chronionej, lub ośrodkach rehabilitacji społecznej i zawodowej osób z niepełnosprawnościami. Obecnie zatrudnienie w tych miejscach nie jest traktowane jako forma wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Po wprowadzeniu nowych przepisów zachowana będzie ciągłość wykonywania zawodu i nie będzie już konieczności odbycia szkolenia po 5 latach pracy we wskazanych wyżej miejscach;

- 2) nabywane na przestrzeni lat kompetencje pielęgniarek i położnych wymagają systemowego ustrukturyzowania. Kwestia ta wpisuje się w dokument pn. „Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, stanowiący załącznik do uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r., który jest dokumentem o charakterze planistycznym (strategicznym) określającym cele i działania istotne dla pielęgniarstwa i położnictwa, ujęte w perspektywie do 2031 r. Mając na uwadze powyższe zostały wprowadzone do projektu ustawy poziomy kompetencyjne dotyczące realizacji poszczególnych czynności zawodowych przez pielęgniarki i położne poziom pielęgniarki/położnej ogólnej, poziom pielęgniarki/położnej kwalifikowanej i poziom pielęgniarki/położnej klinicznej. Poziomy te będą zależne od ukończonego kształcenia przed i podyplomowego oraz od posiadanych kompetencji.

#### **Poziomy kompetencyjne dla pielęgniarki zostały określone zgodnie z poniższymi wymaganiami:**

- ukończyła liceum medyczne lub szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcąca w zawodzie pielęgniarki i uzyskała tytuł zawodowy pielęgniarki, lub pielęgniarki dyplomowanej lub osoba, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu licencjata pielęgniarstwa i posiada prawo wykonywania zawodu – pielęgniarka ogólna;
- uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa lub osoba, która

uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra w zakresie pielęgniarstwa przed 2005 r., lub osoba, o której mowa w pkt 1, która ukończyła kurs kwalifikacyjny lub uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i posiada prawo wykonywania zawodu – pielęgniarka kwalifikowana;

3. uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa lub osoba, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra w zakresie pielęgniarstwa rozpoczętego przed 2005 r. i tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i posiada prawo wykonywania zawodu – pielęgniarka kliniczna.

#### **Poziomy kompetencyjne dla położnej zostały określone zgodnie z poniższymi wymaganiami:**

1. ukończyła szkołę policealną albo szkołę pomaturalną, kształcącą w zawodzie położnej i uzyskała tytuł zawodowy położnej lub położnej dyplomowanej lub osoba, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu licencjata położnictwa i posiada prawo wykonywania zawodu – położna ogólna;
2. uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra położnictwa lub osoba, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra w zakresie położnictwa przed 2005 rokiem, lub osoba, która uzyskała dyplom magistra w zakresie pielęgniarstwa przed 2005 rokiem, lub osoba, o której mowa w pkt 1, która ukończyła kurs kwalifikacyjny lub uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i posiada prawo wykonywania zawodu – położna kwalifikowana;
3. uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra położnictwa lub osoba, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra w zakresie położnictwa przed 2005 rokiem, lub osoba, która uzyskała dyplom magistra w zakresie pielęgniarstwa przed 2005 rokiem, i uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i posiada prawo wykonywania zawodu – położna kliniczna. Wprowadzane nowe rozwiązania uporządkują czynności zawodowe pielęgniarki lub położnej w określonych obszarach świadczeń zdrowotnych na jednym z trzech poziomów kompetencji. Dodatkowo w akcie wykonawczym do projektowanej ustawy zostaną wskazane wszystkie czynności zawodowe jakie już teraz może wykonywać pielęgniarka lub położna w danym obszarze i na danym poziomie kompetencyjnym.

Przygotowanie rozporządzenia określającego czynności zawodowe na poszczególnych poziomach kompetencyjnych, przez ujęcie wszystkich czynności w jednym akcie wykonawczym ułatwi pracodawcom określanie zakresów czynności zawodowych pielęgniarek i położnych na poszczególnych stanowiskach pracy;

4. wprowadzenie nowego obszaru – wyodrębnienie pielęgniarki i położnej zaawansowanej praktyki APN, odpowiada na środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych. Pielęgniarka albo położna APN będzie samodzielną profesjonalistką, która będzie miała rozszerzony zakres uprawnień, odpowiedzialności oraz samodzielności zawodowej w stosunku do podstawowego zakresu kompetencji przewidzianych dla pielęgniarki albo położnej, na poszczególnych poziomach kompetencyjnych. Pielęgniarką lub położną zaawansowanej praktyki będzie mogła być osoba posiadająca najwyższy poziom kompetencyjny, która posiada profesjonalną wiedzę, umiejętności i doświadczenie zawodowe do samodzielnej realizacji określonych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami pielęgniarką lub położną APN będzie osoba, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa lub położnictwa i uzyskała tytuł specjalisty oraz posiada minimum 10 lat doświadczenia zawodowego, w tym co najmniej 5 lat udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie oraz w każdym przypadku posiada potwierdzenie kompetencji pielęgniarki lub położnej zaawansowanej praktyki. Szacuje się, że liczba pielęgniarek i położnych APN będzie stanowiła około 2% ogółu pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia;
5. na podstawie obowiązujących norm prawnych pielęgniarki i położne, które uzyskały dyplom poza UE, w celu uznania kwalifikacji zawodowych muszą nostryfikować dyplom, co jest trudne, ze względu na różnice w kształceniu w krajach spoza UE. Zgodnie z obowiązującymi przepisami postępowanie nostryfikacyjne prowadzi polska uczelnia posiadająca kategorię naukową A+, A albo B+, do której należy złożyć wniosek wraz z dyplomem ukończenia studiów, dokumentami umożliwiającymi ocenę przebiegu studiów, uzyskiwanych efektów uczenia się i czasu trwania studiów, świadectwo, dyplom lub inny dokument, na podstawie którego osoba, została przyjęta na studia oraz oświadczenie o miejscu i dacie urodzenia. Szczegółowy tryb postępowania nostryfikacyjnego i postępowania w sprawie potwierdzenia ukończenia studiów na określonym poziomie reguluje rozporządzenie z dnia 28 września 2018 r. Ministra Nauki

i Szkolnictwa Wyższego w sprawie nostryfikacji dyplomów ukończenia studiów za granicą oraz potwierdzania ukończenia studiów na określonym poziomie (Dz. U. z 2018 r. poz. 1881). Obok standardowej procedury projektowana ustawa wprowadzi możliwość przyznania prawa wykonywania zawodu osobie posiadającej dyplom pielęgniarki lub dyplom położnej wydany w innym państwie niż państwo członkowskie UE po pozytywnym złożeniu państwowego egzaminu weryfikacyjnego pielęgniarki lub położnej (PEW). Uznanie kwalifikacji pielęgniarki lub położnej uzyskanych w państwie niebędącym państwem członkowskim będzie dokonywane na wniosek wnioskodawcy przez dyrektora CEM. Przewiduje się, że PEW będzie odbywał się dwa razy do roku. Do tego egzaminu będzie mogła przystąpić osoba, która uzyskała w państwie niebędącym państwem członkowskim UE dyplom pielęgniarki lub położnej uprawniający w tym państwie do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej po ukończeniu studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. PEW będzie składany w formie pisemnych testów opracowanych na każdy termin egzaminu przez dyrektora CEM w porozumieniu z przedstawicielami polskich uczelni prowadzących kształcenie na kierunku pielęgniarstwo lub na kierunku położnictwo, w zakresie zagadnień objętych standardem kształcenia przygotowującym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań PEW, biorąc pod uwagę minimalne wymagania dotyczące kształcenia określone w przepisach prawa UE oraz standardy kształcenia zostanie określony w akcie wykonawczym do ustawy;

5. obowiązek złożenia egzaminu z języka polskiego przez osobę ubiegającą się o przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo prawa wykonywania zawodu położnej, która nie ukończyła studiów na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo prowadzonych w języku polskim lub nie uzyskała świadectwa dojrzałości po zdaniu egzaminu dojrzałości w języku polskim albo nie uzyskała dokumentu potwierdzającego znajomość języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Egzamin ten będzie przeprowadzony przez NRPiP. Zgodnie z proponowaną regulacją NRPiP będzie także oceniała dokumenty potwierdzające znajomość języka polskiego, biorąc pod uwagę wymagany zakres znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędny do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej. Pozytyw-

ne złożenie egzaminu z języka polskiego będzie potwierdzane zaświadczeniem wystawionym przez NRPiP. Szczegółowe rozwiązania, w tym zakres znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie, niezbędny do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, sposób przeprowadzania egzaminu, zostaną określone w akcie wykonawczym do projektowanej ustawy;

6. uregulowanie kwestii związanych z prowadzeniem Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych przez NRPiP oraz rejestrów pielęgniarek i rejestrów położnych prowadzonych przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych, a także rejestru obywateli państw członkowskich UE, wykonujących na terenie danej izby czasowo i okazjonalnie zawód pielęgniarki lub położnej. W stosunku do obecnie obowiązujących rozwiązań zostanie rozszerzony katalog danych objętych rejestrem o zdjęcie lub wizerunek pielęgniarki lub położnej i numer serii prawa wykonywania zawodu. Projektowana zmiana jest zbieżna z oczekiwaniami Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
7. zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami pielęgniarka będzie uzyskiwała kwalifikacje zawodowe po ukończeniu studiów pierwszego stopnia. Pielęgniarka będzie miała także możliwość dalszego kształcenia na studiach drugiego stopnia. Kształcenie pielęgniarek na studiach pierwszego stopnia, analogicznie jak obecnie, będzie trwało co najmniej 3 lata i obejmować będzie co najmniej 4600 godzin kształcenia zawodowego. Studia pierwszego i drugiego stopnia będą mogły być prowadzone wyłącznie w formie stacjonarnej. Na studiach drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo będzie mogła kształcić tylko uczelnia, która prowadzi kształcenie na poziomie pierwszego stopnia, przy czym liczba studentów nie będzie mogła być wyższa, niż liczba studentów na studiach prowadzonych na poziomie pierwszego stopnia. Projektowane rozwiązania zakładają, że uczelnia będzie mogła rozpocząć kształcenie na poziomie drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo dopiero po ukończeniu co najmniej jednego cyklu kształcenia na poziomie pierwszego stopnia;
8. projekt ustawy wskazuje również, tak jak jest to obecnie, że przy ministrze właściwym do spraw zdrowia działa, Krajowa Rada Akredytacyjna Uczelni Kształcących Pielęgniarki i Położne, zwana dalej „Krajową Radą”, jednakże zmieniona została nazwa organu, przeprowadzającego postępowanie akredytacyjne. Krajowa Rada jest następcą prawnym Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych. Zmiana dotycząca Krajowej Rady wynika z do-

stosowania nazwy obecnej instytucji do faktycznie realizowanych zadań (obecna nazwa mogła wprowadzać w błąd, gdyż zawierała wyraz „szkół”, choć faktycznie Krajowa Rada zajmowała się wyłącznie uczelniami kształcącymi na studiach pierwszego lub drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo). Obecnie tryb i sposób uzyskiwania przez uczelnie akredytacji na prowadzenie kształcenia na tych kierunkach określają przepisy rozporządzenia. Projektowane w ustawie rozwiązania zakładają, że wszczęcie postępowania akredytacyjnego następuje na wniosek szkoły o przeprowadzenie oceny niezbędnej do udzielenia akredytacji, zwany dalej „wnioskiem”. Uczelnia, która będzie ubiegać się po raz pierwszy o udzielenie akredytacji, będzie składać wniosek nie później niż na 6 miesięcy przed terminem rozpoczęcia rekrutacji. Natomiast uczelnia, która będzie ubiegać się o udzielenie kolejnej akredytacji, będzie składała wniosek nie później niż na 6 miesięcy przed upływem okresu, na jaki poprzednio otrzymała akredytację. Z uwagi na fakt, że uczelnie występowały o akredytację pod koniec ustawowego terminu, Krajowa Rada, nie miała możliwości przeprowadzenia postępowania akredytacyjnego. W projektowanych rozwiązaniach zakłada się, że uczelnia uzyska akredytację na okres od 3 do 5 lat. Zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami Krajowa Rada będzie mogła powoływać ekspertów z głosem doradczym. Ekspertom tym nie będzie przysługiwało wynagrodzenie za udział w pracach Krajowej Rady;

9. uregulowanie ustawicznego rozwoju zawodowego pielęgniarek i położnych. Regulacje te określają zmiany w stosunku do obowiązujących rozwiązań, które mają na celu ujednoczyć zasady kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z pozostałymi zawodami medycznymi. Projekt ustawy przewiduje kompleksową regulację w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki i położne w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego będą mogły uczestniczyć w szkoleniu specjalizacyjnym i kursach kwalifikacyjnych, jednocześnie będą miały obowiązek doskonalenia zawodowego poprzez udział w kursie doskonalącym oraz różnych formach samokształcenia. Dodatkowo w projektowanych rozwiązaniach zakłada się wprowadzenie obowiązku zdobywania punktów edukacyjnych. Dopełnienie obowiązku odbywać się będzie przez uzyskanie wymaganej liczby punktów edukacyjnych za udział w poszczególnych formach ustawicznego rozwoju zawodowego w 5-letnim okresie rozliczeniowym. Obecnie nie ma ustawowego

obowiązku zbierania punktów edukacyjnych przez pielęgniarki i położne. Obowiązek taki mają lekarze, ratownicy medyczni, diagnosty laboratoryjni i farmaceuci. Szczegółowe rozwiązania, w tym formy tego rozwoju czy też liczba punktów edukacyjnych, które będą przyznawane za poszczególne formy kształcenia zostaną określone w akcie wykonawczym. Przedmiotowa materia obecnie jest uregulowana Uchwałą nr 166/VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2025 r. w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązku dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne, niemniej istotne jest wprowadzenie przepisów prawa rangi ustawowej w tym zakresie;

10. zgodnie z projektowanymi rozwiązaniami specjalizacje będą mogły realizować jedynie te jednostki, które uzyskają akredytację dyrektora CMKP. Projektowane rozwiązanie jest zgodne z dokumentem - „Polityka wieloletnia państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”, stanowiącym załącznik do uchwały nr 124/2019 Rady Ministrów z dnia 15 października 2019 r. Jednocześnie z uwagi na fakt, iż obecnie w dużej części obszarów pielęgniarstwa i położnictwa nabywają takie same kompetencje w trakcie kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego, gdyż niektóre treści kształcenia powielają się, konieczne było określenie warunków uzyskania akredytacji i przygotowania nowych programów specjalizacji, na wzór standardów przyjętych w pozostałych zawodach medycznych (diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów, fizjoterapeutów, lekarzy). Projektowana ustawa wskazuje, że specjalizacje będą mogły realizować wyłącznie jednostki szkolące wpisane na listę prowadzoną przez dyrektora CMKP, po uzyskaniu akredytacji CMKP.

**Akredytacja będzie mogła zostać udzielona na wniosek zainteresowanego podmiotu. Zakłada się, że jednostka będzie mogła złożyć wniosek przez System Monitorowania Kształcenia Podyplomowego Kadr Medycznych (SMK). Akredytacja będzie mogła zostać udzielona, jeżeli podmiot spełni następujące warunki:**

1. powołała kierownika specjalizacji;
2. powołała zespół do spraw kształcenia podyplomowego;
3. podpisała promesy lub zawarła umowy na pełnienie obowiązków kierowników specjalizacji z osobami posiadającymi tytuł specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa. W przypadku braku specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa, specjalista w dziedzinie pokrewnej;

4. spełniła założenia organizacyjno-programowe określone w programie danej specjalizacji;
  5. opracowała regulamin organizacyjny specjalizacji;
  6. oświadczyła, że będzie prowadziła dokumentację odzwierciedlającą prawidłowy przebieg procesu kształcenia;
  7. zapewnia realizację staży określonych programem specjalizacji w ramach własnej struktury organizacyjnej lub zawarł z innymi podmiotami umowy lub porozumienia o realizacji tych staży, jeżeli nie może zapewnić ich odbywania w ramach swojej struktury organizacyjnej. Dyrektor CMKP będzie udzielał akredytacji na okres 5 lat;
11. szczegółowe uregulowanie zasad Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Pielęgniarki lub Położnej, zwanego „PESP”. W projektowanej ustawie przewiduje się regulacje prawne, które wskazują, że CEM będzie organizowało i przeprowadzało egzaminy specjalizacyjne. Pielęgniarka lub położna, która uzyska potwierdzenie odbycia specjalizacji, podobnie jak dotychczas będzie mogła wystąpić do dyrektora CEM, z wnioskiem o przystąpienie do PESP (obecnie wniosek o przystąpienie do egzaminu państwowego składany jest do CMKP). Projektowanym nowym rozwiązaniem będzie wprowadzenie egzaminu praktycznego, który będzie się odbywał po zaliczeniu części teoretycznej, podobnie, jak ma to obecnie miejsce w innych zawodach medycznych;
  12. przewiduje się doprecyzowanie na wzór innych zawodów procedury uznawania przez ministra właściwego do spraw zdrowia tytułu specjalisty, zdobytego w państwach członkowskich UE, w Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej przed dniem 1 stycznia 2021 r. czy poza terytorium UE, za równoważny tytułowi specjalisty w określonej dziedzinie szkolenia specjalizacyjnego w Rzeczypospolitej Polskiej;
  13. przewiduje się także zachowanie dotychczasowych rozwiązań dotyczących dofinansowywania szkoleń specjalizacyjnych dla pielęgniarek i położnych. Zgodnie z projektowaną ustawą specjalizacje dla pielęgniarek i położnych, będą dofinansowywane w ramach dotacji podmiotowej, którą CMKP otrzymuje z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, w ramach posiadanych środków, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, które mogą corocznie rozpocząć specjalizację dofinansowywaną z tych środków. Dyrektor CMKP będzie dokonywał wyboru jednostki szkolącej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne dofinansowywane ze środków publicznych (jak dotychczas). Wybór jednostki szkolącej będzie odbywał się z zastosowaniem przepisów o zamówieniach publicznych, z uwzględnieniem zapotrzebowania na specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa;
14. rejestr organizatorów kształcenia podyplomowego, będący rejestrem działalności regulowanej, tak jak dotychczas będzie prowadzony przez NRPiP. Do rejestru będą wpisywane podmioty na ich wnioski, które będą prowadziły kursy kwalifikacyjne i kursy doskonalące. Przedmiotowa materia, w tym zakres problematyki kursów kwalifikacyjnych, sposób i tryb przeprowadzania postępowania kwalifikacyjnego, sposób i tryb odbywania i zaliczania, wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursu kwalifikacyjnego, zostanie szczegółowo uregulowany w akcie wykonawczym. Projektowane rozwiązania zakładają zmianę dotychczasowej formuły kursów kwalifikacyjnych. Nowe kursy kwalifikacyjne, nie będą powielały treści kształcenia ujętych w programach specjalizacji czy treści kształcenia przeddyplomowego. Zakłada się, że na kursach tych pielęgniarki i położne będą zdobywały kwalifikacje do udzielania konkretnych świadczeń.
  15. uregulowanie kwestii nadzoru nad realizacją kształcenia podyplomowego. Nadzór nad specjalizacją będzie sprawował minister właściwy do spraw zdrowia, za pośrednictwem dyrektora CMKP, będzie on obejmował realizację procesu kształcenia specjalizacyjnego prowadzonego przez jednostki szkolące. Obecnie dyrektor CMKP może prowadzić kontrolę również pozostałych rodzajów kształcenia podyplomowego. W tym zakresie projektowana ustawa zakłada, że pozostałe formy kształcenia podyplomowego tj. kursy kwalifikacyjne oraz kursy doskonalące będą nadzorowane wyłącznie przez organ rejestrowy, tj. NRPiP.

**Organ odpowiedzialny za opracowanie projektu:**

Ministerstwo Zdrowia

**Osoba odpowiedzialna za opracowanie projektu:**

Katarzyna Kęcka – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

**Organ odpowiedzialny za przedłożenie projektu**

**Radzie Ministrów:**

Ministerstwo Zdrowia

**Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów:**

III/IV kwartał 2026 r.

# Szczepienia osób dorosłych w POZ

Nasza grupa zawodowa w ostatnich latach uzyskała nowe kompetencje w zakresie szczepień ochronnych, które dają nam możliwość przeprowadzić cały proces w całości – od zaordynowania preparatu szczepionkowego, poprzez badanie kwalifikacyjne, wykonanie szczepienia oraz jego udokumentowanie.

mgr pielęgniarstwa **Natalia Lekowska**

mgr prawa **Marcin Kosmański**

Dział Rozwoju Zawodu, NIPiP

Do tej pory szczepienie osób dorosłych traktowano trochę po macoszemu, kładąc duży nacisk na szczepienia najmłodszych. Tymczasem ze względu na tempo starzenia się społeczeństwa i rosnącą liczbę osób z chorobami przewlekłymi, m.in. cukrzycą, chorobami układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego, przewlekłymi chorobami wątroby i nerek, zaburzeniami odporności, to konieczne, żeby zwrócić uwagę na nie. W przypadku dorosłych pacjentów i seniorów, u których odporność jest niższa, szczepienia to nie tylko szansa na uniknięcie ciężkich powikłań związanych z przebiegiem choroby zakaźnej, powstrzymanie zaostrzenia choroby przewlekłej w wyniku zakażenia, ale także utrzymanie zdrowia, sprawności i poprawę jakości życia.

Jako pielęgniarki, pielęgniarze możemy pochwalić się dość sporym wachlarzem kompetencji w zakresie realizacji szczepień ochronnych:

- ▶ Możemy kwalifikować osoby dorosłe do szczepień zalecanych (patrz dalej), a także od 1 stycznia 2025 roku dotyczy to również dzieci powyżej 9. roku życia.
- ▶ Każde wykonane szczepienie zalecane musimy wpisać do tzw. e-karty szczepień.
- ▶ Możemy ordynować preparaty immunologiczne do szczepień ochronnych.

## ORDYNOWANIE PREPARATU SZCZEPIONKOWEGO

Osoby, które ukończyły kurs specjalistyczny „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych cz. 1” lub są tzw. młodymi magistrami, czyli rozpoczęły swoje studia w roku akademickim 2017/2018 lub później (i są z tego kursu automatycznie zwolnione), mogą samodzielnie ordynować wszystkie szczepionki przeznaczone



do realizacji szczepień zalecanych u dzieci powyżej 9. roku życia i dorosłych. Co więcej – mogą to robić w ramach określonych refundacji dla tych grup.

## KWALIFIKACJA DO SZCZEPIENIA

**Zgodnie z obowiązującymi przepisami** każda osoba zgłaszająca się na szczepienie musi mieć przeprowadzone badanie kwalifikacyjne do szczepienia – art. 17 ust. 2 oraz art. 19 ust. 5a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1675).

**Badanie kwalifikacyjne** jest ważne 24 godziny i ma na celu wykrycie ewentualnych przeciwwskazań do szczepienia oraz zminimalizowanie ryzyka wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepionkowego (NOP) i zapewnienie maksymalnej skuteczności szczepienia – art. 17 ust. 3 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

**Badanie kwalifikacyjne** do każdego szczepienia składa się z ukierunkowanego wywiadu oraz przesiewowego badania przedmiotowego, które obejmuje ocenę stanu ogólnego pacjenta, w tym podstawowych parametrów życiowych (temperatura, akcja serca, oddychanie, świadomość), zbadanie gardła, węzłów chłonnych oraz osłuchanie płuc i serca.

**Rozmowa o wystąpieniu potencjalnych odczynów poszczepionkowych** należy również do procesu kwalifikacji do szczepienia – każdy powinien być poinformowany o rodzajach NOP, jakie mogą wystąpić po danej szczepionce, oraz o czasie, w którym te odczyny najczęściej występują, że większość objawów niepożądanych nie jest spowodowana działaniem szczepionki, że mają związek czasowy, a nie przyczynowy, mogą być spowodowane inną chorobą.

**Uwaga. Kwestionariusz wywiadu przesiewowego osoby dorosłej** (należy wypełnić przed każdym badaniem kwalifikacyjnym):

- ▶ Czy jest Pan/Pani dziś chory/a?

- ▶ Czy jest Pan/Pani uczulony/a na leki, pokarmy, jakieś szczepionki lub lateks?
- ▶ Czy wystąpiła u Pana/Pani kiedykolwiek ciężka niepożądana reakcja po szczepieniu?
- ▶ Czy choruje Pan/Pani przewlekle na chorobę serca, astmę lub inną chorobę płuc, nerek, chorobę metaboliczną (np. cukrzycę), niedokrwistość lub inną chorobę krwi?
- ▶ Czy choruje Pan/Pani na nowotwór złośliwy, białaczkę, AIDS (zakażenie HIV) lub inne choroby układu immunologicznego (odpornościowego)?
- ▶ Czy otrzymywał/a Pan/Pani w ciągu minionych 3 miesięcy lub aktualnie otrzymuje kortyzon, prednizon lub inny kortykosteroid (Deksametazon, Encorton, Encorton, Hydrokortyzon, Medrol, Metypred, itp.), leki przeciw nowotworom złośliwym (cytostatyczne), radioterapię (napromienianie) lub leczenie z powodu zapalenia stawów, nieswoistego zapalenia jelita (np. choroby Crohna) lub łuszczycy?
- ▶ Czy występowały u Pana/Pani drgawki, zaburzenia ze strony mózgu lub inne objawy ze strony układu nerwowego (np. zaburzenia świadomości, utrata przytomności, niedowład lub paraliż)?
- ▶ Czy w ciągu minionego roku otrzymał/a Pan/Pani krew lub preparat krwi (np. osocze, krwinki czerwone, płytki krwi), lek nazywany immunoglobuliną (gammaglobuliną) lub lek przeciwwirusowy (z powodu opryszczki zwykłej, ospy wietrznej lub półpaśca)?
- ▶ Czy otrzymał/a Pan/Pani jakąkolwiek szczepionkę w ciągu ostatnich 4 tygodni?
- ▶ (tylko dla Pań) Czy jest Pani w ciąży lub istnieje szansa, że będzie Pani w ciągu najbliższego miesiąca?

Kwestionariusz udostępniony przez stronę szczepienia info [szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarczy/kwalifikacja-do-szczepienia/](http://szczepienia.pzh.gov.pl/dla-lekarczy/kwalifikacja-do-szczepienia/). Na tej stronie znajdują się również dodatkowe informacje, niezbędne do przeprowadzenia wywiadu przesiewowego.

## BADANIE KWALIFIKACYJNE

**Od dnia 1 stycznia 2025 r. badanie kwalifikacyjne do szczepień ochronnych zalecanych u osób dorosłych oraz dzieci powyżej 9. roku życia mogą przeprowadzać pielęgniarki i położne** (zgodnie z art. 19 ust. 5aa ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi) pod warunkiem posiadania kwalifikacji określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2023 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 782) lub ukończenia kursu teoretycznego i praktycznego do szczepień, którego program został zatwierdzony przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Zgodnie z § 9 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia **pielęgniarka i położna może wykonać badanie kwalifikacyjne, jeżeli program ukończonego przez nią kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych lub odbyła w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych, a po przeszkoleniu zyskała dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia.**

**Pielęgniarki i położne posiadające wskazane wyżej kwalifikacje mogą wykonywać obowiązkowe oraz zalecane szczepienia ochronne (podawać szczepionkę) osobom dorosłym oraz dzieciom do ukończenia 18. roku życia** (art. 19 ust. 5b ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi). Warto podkreślić, iż w tym przypadku brak jest ograniczenia określonego dla wykonywania badań kwalifikacyjnych przez pielęgniarki i położne jedynie u dzieci powyżej 9. roku życia.

**Pielęgniarki i położne** mają uprawnienia określone w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. 2026 r., poz. 15). **W ramach samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych osoby posiadające dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo samodzielnie ordynować leki zawierające określone substancje czynne, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, w tym wystawiać na nie recepty, ordynować określone wyroby medyczne, w tym wystawiać na nie zlecenia albo recepty.**

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2024 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne (t.j. Dz.U. z 2025 r., poz. 1054) **pielęgniarki i położne mają możliwość wystawienia recepty na preparaty szczepionkowe w pełnym zakresie refundacji.**

Aktualnie objętymi refundacją zalecanymi szczepieniami ochronnymi są:

- ▶ szczepionka przeciw RSV bezpłatna dla kobiet w ciąży oraz osób powyżej 65. roku życia, refundacja w 50% dla osób w wieku 60 lat i więcej;
- ▶ szczepionka przeciw półpaścowi dostępna jest:
  - 50% odpłatności dla pacjentów w wieku 18 lat i więcej, którzy mają zwiększone ryzyko zachorowania na półpaśiec,

- bezpłatna dla osób starszych w wieku 65 lat i więcej o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpasiec.

Zwiększone ryzyko zachorowania na półpasiec zostało zdefiniowane jako jedna z wymienionych niżej współchorobowości:

- ▶ choroby przewlekłe: cukrzyca, przewlekła choroba płuc, przewlekła choroba serca, przewlekła niewydolność nerek;
- ▶ stany zaburzenia odporności: jatrogena immunosupresja, przeszczep narządu łitego, wrodzony lub nabyty niedobór odporności, zakażenie wirusem HIV;
- ▶ choroby nowotworowe: białaczka, choroba Hodgkina, szpiczak mnogi, uogólniona choroba nowotworowa;
- ▶ choroby autoimmunizacyjne: łuszczyca, łuszcycowe zapalenie stawów, nieswoiste zapalenie jelit, reumatoidalne zapalenie stawów, stwardnienie rozsiane, toczeń układowy, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa.

#### Wykonanie:

Podanie domięśniowe – 0,5 ml.

Warto zwrócić uwagę, że szczepionka przeciw RSV, która jako pierwsza została objęta refundacją, zawiera: proszek, rozpuszczalnik i adapter w opakowaniu do przygotowania szczepionki. Można zadać pytanie, czemu służy adapter? Adaptery są stosowane w nowoczesnych preparatach i umożliwiają połączenie dwóch elementów, w tym przypadku fiolki z ampułko-strzykawką, w sposób sterylny i bezpieczny. Adapter eliminuje konieczność przekłuwania gumowego korka igłą oraz ogranicza ryzyko zanieczyszczenia szczepionki. Dzięki niemu zachowujemy aseptykę i mamy możliwość bezstratnego pobrania całej objętości szczepionki. Minusy adaptera: jeśli pod kątem przyłączymy adapter do fiolki – może spowodować to wyciek podczas używania. A jeśli zbyt mocno dokręcimy strzykawkę, również będziemy narażeni na wyciek podczas używania.

#### Dokumentacja:

Należy dokonać wpisu w e-karcie szczepień.

Procedura ICD9: 99.5515 – Szczepienie przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV).

**Wykaz zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia**

- ▶ Szczepienia przeciw ludzkiemu wirusowi brodawczaka (HPV) zalecane osobom po ukończeniu 9. roku życia do ukończenia 14. roku życia, w schemacie dwudawkowym; szczepienie musi być rozpoczęte do ukończenia 14. roku życia i może być zakończone po ukończeniu 14. roku życia (z zachowaniem dwudawkowego schematu w odstępie 6–12 mies.),

## SZCZEPIENIA ZALECANE OSOBOM DOROSŁYM

Szczepienia zalecane to takie, które nie są objęte obowiązkiem szczepień, ale są rekomendowane dla określonych grup czy wszystkich. Z reguły są płatne, choć wiele z nich zostało objętych refundacją lub są całkowicie darmowe dla wybranych grup.

- ▶ przeciw WZW B (wszyscy nieszczepieni, 3 dawki, dodatkowo ocena odporności poszczepiennej),
- ▶ przeciw grypie (raz w roku, na początku sezonu grypowego, 1 dawka),
- ▶ przeciw COVID-19 (wszyscy nieszczepieni, szczepienie podstawowe oraz wymagane dawki przypominające),
- ▶ przeciw błonicy, tężcowi i krztuścowi szczepionką dTap z obniżoną zawartością antygenów błonicy i krztuśca (dawka przypominająca co 10 lat),
- ▶ MMR przeciw odrze, śwince i różyczce (wszyscy nieszczepieni, 1 lub 2 dawki),
- ▶ przeciw ospie wietrznej (2 dawki szczepionki u osób, które nie chorowały na ospę wietrzną i nie zostały wcześniej zaszczepione w ramach szczepień obowiązkowych albo zalecanych),
- ▶ przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (3 dawki, dawka przypominająca co 3 do 5 lat),
- ▶ przeciw WZW A (wszyscy nieszczepieni, 2 dawki),
- ▶ przeciw półpaścowi (2 dawki),
- ▶ przeciw zakażeniom wirusem syncytialnym układu oddechowego (RSV) (osoby w 60. roku życia i starsze oraz osoby w wieku 50–59 lat ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na chorobę wywołaną przez RSV, a także kobiety w ciąży),
- ▶ przeciw inwazyjnym zakażeniom *Neisseria Meningitidis* – zapalenie opon mózgowych (osoby dorosłe narażone na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej szczepienie przeciw meningokokom grupy B 2 dawki, oraz meningokokom grupy A, C, W, Y 1 dawka),
- ▶ przeciw inwazyjnym zakażeniom *Streptococcus pneumoniae* – zapalenie płuc (osoby dorosłe powyżej 50. roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem osób od ukończenia 65. roku życia, osoby dorosłe z przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, w tym z marskością wątroby, przewlekłą chorobą nerek i ze-

społem nerczycowym, z cukrzycą; osoby dorosłe z wyciekami płynu mózgoworzeniowego, implantem ślimakowym; osoby dorosłe z anatomiczną lub czynnościową asplenią: sferocytozą i innymi hemoglobinopatiami, z wrodzoną i nabytą asplenią; osoby dorosłe z zaburzeniami odporności: wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, zakażeniem HIV, białaczką, chorobą Hodgkina, uogólnioną chorobą nowotworową związaną z leczeniem immunosupresyjnym, w tym przewlekłą steroidoterapią i radioterapią, szpiczakiem mnogim; osoby uzależnione od alkoholu, palące papierosy),

- ▶ przeciw zakażeniom ludzkimi wirusami brodawczaka (HPV) (osoby od ukończenia 9. roku życia, w tym niezaszczepieni dorośli, w celu uodpornienia przeciw chorobom wywołanym przez wirusa HPV, w tym jako zalecane szczepienie ochronne, dla którego zakup szczepionek został objęty finansowaniem ministra właściwego do spraw zdrowia),
- ▶ przeciw cholercie (osoby planujące pobyt w regionie występowania zagrożenia zakażeniem przecinkowca cholery),
- ▶ przeciw durowi brzuszemu (osoby planujące pobyt w regionie występowania zagrożenia zakażeniem pałeczką duru brzuszego oraz w kraju, w zależności od sytuacji epidemiologicznej),
- ▶ przeciw wścieklicznie (osoby planujące pobyt w regionie występowania zagrożenia zakażeniem wirusem wściekliczny),
- ▶ przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (Poliomyelitis) (osoby planujące pobyt w regionie występowania zagrożenia zakażeniem wirusem ostrego nagminnego porażenia dziecięcego – paraliż dziecięcy – osoby powyżej 19. roku życia niezaszczepione przeciw ostremu nagminnemu porażeniu dziecięcemu (Poliomyelitis) w ramach szczepień obowiązkowych),
- ▶ przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu (osoby planujące pobyt w regionie występowania zagrożenia zakażeniem wirusem japońskiego zapalenia mózgu),
- ▶ przeciw żółtej gorączce (osoby planujące pobyt w regionie występowania zagrożenia zakażeniem wirusem żółtej gorączki).

- ▶ Szczepienia przeciw COVID-19 zalecane osobom po ukończeniu 6. miesiąca życia, w schemacie wielodawkowym zgodnie z komunikatami Ministra Zdrowia,
- ▶ Szczepienia przeciw krztuścowi zalecane kobietom w ciąży po ukończeniu 27. do 36. tygodnia ciąży, a w uzasadnionych przypadkach zagrożenia przedwczesnym porodem – po ukończeniu 20. tygodnia ciąży, w schemacie jednodawkowym

(zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2025 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych, dla których zakup szczepionek został objęty finansowaniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia) (Dz. Urz. MZ z 2025 r. poz. 30).

### UDOKUMENTOWANIE SZCZEPIENIA

Po wykonaniu badania kwalifikacyjnego oraz realizacji szczepienia należy uzupełnić dokumentację. Podczas kwalifikacji w tzw. „systemie gabinetowym” należy opisać przebieg badania kwalifikacyjnego – ważne informacje z wywiadu oraz przebieg badania fizykalnego. Jeśli chodzi o wykonanie szczepienia, to zgodnie z wytycznymi od 1 października 2023 r. każde szczepienie zalecane obowiązkowo musi być wpisane w tzw. e-kartę szczepień. Program wymaga wpisania nazwy szczepionki oraz objętości preparatu, danej dawki i pełnej ilości dawek, określenia drogi i miejsca podania, numeru serii i daty ważności, sposobu finansowania. Po zapisaniu tego szczepienia trafia ono na platformę P1, gdzie w zdarzeniach medycznych u danego pacjenta – w zakładce szczepienia – jesteśmy w stanie sprawdzić inne podane pacjentowi preparaty szczepionkowe.

Szczepienia ochronne stały się dla ludzi wybawieniem od wielu chorób zakaźnych, których przebieg niejednokrotnie mógłby być tragiczny w skutkach. Jako pielęgniarki, pielęgniarze mamy przywilej brać czynny udział w całym procesie realizacji szczepień ochronnych – to wyróżnienie, ale też odpowiedzialność. Korzystajmy z kompetencji, które posiadamy – dzięki temu mamy ogromny wpływ na profilaktykę jaką są szczepienia.

**Przedruk z Magazynu Pielęgniarki i położnej 4/2026**



# Ciągły rozwój zawodowy pielęgniarek (CPD) jako warunek bezpieczeństwa pacjenta i profesjonalizmu zawodowego

Analiza systemów europejskich pokazuje, że niezależnie od różnic regulacyjnych – czy CPD ma charakter obowiązkowy, czy oparty na odpowiedzialności zawodowej – jego istota pozostaje niezmienna – jest to standard profesjonalizmu.

Przyjrzyjmy się bliżej temu tematowi.

dr hab. **DOROTA KILAŃSKA**, prof. GUMed.

Zakład Koordynowanej Opieki, Gdański Uniwersytet Medyczny

Ciągły rozwój zawodowy pielęgniarek (CPD – ang. Continuing Professional Development) stanowi jeden z kluczowych mechanizmów budowania bezpieczeństwa pacjenta w nowoczesnych systemach ochrony zdrowia. Zależność ta ma charakter bezpośredni i sekwencyjny: kształcenie ustawiczne prowadzi do aktualizacji wiedzy i umiejętności, co przekłada się na trafniejsze decyzje kliniczne, wcześniejsze rozpoznawanie zagrożeń oraz adekwatną reakcję terapeutyczną – opiekę nad pacjentem, zgodnie z najaktualniejszą wiedzą. W efekcie dochodzi do ograniczenia liczby błędów i powikłań, a tym samym do poprawy wyników leczenia i jakości opieki, na czym zależy wszystkim uczestnikom biorącym udział w opiece nad pacjentem. Należy podkreślić, że brak systemowego wsparcia dla CPD nie jest obojętny – prowadzi do zwiększenia ryzyka zdarzeń niepożądanych. W tym ujęciu CPD nie jest dodatkiem do praktyki zawodowej, lecz jej integralnym elementem i warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta.

## **Kształcenie przez całe życie (LLL), Kontynuacja profesjonalnego rozwoju (CPD)**

Wymóg uczestnictwa pielęgniarek w ciągłym rozwoju zawodowym (CPD) różni się pomiędzy krajami europejskimi oraz innymi regionami świata i może mieć charakter obowiązkowy lub dobrowolny. Na przykład w 2006 r. CPD było obowiązkowe w Wielkiej Brytanii, Belgii, Hiszpanii, Australii oraz w niektórych stanach Stanów Zjednoczonych. W tych krajach pielęgniarki uczestniczą w CPD, ponieważ stanowi to obowiązkowy warunek, określony przez organy regulacyjne pielęgniarstwa, konieczny do utrzymania rejestracji uprawniającej do wykonywania zawodu. Natomiast w Szwecji, Holandii i Irlandii pielęgniarki uczestniczą w CPD z własnej inicjatywy. Wynika to z ugruntowanej kultury profesjonalizmu, w której ciągłe doskonalenie kompetencji oraz aktywne poszukiwanie wiedzy stanowią integralny

element wykonywania zawodu, a nie obowiązek narzucony regulacyjnie. W 2025 r., na podstawie badania EFN obejmującego 28 krajów, wskazano wyraźny podział: obowiązkowe CPD funkcjonuje m.in. w Albanii, Bułgarii, na Cyprze, we Francji, Włoszech, na Litwie, w Rumunii, na Słowacji, w Słowenii i Wielkiej Brytanii, natomiast brak takiego wymogu dotyczy m.in. Danii, Finlandii, Niemiec, Grecji, Islandii, Malty, Holandii, Norwegii, Portugalii, Hiszpanii, Szwecji i Szwajcarii.

W krajach, gdzie CPD jest obowiązkowe, pielęgniarki uczestniczą w ustawicznym kształceniu poprzez udział w działaniach rozwoju zawodowego, które są adekwatne do ich obszarów praktyki. Obowiązkowe CPD oznacza „...proces ciągłej edukacji i rozwoju pracowników ochrony zdrowia, począwszy od kształcenia kwalifikacyjnego i przez cały okres życia zawodowego, w celu utrzymania zdolności do wykonywania zawodu oraz zwiększania profesjonalnej biegłości i ekspertyzy”.

CPD może również odnosić się do ram uczenia się oraz działań rozwoju zawodowego, które przyczyniają się do ciągłej efektywności zawodowej i utrzymania kompetencji. W szerokim ujęciu CPD jest związane z ustawicznym kształceniem i ciągłym uczeniem się – zarówno formalnym, jak i nieformalnym – które prowadzi do nabywania wiedzy oraz transferu umiejętności przez praktykującą pielęgniarkę, w celu utrzymania prawa wykonywania zawodu oraz kompetentnej praktyki. Osoby uczące się mogą stosować podejście mieszane (blended learning), zależnie od okoliczności i kontekstu środowiska edukacyjnego.

Zaznaczyć należy, że aby skutecznie zapewnić kompleksową opiekę pacjentom, pielęgniarki muszą korzystać z najlepszych dostępnych dowodów naukowych, do czego zobowiązuje nas ustawa o zawodach stojąca na straży bezpieczeństwa publicznego. Wymaga to różnych sposobów uczenia się oraz różnych metod pozyskiwania i tworzenia wiedzy. W tym celu pielęgniarki mogą angażować się w różne formy zdobywania wiedzy w ramach CPD, zarówno poprzez:

- ▶ uczenie się formalne (kursy, szkolenia, warsztaty),
- ▶ jak i uczenie się nieformalne w miejscu pracy, obejmujące refleksję własną,

Refleksja własna w CPD to świadoma i systematyczna analiza własnej praktyki zawodowej, ukierunkowana na poprawę jakości opieki oraz bezpieczeństwa pacjenta. Jest dokumentowana w portfolio sprawozdanego do regulatora, jako dowód uczenia się z doświadczenia, obejmujący opis sytuacji klinicznych, ich analizę oraz plan działań naprawczych lub doskonalących, w tym także w kontekście odpowiedzialności zawodowej i prawnej. Przykład: „Podczas dyżuru opiekowałam się pacjentem z niewydolnością serca, u którego pojawiły się pierwsze objawy pogorszenia stanu (duszność, spadek saturacji). Początkowo nie uznałam ich za alarmujące, co opóźniło reakcję.

Analiza tej sytuacji uświadomiła mi potrzebę pogłębienia wiedzy w zakresie wczesnego rozpoznawania zagrożeń oraz wzmocnienia kompetencji decyzyjnych. W odpowiedzi podjęłam działania rozwojowe (szkolenie, przegląd wytycznych, konsultacje zespołowe), które przełożyły się na szybsze reagowanie w podobnych sytuacjach”.

- ▶ analizę literatury w celu identyfikacji najlepszych dowodów (np. journal clubs) oraz
- ▶ wzajemne udzielanie informacji zwrotnej.

### Jak dawać informację zwrotną w pielęgniarstwie? (CPD)

#### Oдно się do faktów, nie do osoby

Mów o konkretnym działaniu („podczas podania leku...”) zamiast oceniać („zrobiłaś to źle”).

#### Zachowaj symetrię

Wskaż zarówno to, co zostało wykonane dobrze, jak i obszary do poprawy.

#### Bądź konkretny

Unikaj ogólników – podaj jasne przykłady i możliwe rozwiązania.

#### Przekazuj feedback na bieżąco

Największą wartość ma informacja zwrotna udzielona bezpośrednio po zdarzeniu.

#### Zaproponuj kierunek poprawy

Nie tylko „co było nie tak”, ale „co zrobić inaczej następnym razem”.

#### Twórz atmosferę zaufania

Feedback powinien wspierać rozwój, a nie budzić lęk.

Dobrze udzielona informacja zwrotna przekształca doświadczenie zespołu w bezpieczniejszą praktykę kliniczną.

### Jak przyjmować informację zwrotną w pielęgniarstwie? (CPD)

#### Śluchaj uważnie, bez przerywania

Skoncentruj się na treści, nie na emocjach.

#### Oddziel informację od oceny osobistej

Feedback (informacja zwrotna) dotyczy działania, nie Twojej wartości jako osoby.

#### Dopytaj, jeśli coś jest niejasne

Poproś o przykład lub doprecyzowanie („Co mogłam zrobić inaczej?”).

#### Przeanalizuj i odnieś do praktyki

Zastanów się, jak wykorzystać informację w codziennej pracy.

#### Podziękuj za feedback (informację zwrotną)

To element profesjonalnej współpracy i rozwoju.

#### Zaplanuj zmianę

Określ konkretne działanie, które wdrożysz w podobnej sytuacji.

Umiejętność przyjmowania informacji zwrotnej jest kluczowym elementem profesjonalizmu i warunkiem rozwoju kompetencji klinicznych.

Uczenie się nieformalne ma często charakter dobrowolny i jest w dużej mierze inicjowane oraz kontrolowane przez same pielęgniarki, z zamiarem rozwijania wiedzy i umiejętności. Ze względu na swoją nieustrukturyzowaną, a czasem niezamierzoną naturę, uczenie się to często zachodzi w trakcie interakcji z współpracownikami i pacjentami. Tutaj z pomocą przychodzi autorefleksja udokumentowana w portfolio. Jedną z zalet uczenia się w miejscu pracy – zarówno formalnego, jak i nieformalnego – jest możliwość wykorzystania wiedzy i doświadczenia dostępnych już w oddziale. Uczenie się w miejscu pracy często zależy od decyzji i gotowości kadry zarządzającej do stworzenia warunków (czasu i przestrzeni) sprzyjających uczeniu się w środowisku klinicznym. Niemniej jednak należy podkreślić, że nieformalne uczenie się w miejscu pracy nie jest pojedynczym wydarzeniem, lecz ciągłym procesem, opartym na codziennych doświadczeniach zawodowych.

#### Do głównych barier tego typu uczenia się należą:

- ▶ niedobór pielęgniarek posiadających kompetencje w zakresie CPD,
- ▶ potrzeby oddziału,
- ▶ niewystarczające obsady kadrowe.

Dowody z literatury dotyczącej CPD wskazują, że wiele pielęgniarek preferuje nieformalne, oparte na pracy metody uczenia się, podkreślając, że najbardziej wartościowe uczenie się zachodzi poprzez interakcje z innymi pracownikami. Co podkreślają także eksperci z Irlandii. W badaniu Clarke wykazano, że pielęgniarki uznają za szczególnie istotne takie formy uczenia się nieformalnego, jak:

- ▶ nadzór,
- ▶ uczestnictwo w spotkaniach zespołu i odprawach,
- ▶ mentoring,
- ▶ obserwacja.

Ostatecznie, niezależnie od zastosowanej formy realizacji CPD, ciągły rozwój zawodowy poszerza kompetencje praktyka poza zakres kształcenia podstawowego, uzyskanych kwalifikacji i wdrożenia do pracy, a tym samym potencjalnie podnosi jakość jego praktyki zawodowej.

### Finansowanie ciągłego rozwoju zawodowego (CPD)

Istotnym aspektem funkcjonowania systemów ciągłego rozwoju zawodowego (CPD) w Europie jest sposób ich finansowania, który – podobnie jak regulacje prawne – pozostaje zróżnicowany pomiędzy krajami. Analiza raportu EFN (2025) wskazuje, że dominującym modelem jest **system mieszany**, w którym koszty kształcenia ustawicznego są współdzielone pomiędzy pielęgniarki, pracodawców oraz państwo.

W większości krajów europejskich (ok. 54%) finansowanie CPD opiera się na podziale odpowiedzialności finansowej, co oznacza, że:

- ▶ pracodawcy (np. szpitale, instytucje ochrony zdrowia) pokrywają część kosztów szkoleń, szczególnie tych związanych bezpośrednio z wykonywaną pracą,
- ▶ pielęgniarki inwestują we własny rozwój zawodowy, zwłaszcza w przypadku kursów specjalistycznych lub edukacji wykraczającej poza zakres obowiązków służbowych,
- ▶ państwo lub system publiczny wspiera wybrane formy kształcenia, szczególnie w obszarach priorytetowych dla systemu ochrony zdrowia. W krajach o bardziej rozwiniętych systemach CPD obserwuje się również mechanizmy wsparcia strukturalnego, takie jak:
  - finansowanie szkoleń w ramach programów publicznych lub funduszy europejskich,
  - zapewnienie czasu pracy przeznaczonego na rozwój zawodowy,
  - refundacja kosztów kursów lub dostęp do bezpłatnych platform edukacyjnych.

Jednocześnie w części państw koszty CPD w większym stopniu obciążają indywidualnych pracowników, co może stanowić barierę w dostępie do kształcenia, zwłaszcza w kontekście niedoborów kadrowych i ograniczeń organizacyjnych.

Należy podkreślić, że sposób finansowania CPD ma bezpośredni wpływ na jego dostępność, jakość oraz efektywność. Systemy, w których odpowiedzialność finansowa jest współdzielona, sprzyjają większemu zaangażowaniu zarówno pracodawców, jak i pracowników, a tym samym wspierają

rozwój kompetencji klinicznych i poprawę jakości opieki.

W świetle powyższego finansowanie CPD powinno być traktowane jako inwestycja systemowa, a nie koszt, ponieważ bezpośrednio przekłada się na bezpieczeństwo pacjenta, efektywność systemu ochrony zdrowia oraz stabilność kadrową.

### Stanowisko Europejskiej Federacji Stowarzyszeń Pielęgniarek – EFN w zakresie CPD

Opierając się na stanowisku EFN dotyczącym uczenia się przez całe życie i ciągłego rozwoju zawodowego (2023), dokumentach EFN dotyczących uczenia się przez całe życie (LLL – ang. Long-Live-Learning – uczenie się przez całe życie) (2019) oraz ciągłego rozwoju zawodowego (CPD) (2015), a także pozostając w zgodzie z europejskim filarem praw socjalnych oraz Europejską Agendą Umiejętności, EFN popiera potrzebę inwestowania we wspólne europejskie ramy uznawania punktów CPD, które będą sprzyjać rozwojowi umiejętności i kompetencji pielęgniarek oraz przyczyniać się do zapewnienia wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej. Dyrektywa UE 2013/55/UE, która określa minimalne wymagania kształcenia pielęgniarek w celu automatycznego uznawania kwalifikacji w Unii Europejskiej, umożliwiając mobilność pielęgniarek, podkreśla również znaczenie ciągłego rozwoju zawodowego/uczenia się przez całe życie w pielęgniarstwie, zwłaszcza w kontekście dynamicznego rozwoju terapii i technologii wpływających na codzienną praktykę pielęgniarską.

Pierwsze badanie przeprowadzone przez EFN w 2006 r. i powtórzone w 2012 r. Raport EFN z 2025 r.

Kraj	czy cpd jest obowiązkowe?	wymagana liczba punktów / godzin	Konsekwencje braku szkoleń
albania	Tak	10 pkt/rok (łącznie 50 pkt w 5 lat)	6-miesięczny staż lub egzamin
Bułgaria	Tak	150 pkt w ciągu 5 lat	Utrata dodatku finansowego za certyfikację
cypr	Tak	20 pkt ICNEC lub 32 h co 4 lata	Brak odnowienia licencji, ryzyko obniżki pensji
francja	Tak	System 3-letni (cele ustalone przez MZ)	Zależne od oceny izby/pracodawcy
estonia	Tak	60 h na rok	Dodatkowe szkolenie w kontekście wymogów płatnika

Hiszpania	NIE	CFS punkty	Ma charakter zalecany i profesjonalny, choć w praktyce często wymagany przez pracodawców
Łotwa	TAK (2004-2005)		
słowacja	Tak	100 pkt w ciągu 5 lat	Kary finansowe od 2,5 € do 660 €
słowenia	Tak	70 punktów w 7 lat	Wykreślenie z rejestru, zakaz praktyki
wlk. Brytania	Tak	35 h co 3 lata (w tym 20 h interaktywnych)	Wygaśnięcie rejestracji, zakaz pracy
włochy	Tak	150 pkt ECM w ciągu 3 lat	Zależne od systemu punktowego

Źródła: EFN-European Federation of Nurses Associations. European Federation of Nurses Associations EFN Report on Continuous Professional Development. Brussels: 2025; EFN-European Federation of Nurses Associations. EFN Report on continuing professional development in nursing. Brussels: 2006

Z raportu EFN (2025) wynika, że w większości krajów (54%) funkcjonują systemy mieszane, gdzie koszty dzielone są między pielęgniarkę, pracodawcę i państwo. Większość badanych państw posiada ramy prawne dotyczące kształcenia ustawicznego, ale tylko 46% uznaje je za obowiązkowy warunek utrzymania prawa do wykonywania zawodu (licencji). W krajach, gdzie systemy są najbardziej dojrzałe (np. Słowenia, Chorwacja, Irlandia), to Krajowe Stowarzyszenia Pielęgniarek (NNA) pełnią rolę regulatora. To one decydują, jakie szkolenie zasługuje na punkty kredytowe.

model cpd	charakter systemu	Kraje	cechy systemu
obowiązkowy (prawny)	CPD wymagane do utrzymania prawa wykonywania zawodu	Albania, Bułgaria, Cypr, Francja, Włochy, Litwa, Rumunia, Słowacja, Słowenia, Wielka Brytania	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ powiązanie z rejestracją/rejestracją okresową</li> <li>▶ często system punktowy lub godzinowy</li> <li>▶ kontrola przez regulatora</li> </ul>

dobrowolny, ale standard zawodowy	Brak formalnego obowiązku ustawowego	Dania, Finlandia, Niemcy, Grecja, Islandia, Malta, Holandia, Norwegia, Portugalia, Hiszpania, Szwecja, Szwajcaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ oparty na odpowiedzialności zawodowej</li> <li>▶ często wymagany przez pracodawcę</li> <li>▶ brak sankcji prawnych</li> </ul>
-----------------------------------	--------------------------------------	---	--

Źródło: EFN-European Federation of Nurses Associations. European Federation of Nurses Associations EFN Report on Continuous Professional Development. Brussels: 2025

W Słowenii intensywna reforma i system punktowy zostały uregulowane w okolicach wejścia do UE w 2004 roku. Podobnie jak na Litwie czy Łotwie, gdzie Certyfikat zawodowy jest odnawiany co 5 lat na podstawie udokumentowanych szkoleń. Za proces odpowiada Łotewskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (Latvijas Māsu asociācija). Raport podkreśla trend „profesjonalizacji” – państwa coraz częściej delegują uprawnienia do oceny CPD na rzecz samorządów zawodowych (nursing regulators), uznając, że to środowisko pielęgniarskie najlepiej definiuje potrzeby edukacyjne. W krajach z silną legislacją w zakresie CPD (np. Wielka Brytania, Włochy) brak udokumentowanego CPD może skutkować zawieszeniem w prawie do wykonywania zawodu. W krajach opartych na organizacjach (NNA) sankcje są częściej zawodowe lub finansowe (np. brak awansu). Pomimo różnic, aż 96% krajów wymaga obowiązkowej rejestracji pielęgniarek, aby mogły one wykonywać zawód.

### Formy ciągłego doskonalenia zawodowego (CPD) w Europie

Analiza raportu European Federation of Nurses Associations (EFN, 2025), obejmującego 28 krajów europejskich, wskazuje, że pomimo istotnych różnic w zakresie regulacji prawnych zakres i charakter form ciągłego doskonalenia zawodowego (CPD) są w Europie w dużej mierze spójne i powtarzalne. Oznacza to, że niezależnie od przyjętego modelu (ustawowego, regulacyjno-zawodowego lub opartego na odpowiedzialności profesjonalnej) pielęgniarki w Europie realizują podobne typy aktywności rozwojowych, które stanowią de facto wymagany standard wykonywania zawodu.

Do podstawowych form CPD należą przede wszystkim kursy i szkolenia formalne, w tym kursy specjalistyczne, kwalifikacyjne oraz programy akredytowane przez instytucje krajowe lub organizacje zawodowe. W wielu krajach aktywności te są powiązane z systemami punktowymi lub godzinowymi i stanowią podstawę dokumentowania rozwoju zawodowego. Coraz większe znaczenie mają rów-

niez formy kształcenia cyfrowego (e-learning), które umożliwiają dostęp do edukacji niezależnie od miejsca pracy i wpisują się w rozwój kompetencji cyfrowych w ochronie zdrowia. Istotnym elementem CPD jest także udział w konferencjach, kongresach i seminariach naukowych, które umożliwiają aktualizację wiedzy oraz wymianę doświadczeń zawodowych. W wielu systemach europejskich aktywność ta podlega formalnej walidacji i jest włączana do systemów rozliczania CPD. Kolejną grupę stanowią działania związane z rozwojem akademickim i naukowym, takie jak udział w projektach badawczych, publikacje naukowe czy podejmowanie studiów podyplomowych i specjalizacji. Formy te są szczególnie istotne w kontekście rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej oraz budowania kompetencji opartych na dowodach naukowych (EBP).

Raport EFN podkreśla również znaczenie uczenia się w miejscu pracy (work-based learning), które obejmuje rozwój kompetencji poprzez praktykę kliniczną, wdrażanie nowych procedur, rotacje stanowiskowe czy udział w zespołach interdyscyplinarnych. W wielu krajach europejskich forma ta jest traktowana jako równoważna wobec formalnych kursów, co wskazuje na odejście od wyłącznie „punktowego” rozumienia CPD. Szczególne znaczenie w części systemów (np. Wielka Brytania, Irlandia, kraje skandynawskie) ma także refleksja zawodowa i **prowadzenie portfolio**, które dokumentują rozwój kompetencji oraz zdolność do krytycznej analizy własnej praktyki. Element ten stanowi kluczowy komponent modelu profesjonalnego, opartego na autonomii i odpowiedzialności zawodowej. Do uznawanych form CPD zalicza się również działalność dydaktyczną i mentoring, w tym prowadzenie szkoleń, superwizję kliniczną oraz wsparcie młodszych pracowników. W wielu systemach aktywności te są formalnie uznawane jako element rozwoju zawodowego.

W świetle powyższego należy podkreślić, że formy CPD w Europie mają charakter uniwersalny i są powszechnie wymagane jako element profesjonalnej praktyki pielęgniarskiej, niezależnie od tego, czy ich realizacja jest regulowana ustawowo, czy wynika z norm zawodowych i oczekiwań pracodawców. Różnice między krajami dotyczą przede wszystkim sposobu ich formalizacji (systemy punktowe, godzinowe, portfolio), a nie samej istoty rozwoju zawodowego.

Ciągły rozwój zawodowy pielęgniarek (CPD – ang. Continuing Professional Development) stanowi jeden z kluczowych mechanizmów budowania bezpieczeństwa pacjenta w nowoczesnych systemach ochrony zdrowia.

Natomiast obecne ramy regulacyjne UE nie obejmują systemu regulującego uznawanie umiejętności i kompetencji nabytych w ramach CPD/LLL, który umożliwiałby uznawanie tych kompetencji we wszystkich państwach członkowskich. W związku z tym EFN przyjmuje następujące rekomendacje dotyczące stworzenia ram UE umożliwiających łatwe przenoszenie punktów CPD przez pielęgniarki w obrębie Unii, jak:

1. Komisja Europejska powinna zgromadzić informacje na temat istniejących krajowych systemów akredytacji punktów CPD w pielęgniarstwie. Na podstawie zebranych danych oraz uwzględniając dobre praktyki, Komisja powinna opracować wspólny europejski system akredytacji punktów CPD dla pielęgniarek, uznawany przez wszystkie państwa członkowskie, zgodnie z obowiązującymi regulacjami krajowymi. EFN, wykorzystując doświadczenie krajowych organizacji pielęgniarskich (NNA), będzie wspierać wspólne tworzenie ram UE, które będą możliwe do wdrożenia i uwzględnią potrzeby pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem.
2. Państwa członkowskie UE powinny w pełni wdrożyć zalecenie Rady 2022/C 243/02 dotyczące europejskiego podejścia do mikropoświadczeń w uczeniu się przez całe życie i zatrudnialności, które określa jasną definicję „mikropoświadczeń”. Mogą one uzupełniać rozwój europejskich ram punktów CPD w pielęgniarstwie, ponieważ zakłada się ich pełną „przenaszalność” i „kumulowalność”.
3. Zaleca się wdrożenie wspólnych ram uznawania mikropoświadczeń zgodnie z Europejską Ramą Kwalifikacji (EQF), co umożliwi różnym instytucjom łatwiejsze zrozumienie poziomu wykształcenia osiągniętego przez pielęgniarki w ramach uczenia się nieformalnego i pozaformalnego (zgodnie z zaleceniem Rady 2022/C/243/02). Ułatwi to transfer punktów CPD, ponieważ wymaga jasnego określenia efektów uczenia się oraz sposobów ich oceny, zwiększając tym samym ich wiarygodność.
4. Zaleca się wdrożenie zalecenia Rady 2022/C 243/03 dotyczącego Indywidualnych Kont Edukacyjnych (Individual Learning Accounts). Zharmonizowany i skoordynowany rozwój takich kont na poziomie UE znacząco wesprze CPD pielęgniarek, zwiększając dostęp do możliwości kształcenia.
5. Należy w pełni wdrożyć rozporządzenie UE ustanawiające ramy europejskiej tożsamości cyfrowej, w kierunku rozwoju cyfrowych portfeli tożsamości UE, które umożliwią przechowywanie i kumulowanie mikropoświadczeń, zapewniając ich przenaszalność.

Inwestowanie w edukację i szkolenie pielęgniarek poprzez CPD/LLL, zgodnie z zapisami dyrektywy 2013/55/ UE, ma fundamentalne znaczenie dla zapewnienia dobrze przygotowanej europejskiej kadry pielęgniarskiej, dysponującej odpowiednim zestawem kompetencji, zdolnej do reagowania na obecne i przyszłe kryzysy zdrowotne. Aby to osiągnąć, Unia Europejska powinna opracować ramy umożliwiające transfer punktów CPD w pielęgniarstwie. Pozwoli to na uznawanie kompetencji zdobytych w ramach CPD/LLL we wszystkich państwach członkowskich, wspierając mobilność pielęgniarek. Co istotne, tak opracowane ramy nie będą sprzeczne z dyrektywą 2013/55/ UE, która określa minimalne wymagania kształcenia pielęgniarek w UE, lecz będą ją uzupełniać, ponieważ dyrektywa wyraźnie podkreśla znaczenie wspierania CPD w pielęgniarstwie.

Ciągły rozwój zawodowy (CPD) nie jest dodatkiem do praktyki pielęgniarskiej, lecz jej warunkiem koniecznym – zarówno z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta, jak i bezpieczeństwa samej pielęgniarki. Jak wskazano w analizie, istnieje bezpośrednia zależność pomiędzy aktualizacją kompetencji a jakością podejmowanych decyzji klinicznych, wczesnym rozpoznawaniem zagrożeń oraz adekwatną reakcją terapeutyczną, co przekłada się na ograniczenie liczby zdarzeń niepożądanych i poprawę wyników leczenia.

W tym kontekście CPD stanowi nie tylko narzędzie doskonalenia, ale również mechanizm ochronny – chroniący pacjenta przed błędem wynikającym z dezaktualizacji wiedzy oraz pielęgniarkę przed konsekwencjami zawodowymi i prawnymi podej-

mowanych decyzji. Brak systemowego wsparcia dla rozwoju zawodowego nie jest neutralny – zwiększa ryzyko błędów, obniża jakość opieki i osłabia bezpieczeństwo całego systemu ochrony zdrowia.

Analiza systemów europejskich pokazuje, że niezależnie od różnic regulacyjnych – czy CPD ma charakter obowiązkowy, czy oparty na odpowiedzialności zawodowej – jego istota pozostaje niezmienna: jest to standard profesjonalizmu. W krajach o najwyższym poziomie rozwoju pielęgniarstwa nie dyskutuje się, czy rozwój jest potrzebny, lecz jak go organizować, aby realnie wspierał praktykę kliniczną.

Na tym tle szczególnie niepokojące jest zjawisko deprecjonowania znaczenia profesjonalizmu i rozwoju kompetencji w debacie publicznej. Traktowanie CPD jako „zbędnego obowiązku” lub elementu administracyjnego świadczy o niezrozumieniu istoty zawodu pielęgniarki jako zawodu zaufania publicznego, opartego na wiedzy, odpowiedzialności i autonomii decyzyjnej.

Bycie profesjonalistą nie może być postrzegane jako „opcjonalne” ani „niemodne”. W rzeczywistości jest to fundament bezpieczeństwa – zarówno dla pacjenta, który oczekuje opieki zgodnej z aktualną wiedzą, jak i dla pielęgniarki, która ponosi odpowiedzialność za swoje decyzje kliniczne.

W świetle powyższego CPD należy traktować nie jako system punktów czy formalny wymóg, lecz jako integralny element praktyki zawodowej, warunkujący jakość opieki, bezpieczeństwo pacjenta oraz bezpieczeństwo prawne i zawodowe pielęgniarki.



# „Moje Zdrowie” w POZ.

## Profilaktyka, która potrzebuje rozmowy, nie kolejnego papieru

### Justyna Studnicka

Specjalistka pielęgniarstwa internistycznego i magister pielęgniarstwa z doświadczeniem w POZ, opiece koordynowanej, hematologii, onkologii oraz kardiologii. Edukatorka w cukrzycy i chorobach krążenia, łącząca praktykę kliniczną z dydaktyką na kierunku pielęgniarstwo

### Artykuł publicystyczno-edukacyjny dla pielęgniarek i zespołów POZ

- ▶ Są takie programy, które na pierwszy rzut oka wyglądają bardzo rozsądnie. Dorosły człowiek trafia do POZ nie dopiero wtedy, gdy coś już boli, kłuje, dusi albo straszy wynikiem, lecz wcześniej. Wypełnia kwestionariusz, wykonuje badania, ktoś analizuje ryzyka, mierzy ciśnienie, sprawdza masę ciała, rozmawia o stylu życia, a na końcu powstaje Indywidualny Plan Zdrowotny. Brzmi niemal zbyt dobrze jak na codzienność podstawowej opieki zdrowotnej.
- ▶ Tak właśnie zapowiada się program „Moje Zdrowie”. To bilans zdrowia osoby dorosłej, realizowany w podstawowej opiece zdrowotnej, skierowany do osób po ukończeniu 20. roku życia. Do programu można zgłaszać się przez Internetowe Konto Pacjenta albo bezpośrednio w placówce POZ.
- ▶ Sam pomysł jest dobry. Naprawdę dobry. Wreszcie ktoś mówi głośno, że profilaktyka nie może zaczynać się dopiero wtedy, gdy choroba wygodnie rozsiądzie się w organizmie. Tyle że w ochronie zdrowia sam pomysł nigdy nie wystarcza. Między założeniem programu a gabinetem jest cała przestrzeń codzienności: kolejka pod drzwiami, telefony, brak czasu, dokumentacja, system, który akurat postanowił się zawiesić, i człowiek po drugiej stronie biurka, który często nie potrzebuje kolejnej kartki, tylko jasnego zdania: „Co mam teraz zrobić?”.
- ▶ I właśnie tutaj zaczyna się prawdziwa rozmowa o „Moim Zdrowiu”. Nie o tym, czy program ładnie wygląda w komunikacie. O tym, czy przeżyje kontakt z praktyką.

### Bilans nie jest badaniem dla samego badania

- ▶ Bilans zdrowia ma sens tylko wtedy, gdy prowadzi do działania. W przeciwnym razie staje się elegancką formą zbierania danych, która dobrze wygląda w tabelach, ale niewiele zmienia w życiu.
- ▶ W programie przewidziano cykliczność: osoby w wieku 20–49 lat mogą wykonać bilans raz na 5 lat, natomiast osoby powyżej 49. roku życia

raz na 3 lata. Ta regularność jest istotna, bo pozwala porównywać nie tylko wyniki badań, ale też styl życia i ryzyka zdrowotne w czasie. Profilaktyka bez ciągłości przypomina robienie zdjęcia w ciemnym pokoju — coś widać, lecz trudno powiedzieć, czy sytuacja się poprawia, pogarsza, czy tylko dobrze wyglądała w jednym momencie.

- ▶ Kto pracuje z ludźmi, ten wie, że sama informacja rzadko wystarcza. Osoba z nadwagą zwykle wie, że waży za dużo. Palacz wie, że papierosy szkodzą. Ktoś z nadciśnieniem najczęściej słyszał już, że powinien je kontrolować. Człowiek z nieprawidłowym wynikiem glukozy też zwykle przeczuwa, że „coś jest nie tak”. Problem nie polega wyłącznie na braku wiedzy. Problem polega na tym, że wiedza nie została jeszcze przełożona na codzienność.
- ▶ Dlatego największą wartością bilansu nie jest sam kwestionariusz, wynik laboratoryjny ani nawet pomiar ciśnienia. Największą wartością może być moment zatrzymania. Taka chwila, w której ktoś z personelu medycznego siada z drugim człowiekiem i mówi: „Zobaczmy, gdzie jesteśmy. Zobaczmy, co można zrobić. Nie wszystko naraz. Zacznijmy od tego, co najważniejsze”.
- ▶ To brzmi prosto. W praktyce wymaga czasu, uważności i dobrej organizacji pracy. Czyli dokładnie tych rzeczy, których w POZ często brakuje najbardziej.

### Kwestionariusz: dobry początek, ale nie gotowa diagnoza

- ▶ Ścieżka zaczyna się od kwestionariusza bilansu zdrowia osoby dorosłej, czyli KBZOD. Ankieta służy do zebrania wywiadu, może być wypełniona przez osobę zainteresowaną samodzielnie, z rodziną, przez IKP lub aplikację mojejIKP, a także przy wsparciu w placówce.
- ▶ To potrzebne narzędzie, bo porządkuje rozmowę. Pozwala zebrać informacje o chorobach, stylu życia, obciążeniach, nawykach, ryzykach. Nie wolno jednak mylić ankiety z prawdziwym poznaniem sytuacji. Papier albo formularz elektroniczny pokaże odpowiedzi. Rozmowa pokaże, co za nimi stoi.
- ▶ Ktoś może zaznaczyć, że „czasem pije alkohol”, choć w praktyce oznacza to kilka mocnych wieczorów w tygodniu. Ktoś wpisze „mała aktywność fizyczna”, ale dopiero w rozmowie wyjdzie, że od miesięcy unika chodzenia po schodach,

bo się dusi. Ktoś inny zadeklaruje „stres”, lecz za tym jednym słowem kryje się bezsenność, opieka nad bliskim, praca zmianowa i poczucie, że organizm jedzie na rezerwie.

- ▶ Kwestionariusz otwiera drzwi. Nie powinien ich zamykać.

### **Indywidualny Plan Zdrowotny: dokument albo drogowskaz**

- ▶ Po ankiecie i badaniach przychodzi czas na wizytę podsumowującą. To wtedy powstaje Indywidualny Plan Zdrowotny. Sama ścieżka programu jest logiczna: kwestionariusz, badania laboratoryjne, wizyta podsumowująca i utworzenie IPZ.<sup>4</sup>
- ▶ Plan powinien porządkować wyniki, wskazywać czynniki ryzyka, zawierać zalecenia dotyczące stylu życia, aktywności fizycznej, diety, badań profilaktycznych, szczepień, dalszej diagnostyki i edukacji zdrowotnej. Podczas wizyty podsumowującej uwzględnia się między innymi pomiar ciśnienia tętniczego i tętna, pomiary antropometryczne, wyniki badań laboratoryjnych, ankietę KBZOD, choroby przewlekłe oraz ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego.
- ▶ W teorii IPZ jest sercem całego programu. W praktyce może stać się jego największym rozczarowaniem, jeżeli zostanie potraktowany jak kolejny wydruk do podpisu.
- ▶ Bo czym właściwie powinien być IPZ? Nie streszczeniem wyników. Nie urzędowym załącznikiem. Nie zestawem ogólnych porad, które można wkleić każdemu. Dobry plan powinien być drogowskazem. Powinien mówić jasno: tutaj jest ryzyko, tutaj trzeba uważać, to można poprawić szybko, to wymaga kontroli, z tym nie ma co zwlekać, od tego zaczynamy już dziś.
- ▶ Jeżeli człowiek wychodzi z gabinetu z dokumentem w rękę i nadal nie wie, co ma zrobić jutro rano, to coś poszło nie tak. Plan może być poprawny formalnie, ale martwy praktycznie.
- ▶ Najgorszy IPZ to taki, w którym wszystko się zgadza, tylko nic z niego nie wynika.

### **Ogólniki są wrogiem dobrej profilaktyki**

- ▶ W edukacji zdrowotnej jest kilka zdań, które słyszymy od lat. „Proszę zdrowo się odżywiać”. „Proszę więcej się ruszać”. „Proszę schudnąć”. „Proszę ograniczyć stres”. „Proszę kontrolować ciśnienie”. Wszystko prawda. Tylko że takie zdania mają jedną wadę: często są kompletnie bezużyteczne.
- ▶ Nie dlatego, że są fałszywe. Są zbyt szerokie. Nie dają punktu zaczepienia.
- ▶ „Więcej ruchu” dla jednej osoby oznacza siłownię trzy razy w tygodniu, dla innej wyjście z psem za blok, a dla kogoś po sześćdziesiątce

- wejście po schodach bez zadyszki. „Zdrowa dieta” dla jednych brzmi jak sałatka z awokado, dla innych jak rezygnacja z drugiej bułki z wędliną. „Ograniczyć cukier” to piękna rada, dopóki nie zapytamy, ile słodzonych napojów ktoś wypija dziennie i czym realnie może je zastąpić.

- ▶ Dobra edukacja zaczyna się tam, gdzie kończy się slogan.
- ▶ Zamiast pisać „zwiększyć aktywność fizyczną”, lepiej zapisać: spacer 20 minut, pięć razy w tygodniu, tempem pozwalającym rozmawiać, ale już nie śpiewać. Zamiast „modyfikacja diety” - warzywo do obiadu codziennie przez najbliższe dwa tygodnie i ograniczenie słodzonych napojów o połowę. Zamiast „kontrola ciśnienia” - pomiar rano i wieczorem przez siedem dni przed wizytą, z zapisaniem wyników.
- ▶ To nie są drobiazgi językowe. To różnica między poradą, którą da się wykonać, a zdaniem, które dobrze wygląda tylko w dokumentacji.

### **Porada edukacyjna nie może być kazaniem**

- ▶ Program przewiduje możliwość porad edukacyjnych. IPZ może po bilansie obejmować do dwóch takich porad. To ważne, bo bez edukacji bilans łatwo zatrzyma się na poziomie diagnozy ryzyka.
- ▶ Tematyka porad jest szeroka: odżywianie, zdrowie psychiczne, szczepienia, ryzyko WZW, ryzyko nowotworowe, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, choroby płuc, ryzyko sercowo-naczyniowe i aktywność fizyczna. Brzmi rozsądnie, bo dotyczy problemów widocznych w POZ niemal każdego dnia.
- ▶ Trzeba jednak powiedzieć jasno: porada edukacyjna nie może przypominać szkolnego upomnienia ani pogadanki pod tytułem „proszę się wreszcie za siebie wziąć”. Taki ton nie działa. Może czasem wywołać zawstydzenie, chwilowy zryw albo obietnicę złożoną przy drzwiach gabinetu. Na dłuższą metę najczęściej buduje opór.
- ▶ Ludzie rzadko zmieniają nawyki dlatego, że ktoś ich zawstydził. Częściej zmieniają je wtedy, gdy poczują, że ktoś rozumie ich sytuację i pomaga znaleźć pierwszy realny krok. To ogromna różnica.
- ▶ Osoba pracująca na zmiany nie potrzebuje wykładu o idealnych porach posiłków. Potrzebuje pomysłu, jak nie jeść przypadkowo między dyżurami. Starszy człowiek mieszkający sam nie potrzebuje listy modnych produktów. Potrzebuje prostych rozwiązań, które zmieszczą się w jego budżecie i przyzwyczajeniach. Ktoś z otyłością nie potrzebuje kolejnego spojrzenia pełnego oceny. Najczęściej już dość długo sam siebie ocenia.

- ▶ W edukacji zdrowotnej język jest narzędziem terapeutycznym. Może otworzyć rozmowę albo ją zamknąć.

### **Pielęgniarka jako tłumacz między systemem a życiem**

- ▶ W takich programach łatwo mówić o pracy zespołowej. Trudniej ją dobrze zorganizować. W praktyce wiele zadań spada na pielęgniarki: pomiary, rozmowy, przypominanie, dokumentacja, kontakt, wyjaśnianie, edukacja. Niby wszyscy wiemy, że bez tego program się nie uda, ale nadal zbyt często traktuje się tę pracę jako coś oczywistego, prawie niewidzialnego.
- ▶ To błąd.
- ▶ Pielęgniarka w „Moim Zdrowiu” może być jedną z najważniejszych osób w całym procesie. Nie jako „dodatek” do programu, lecz jako ktoś, kto potrafi przełożyć język medycyny na język życia. Wynik badania pokazuje problem. System generuje plan. Lekarz wskazuje rozpoznanie albo ryzyko. Pielęgniarka bardzo często pomaga zrozumieć, co to znaczy w poniedziałek rano, przy śniadaniu, w pracy, w sklepie, w domu.
- ▶ To właśnie w tej rozmowie można wychwycić, że ktoś nie zrozumiał zaleceń, boi się dalszej diagnostyki, bagatelizuje objawy, nie mówi całej prawdy o alkoholu, wstydzi się masy ciała albo nie przyjdzie na kontrolę, jeśli nikt mu jasno nie wyjaśni, po co ma wrócić.
- ▶ Nie ma w tym nic „miękkiego”. To konkretna, praktyczna profilaktyka.

### **Kto nie zapuka pierwszy do drzwi POZ?**

- ▶ Program wymaga pewnej sprawności organizacyjnej: trzeba dowiedzieć się o możliwości bilansu, wypełnić kwestionariusz, zgłosić się do POZ, wykonać badania i wrócić na wizytę podsumowującą. Formalnie droga jest otwarta. W praktyce najłatwiej przejdą ją osoby, które już lepiej orientują się w systemie, korzystają z narzędzi cyfrowych, pilnują terminów i potrafią upomnieć się o profilaktykę.
- ▶ To nie zarzut wobec nich. Dobrze, że korzystają z profilaktyki. Problem pojawia się wtedy, gdy na marginesie zostają ci, którym bilans mógłby pomóc najbardziej, ale którzy z różnych powodów nie zrobią pierwszego kroku.
- ▶ Mowa o osobach starszych, samotnych, cyfrowo wykluczonych, przeciążonych pracą lub opieką nad bliskimi. O ludziach z niską świadomością zdrowotną, małym zaufaniem do systemu, wcześniejszymi złymi doświadczeniami w ochronie zdrowia albo z codziennością tak trudną, że profilaktyka przegrywa z rachunkami, dyżurami i opieką nad rodziną.
- ▶ To jest bardzo konkretna grupa, nie publicystyczna figura. Kompetencje zdrowotne oznaczają zdolność docierania do informacji, ro-

zumienia ich, oceny i wykorzystania w sposób sprzyjający zdrowiu. WHO podkreśla, że mają one znaczenie dla realnego korzystania z informacji i usług zdrowotnych. Jeżeli ktoś nie rozumie komunikatu, nie ufa instytucji albo nie potrafi przejść przez cyfrową ścieżkę zgłoszenia, program formalnie istnieje, ale praktycznie pozostaje daleko.

- ▶ Najbardziej potrzebują profilaktyki często osoby, które same się nie zgłoszą. Ludzie z „ciśnieniem od zawsze”, z dusznością tłumaczoną wiekiem, z paleniem „bo nerwy”, z brzuchem „po rodzinie”, z cukrem „bo po świętach”. To są sytuacje, których nie warto spokojnie oczekiwać przy biurku.
- ▶ Jeżeli program ma być naprawdę skuteczny, POZ musi umieć ich odnaleźć. Nie tylko obsłużyć tych, którzy przyszli sami.

### **Organizacja pracy będzie ważniejsza niż hasła**

- ▶ Można mieć świetny program i słabe wykonanie. W ochronie zdrowia to żaden egzotyczny scenariusz, raczej klasyka gatunku. Dlatego sukces „Mojego Zdrowia” nie zależy wyłącznie od tego, co zapisano w procedurze. Zależy od tego, jak placówka poukłada pracę.
- ▶ Program ruszył 5 maja 2025 roku jako bezpłatny bilans zdrowia dla dorosłych, dostępny w POZ.<sup>9</sup> To ważna informacja, ale z punktu widzenia zespołów poradni ważniejsze jest pytanie: kto, kiedy i jak ma tę ścieżkę realnie obsłużyć?
- ▶ Jeżeli bilans zostanie wrzucony między szczepienia, pobrania, telefony, gorączkujących chorych, dokumentację i tysiąc spraw „na już”, efekt będzie przewidywalny: pośpiech, zmęczenie i kolejne zadanie do odhaczenia.
- ▶ Jeżeli jednak zespół dostanie jasny proces, czas na rozmowę, podział obowiązków i sensowny sposób monitorowania zaleceń, program może działać. Nie spektakularnie, nie medialnie, nie z fajerwerkami. Po prostu dobrze. Tak, jak powinna działać profilaktyka: spokojnie, konsekwentnie, blisko człowieka.
- ▶ Największym wrogiem tego programu nie jest brak idei. Największym wrogiem jest pośpiech.

### **Dobre pytanie bywa skuteczniejsze niż długa instrukcja**

- ▶ W codziennej edukacji zdrowotnej często wygrywają nie wielkie wykłady, ale krótkie, trafne pytania.
- ▶ Co będzie dla pani najłatwiejsze do zmiany w tym tygodniu? Z czym może być największy problem? Kto w domu może pomóc? Czy to zalecenie jest realne? Od czego zaczynamy, żeby nie skończyło się tylko na dobrych chęciach?
- ▶ Takie pytania nie są ozdobą rozmowy. One sprawdzają, czy plan ma szansę wyjść poza papier.

- ▶ Człowiek może powiedzieć „tak, rozumiem” i nie rozumieć. Może przytaknąć, żeby nie przedłużać wizyty. Może wstydzić się przyznać, że nie wie, co oznacza wynik. Może nie powiedzieć, że nie kupi zalecanych produktów, bo go na nie nie stać. Może nie wspomnieć, że nie będzie mierzył ciśnienia, bo nie ma ciśnieniomierza.
- ▶ Dlatego dobra edukacja wymaga uważności. Czasem mniej znaczy więcej. Jedno dobrze dobrane zalecenie bywa skuteczniejsze niż pięć ambitnych punktów, których nikt nie zrealizuje.

### Mniej papieru, więcej sensu

- ▶ „Moje Zdrowie” może być jednym z sensowniejszych narzędzi profilaktycznych w POZ. Ma logiczną konstrukcję: kwestionariusz, badania, wizyta podsumowująca, IPZ, porady edukacyjne. Daje możliwość rozmowy o ryzyku sercowo-naczyniowym, diecie, aktywności, paleniu, alkoholu, zdrowiu psychicznym, szczepieniach, chorobach płuc i profilaktyce nowotworowej. To dużo. Może nawet bardzo dużo.
- ▶ Właśnie dlatego trzeba uważać, żeby nie rozmyć najważniejszego.
- ▶ Nie chodzi o to, żeby w jednym spotkaniu naprawić całe życie. Chodzi o to, żeby dobrze uchwycić moment, w którym można jeszcze

zapobiegać, a nie tylko leczyć. Żeby zamiast medycznego monologu pojawiła się rozmowa. Żeby zamiast ogólników pojawiły się konkretne kroki. Żeby człowiek po wyjściu z gabinetu nie miał tylko dokumentu, ale też poczucie: wiem, co dalej.

- ▶ Na końcu cała prawda o programie jest dość prosta. Papier zdrowia nie robi. System sam nie zmieni nawyków. Formularz nie rzuci za nikogo papierosów, nie ugotuje obiadu, nie pójdzie na spacer i nie zmierzy ciśnienia.
- ▶ Może jednak pomóc rozpocząć rozmowę. Jeżeli ta rozmowa będzie mądra, konkretna i prowadzona z szacunkiem, „Moje Zdrowie” ma szansę stać się czymś więcej niż kolejnym obowiązkiem w POZ.
- ▶ Jeżeli nie – zostanie po nim następny wydruk, następna procedura i następne rozczarowanie.
- ▶ Polska profilaktyka nie potrzebuje już więcej ładnych haseł. Potrzebuje dobrze wykonanej, codziennej pracy. Cichej, cierplivej, często niewidocznej. Takiej, którą pielęgniarki wykonują od lat, choć system zbyt rzadko mówi to głośno.

### Literatura i źródła u autorki artykułu





Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

## **Uchwała Nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r.**

### **w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny**

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2021, poz. 628 ze zm.) uchwała się, co następuje:

#### **§ 1.**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przyjmuje procedurę postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

#### **§ 2.**

Ustala się wzór wniosku zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa wobec funkcjonariusza publicznego, który stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

#### **§ 3.**

Traci moc uchwała Nr 206NI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.

#### **§ 3.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP

**Kamilla Gólcz**

Prezes NRPiP

**Mariola Łodzińska**

Załącznik nr 1 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

## Procedura postępowania pielęgniarki i położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta / rodziny

Procedura dotyczy sugerowanych zasad postępowania pielęgniarki, położnej w przypadku zachowania osoby agresywnej podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej dalej „ustawa”, korzystających z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych, na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. **Kodeks karny**) zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy.

### CEL

Zapewnienie ochrony pielęgniarkom i położnym, stworzenie bezpiecznych warunków pracy oraz prawidłowe i niezakłócone wykonywanie przez nie obowiązków służbowych podczas i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

### OKREŚLENIE POJĘĆ

**Agresja** (łac. *aggressio* – napaść, natarcie), psychol. działanie: fizyczne, słowne, zmierzające do spowodowania szkody, wyrządzenia krzywdy fizycznej lub psychicznej, skierowane na inną osobę, także zamiar takiego działania lub względnie trwała tendencja do takich działań.

- ▶ **Agresja fizyczna** – atak skierowany na inną osobę, w którym atakujący posługuje się określonymi częściami ciała lub narzędziami, przyjmujący formę uderzenia, potrącenia, kopnięcia, pobicia itp., powodujący zadanie bólu lub uszkodzenia ciała.
- ▶ **Agresja słowna (werbalna)** – posługiwanie się sformułowaniami werbalnymi, szkodliwymi dla atakowanej osoby, wywołując w niej strach, poczucie krzywdy lub odrzucenie emocjonalne.

**Pobudzenie** – to stan psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności.

**Osoba agresywna** – pacjent, rodzina pacjenta, opiekun, każda inna osoba stosująca wobec pielęgniarki, położnej agresję.

**Naruszenie nietykalności cielesnej** – to każda umyślna czynność osoby agresywnej oddziałująca na ciało pielęgniarki, położnej, która nie jest przez nią akceptowana. Każde bezprawne dotknięcie, upokorzenie lub inny krzywdzący kontakt fizyczny (umyślne sprawienie bólu np. kopnięcie, szarpanie za włosy, spoliczkowanie, popchnięcie itp.) lub czynności, które są dla niej obraźliwe, krzywdzące, kłopotliwe.

**Czynna napaść** – każde działanie zmierzające bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej i wyrządzenia w ten sposób dolegliwości fizycznej. Staje się więc przestępstwem dokonanym w chwili przedsięwzięcia działania zmierzającego bezpośrednio do naruszenia nietykalności cielesnej, które w rzeczywistości nie musi nastąpić.

**Znieważenie** – to każde zachowanie osoby agresywnej, uwłaczające godności osobistej pielęgniarki, położnej, stanowiące przejaw lekceważenia, pogardy, mające obelżywy, obraźliwy charakter (obraźliwe słowa, gesty). W praktyce jest to używanie w stosunku do pielęgniarki i położnej gestów, słów wulgarnych, powszechnie uznanych za obelżywe. Załącznik nr 1 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

### OPIS ZASAD ZASTOSOWANIA PROCEDURY

#### Warunki

- 1) Objęcie pielęgniarki i położnej szczególną ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego możliwe jest dopiero po zaistnieniu przesłanek zawartych w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9 ustawy, które muszą wystąpić **podczas i w związku** z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną wskazanych w ww. przepisach prawnych czynności.
- 2) Zaistnienie zdarzenia „**podczas i w związku**” z wykonywaniem przez pielęgniarkę, położną świadczenia zdrowotnego oznacza zbieżność czasową i miejscową zachowania osoby agresywnej i wykonywania przez pielęgniarkę, położną świadczeń zdrowotnych niezależnie od miejsca pracy i formy zatrudnienia.
- 3) Wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę i położną może mieć miejsce również poza godzinami pracy, jeśli w tym czasie podejmuje czynności związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych jednak musi zaistnieć związek czasowo – przyczynowy pomiędzy zaistniałym zdarzeniem a udzielanym rodzajem świadczeń.

W świetle art. 11 ust. 2 ustawy, pielęgniarka i położna wykonująca świadczenia zdrowotne jest chroniona przez prawo podobnie jak przepisy kodek-

su karnego chronią funkcjonariuszy publicznych. Różnica polega na przesłankach – w przypadku pielęgniarki i położnej warunkiem ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego jest zdarzenie, które miało miejsce podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Oznacza to, że nie wystarczające, że pielęgniarka/ położna wykonują w trakcie zdarzenia czynności zawodowe, dla objęcia ww. ochroną, tymi czynnościami zawodowymi muszą być świadczenia zdrowotne. Ochrona ta nie dotyczy więc pielęgniarek/położnych w drodze z i do pacjenta lub w trakcie czynności nie będących świadczeniami zdrowotnymi.

#### **Przesłanki**

##### **1. Ochrona prawna przysługująca pielęgniarcce objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających w szczególności na:**

- a) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- b) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- c) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- d) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- e) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

##### **2. Ochrona prawna przysługująca położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego podczas wykonywania czynności zawodowych polegających w szczególności na:**

- a) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- b) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- c) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- d) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- e) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

- f) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;
- g) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- h) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- i) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

#### **PROCEDURA POSTĘPOWANIA PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNEJ**

##### **1. W przypadku agresywnych zachowań ze strony osoby agresywnej, pielęgniarka, położna podejmuje działania w zakresie:**

- a) wyciszenia agresji poprzez rozmowę w celu wyjaśnienia powodu jej powstania,
- b) zachowania bezpiecznej odległości wobec osoby agresywnej,
- c) informowania ww. osoby o przysługującej pielęgniarcce, położnej ochronie prawnej przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego i konsekwencjach prawnych z tym związanych.

##### **2. W przypadku zaistnienia zachowań, jakich dopuściła się osoba agresywna wobec pielęgniarki, położnej, której przysługuje ochrona na zasadzie ochrony funkcjonariusza publicznego należy:**

- a) w przypadku zaistnienia przesłanek popełnienia przestępstwa zawiadomić organ ścigania o przestępstwie, składając zawiadomienie stanowiące załącznik nr 1, uwzględniając:
  - okoliczności, że do zdarzenia doszło podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
  - podczas jakich czynności (udzielanego świadczenia zdrowotnego) doszło do zdarzenia,
  - w przypadku, gdy wezwana Policja waha się lub odmawia wszczęcia postępowania, sugerując np. złożenie zawiadomienia prywatnego lub ścigania na drodze cywilnej, zasadne jest powołanie się, że w danej sytuacji przysługuje ochrona analogiczna jak w przypadku funkcjonariusza publicznego i na treść art. 11.ust. 2 ustawy o zawodach: Pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1-5 i art. 5 ust. 1 pkt 1-9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasa-

- dach określonych w ustawie Kodeks karny i żądać wszczęcia postępowania z urzędu.
- b) odnotować powyższy fakt w dokumentacji medycznej, uwzględniając, powyższe przesłanki,
  - c) wskazać świadków zdarzenia, jeśli to możliwe z imienia i nazwiska,
  - d) poinformować niezwłocznie kierownika oddziału / placówki, lekarza dyżurnego, przełożonego o zaistniałej sytuacji,
  - e) pracodawca jest obowiązany zapewnić pracownikom bezpieczne i higieniczne warunki pracy (art. 15 kodeksu pracy). W przypadku oporu pracodawcy zgłoszenia zdarzenia Policji, pielęgniarka/położna może powołać się na powyższy przepis.
  - f) w przypadku doznanych urazów, poddać się badaniu przez biegłego lekarza medycyny sądowej lub w razie trudności w jego dostępności innego lekarza.

### OCHRONA PRAWNOKARNA NALEŻNA FUNKCJONARIUSZOWI PUBLICZNEMU

- 1) Pielęgniarka i położna objęta ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w myśl art. 11 ust. 2 ustawy, podczas i w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych chroniona jest przez przepisy Kodeksu karnego dotyczące: naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego – art. 222 § KK:
  - a. naruszenia nietykalności cielesnej funkcjonariusza publicznego – art. 222 § KK:
 

„Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.”
  - b. czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego – art. 223 § 1 KK:
 

„Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego

przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10”.

- c. znieważenia funkcjonariusza publicznego – art. 226 § 1 KK:
 

„Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.”
2. Przesłanki popełnione przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu ścigane są z urzędu, a skierowanie aktu oskarżenia, inicjowanie dowodów, występowanie przed sądem to obowiązek prokuratora.
3. Sprawca przestępstwa przeciwko funkcjonariuszowi publicznemu podlega surowszej karze: grzywny, kary ograniczenia wolności, kary pozbawienia wolności.
4. Organy ścigania po wpłynięciu zawiadomienia winny podjąć działania zmierzające do ukarania sprawcy, nie jest tu konieczne uzyskanie wniosku o ściganie od pokrzywdzonego (pielęgniarki, położnej), a jedynie zawiadomienie.

### PODSTAWA PRAWNA

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. Dz. U. z 2026 r., poz. 15).  
 Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 383 ze zm.).  
 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 277 ze zm.).  
 Załącznik nr 2 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

Załącznik nr 2 do uchwały nr 186/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 20 marca 2026 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/ położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny

....., dnia.....  
(miejscowość, data)

.....

.....  
(dane pokrzywdzonego)

Do

.....

.....  
(dane jednostki Policji lub prokuratury)

## ZAWIADOMIENIE o popełnieniu przestępstwa

Na podstawie art. 304 § 1 k.p.k. zawiadamiam o popełnieniu w dniu .....

w ..... podczas  
(data, godzina) (miejsce popełnienia przestępstwa)

i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, przestępstwa na moją szkodę, przez .....

.....

.....  
(dane osobowe sprawcy, ewentualnie także dane adresowe; gdy brak danych sprawcy opis jego wyglądu)

oraz wnoszę o wszczęcie w tej sprawie postępowania przygotowawczego.

### Uzasadnienie

(w uzasadnieniu należy zwięźle opisać stan faktyczny oraz zachowanie sprawcy, które zdaniem zawiadamiającego nosi cechy przestępstwa i ewentualnie podać dowody na poparcie swoich twierdzeń, np. dane świadków)

.....  
(podpis pokrzywdzonego)

Załączniki:

-

(należy wymienić dokumenty, wskazane w uzasadnieniu)

1. Pismo procesowe (zawiadomienie o przestępstwie) powinno zawierać:
  - 1) oznaczenie organu, do którego jest skierowane, oraz sprawy, której dotyczy;
  - 2) oznaczenie oraz adres wnoszącego pismo, a także - w pierwszym piśmie złożonym w sprawie - numer telefonu, telefaksu i adres poczty elektronicznej lub oświadczenie o ich nieposiadaniu



**MEDICOVER**  
SPORT

# POSTAW Z NAMI NA ZDROWSZY RUCH

## PAKIEŃ DLA PRACOWNIKA



<b>61,00 zł/mies.</b>	Wejścia 2 na tydzień
<b>89,00 zł/mies.</b>	Raz dziennie
<b>123,00 zł/mies.</b>	Bez limitu



Focus  
na sport



Ponad 5200 obiektów  
w całej Polsce



Okolo  
50 aktywności

## PAKIEŃ DLA PRACOWNIKA



<b>63,00 zł/mies.</b>	Wejścia 2 na tydzień
<b>93,00 zł/mies.</b>	Raz dziennie
<b>128,00 zł/mies.</b>	Bez limitu



Aktywność fizyczna,  
zrównoważona dieta  
i regeneracja



Ponad 6500 obiektów  
w całej Polsce



Ponad  
85 aktywności

## CENNIK

### CENNIK DLA CZŁONKA RODZINY

goFIT 2 na tydzień	<b>102,50 zł/mies.</b>
goFIT Raz dziennie	<b>144,00 zł/mies.</b>
goFIT Bez limitu	<b>164,19 zł/mies.</b>
FIT&more 2 na tydzień	<b>112,50 zł/mies.</b>
FIT&more Raz dziennie	<b>154,00 zł/mies.</b>
FIT&more Bez limitu	<b>175,00 zł/mies.</b>

### Masz pytania?

Skontaktuj się z Biurem Obsługi Klienta,  
mail: [bok@medicoversport.pl](mailto:bok@medicoversport.pl)

### CENNIK DLA DZIECKA poniżej 15 r.ż.

Pakiet Aqua 2 na tydzień	<b>46,50 zł/mies.</b>
Pakiet Aqua Raz dziennie	<b>50,50 zł/mies.</b>
Pakiet Junior 2 na tydzień	<b>77,50 zł/mies.</b>
Pakiet Junior Raz dziennie	<b>92,01 zł/mies.</b>

# ZAPISZ SIĘ JUŻ DZIŚ!

Więcej informacji oraz zapisy od 1 do 20 dnia  
miesiąca poprzedzającego na stronie:

[www.medicoversport.pl/pakiety/oqip](http://www.medicoversport.pl/pakiety/oqip)  
Kod dostępu: Prosimy o kontakt  
nr. tel. 504 233 352

Informujemy, że zgodnie z Uchwałą nr 5 I Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 23 września 2024 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, a także w związku z Komunikatem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2026 r. w sprawie przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2025 r., składka członkowska w okresie: od marca 2026 r. do lutego 2027 r. wynosi **89,00 zł miesięcznie**.

Składkę można opłacać indywidualnie, wpłacając ją bezpośrednio na konto Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu numer konta: **65 1240 2816 1111 0000 4015 3430** lub za pośrednictwem pracodawcy.

Składkę należy wpłacić do 15. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. W tytule przelewu należy wskazać okres, za jaki wpłacana jest składka oraz numer prawa wykonywania zawodu.

W przypadku ustalenia z zakładem pracy, że będzie on pośrednikiem w odprowadzaniu składki członkowskiej należy złożyć u pracodawcy oświadczenie o potrącaniu z wynagrodzenia składki przez pracodawcę.

W przypadku złożenia przez pielęgniarkę/pielęgniara lub położną/położnego wniosku o wykreślenie z rejestru okręgowej izby, do dnia wpisu do rejestru nowej izby składka płatna jest na rachunek dotychczasowej izby.

Zwolnione z obowiązku opłacania składki są wyłącznie osoby, które zgłosiły zaprzestanie wykonywania zawodu i dopełniły formalności w biurze właściwej okręgowej izby. Zwolnienie z opłacania składek obowiązuje od dnia złożenia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu.



Sprostowanie do Informatora numer 1/2026 str. 42 dotyczy sprostowania kondolencji zmarłej Ewy Pasternak. Redakcja INFORMATORA OIPIP w Zamościu przeprosza za pomyłkowo zamieszczone zdjęcie Anny Różyckiej pod nazwiskiem Ewy Pasternak. Rodziny i znajomych w imieniu redakcji przeproszamy.

# Dowiedz się co możesz otrzymać w ramach opłacanej składki

## POMOC W ROZWOJU ZAWODOWYM

OIPiP organizuje bezpłatne konferencje, szkolenia z zakresu odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych, prewencji wykroczeń zawodowych, oraz prowadzi doradztwo w zakresie kształcenia podyplomowego i wykorzystania nowych uprawnień zawodowych w praktyce zawodowej.

### Dofinansujemy:

- ✦ 70% do szkolenia specjalizacyjnego,
- ✦ 60% nie więcej niż 800,00 zł do kursów kwalifikacyjnych,
- ✦ 50% do kursów specjalistycznych i doksztalających,
- ✦ 100% czynny udział w konferencji,
- ✦ 50% udział bierny w konferencji,
- ✦ 1 000,00 zł studia podyplomowe związane z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, położnej,
- ✦ 400,00 zł za jeden semestr, studia pomostowe pielęgniarek i położnych,
- ✦ 1 600,00 zł za studia magisterskie po ukończeniu studiów.

**Złóż wniosek (dostępny na stronie [oipip.eu](http://oipip.eu) zakładka wnioski do pobrania – dofinansowanie kształcenia).**

## OPIEKA PRAWNA

### DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Szybka, kompleksowa i bezpłatna porada prawna dla członka OIPiP w Zamościu, zarówno w sprawach zawodowych, jak i pracowniczych dostępna pod numerem telefonu: **84 639 07 06**, skontaktuj się z sekretariatem OIPiP w Zamościu tel.: **84 639 07 06** lub wyślij e-mail [oipipzamosc@oipip.eu](mailto:oipipzamosc@oipip.eu)

## KARTY SPORTOWE

Możliwość korzystania z tysięcy obiektów sportowych w całej Polsce na preferencyjnych warunkach, wynegocjowanych przez OIPiP w Zamościu. Po kod dostępu zgłoś się do biura OIPiP. Szczegółowe informacje na: [www.oipip.eu](http://www.oipip.eu) i fb.

## POMOC I WSPARCIE FINANSOWE (POMOC SOCJALNA)

- ✦ Zapomoga w związku z nieuleczalną chorobą, chorobą przewlekłą członka samorządu lub jego rodziny (dziecka, męża).

- ✦ Zapomoga z tytułu śmierci członka samorządu, męża, dziecka.
- ✦ Zapomoga z tytułu klęski żywiołowej: powodzi, pożaru, kradzieży, wypadku.
- ✦ Jednorazowe wsparcie finansowe na rehabilitację, leczenie uzdrowiskowe, zabiegi lecznicze – 1 raz na 5 lat w wysokości 1 000,00 zł.

**Złóż wniosek – dostępny na stronie [oipip.eu](http://oipip.eu) (zakładka pomoc socjalna).**

## JEDNORAZOWA WYPŁATA W ZWIĄZKU Z PRZEJŚCIEM NA EMERYTURĘ – 560 ZŁ

**Złóż wniosek dostępny na stronie [oipip.eu](http://oipip.eu) zakładka pomoc socjalna** – czas na złożenie wniosku – maksymalnie 3 lata od decyzji uprawniającej otrzymanie emerytury.

## INFORMATOR DLA CZŁONKÓW SAMORZĄDU

Znajdziesz tutaj interesujące wywiady, porady praktyczne i mnóstwo przydatnych wiadomości oraz najważniejsze informacje z prac organów OIPiP w Zamościu i informacje nt. wykonywania zawodu. Bezpłatny, dostępny w formie papierowej i elektronicznej. Wejdź na stronę: [www.oipip.eu](http://www.oipip.eu) – zakładka „o nas”.

## BIBLIOTEKA – BEZPŁATNY DOSTĘP DO PUBLIKACJI

- ✦ Stacjonarnie w siedzibie OIPiP w godz. 8:00-16:00
- ✦ E-biblioteka ibuk, w której znajdziesz wydawnictwa naukowe i publikacje medyczne.

Skontaktuj się z sekretariatem OIPiP w Zamościu lub napisz e-maila i poproś o dostęp do biblioteki [oipipzamosc@oipip.eu](mailto:oipipzamosc@oipip.eu)

## PAMIĘTAJ O INFORMOWANIU IZBY O WSZYSTKICH ZMIANACH DOTYCZĄCYCH WYKONYWANIA ZAWODU (W CIĄGU 14 DNI OD ZAISTNIENIA ZMIANY):

- ✦ ukończone kursy, specjalizacje, studia,
- ✦ zmiana adresu, nazwiska,
- ✦ rozpoczęcie i zakończenie zatrudnienia, zaprzestanie wykonywania zawodu, przejście na emeryturę, zmiana miejsca zatrudnienia: **tel.: 510 794 365.**