

Z szacunkiem i dumą przyjmuję nadany mi  
tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej  
i uroczyście przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną i troskliwą opiekę nad zdrowiem i życiem ludzkim na każdym jego etapie.
  2. Promować zdrowie, zapobiegać chorobom, pielęgnować chorych, uczestniczyć w procesie terapeutycznym, przeciwdziałać cierpieniu i łagodzić jego skutki, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
  3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi, w szczególności bez względu na wiek, płeć, kolor skóry, narodowość, religię, kulturę, przynależność społeczną, chorobę, niepełnosprawność, orientację seksualną.
  4. Okazywać pacjentom należyne szacunek i empatię, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
  5. Strzec godności zawodu pielęgniarki, położnej, do przedstawicieli swojej i innych grup zawodowych odnosić się z szacunkiem i życzliwością, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
  6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić i aktualizować wiedzę, umiejętności i kompetencje zawodowe.
  7. Rzetelnie wypełniać obowiązki zawodowe pielęgniarki, położnej
- Przyrzekam!**





# GRATULACJE

Szanowni Państwo  
Drodzy Absolwenci

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Zamościu składam serdeczne gratulacje i życzenia z okazji ukończenia studiów pierwszego stopnia i otrzymania tytułu licencjata pielęgniarstwa, licencjat położnictwa.

To ważny etap w życiu zawodowym, będący początkiem odpowiedzialnej i niezwykle potrzebnej misji. Jesteśmy dumni, że kolejne grono absolwentów zasili szeregi pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, niosąc profesjonalną pomoc, troskę i wsparcie pacjentom.

Życzymy Państwu wielu sukcesów zawodowych i osobistych, wytrwałości w realizacji wyznaczonych celów, satysfakcji z wykonywanej pracy oraz nieustannego rozwoju i odwagi w podejmowaniu nowych wyzwań.

Niech wykonywanie zawodu pielęgniarki, pielęgniarza i położnej będzie dla Państwa źródłem dumy, spełnienia oraz inspiracją do niesienia dobra drugiemu człowiekowi.

W imieniu Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Zamościu

Joanna Walewander  
Przewodnicząca ORPiP



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

**Biurowo 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

# Uzyskanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej

Aby podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki/położnej/pielęgniarskiego lub położniactwa należy uzyskać stwierdzenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej/pielęgniarskiego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych oraz wpis do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych. Zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2026 r., poz. 15 ze zm.) prawo wykonywania zawodu stwierdza na wniosek osoby zainteresowanej, okręgowa rada pielęgniarek i położnych, właściwa ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. Z kolei w myśl art. 41 ust. 1 tej ustawy na podstawie uchwały o stwierdzeniu prawa wykonywania zawodu okręgowa rada pielęgniarek i położnych dokonuje wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek lub do okręgowego rejestru położnych i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” lub „Prawo wykonywania zawodu położnej”.

**Aby uzyskać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej w Polsce należy spełnić warunki wskazane w art. 28 ww. ustawy dla zawodu pielęgniarki, a art. 31 ustawy dla zawodu położnej. Zgodnie z tymi przepisami prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej przysługuje osobie:**

1. posiadającej świadectwo lub dyplom ukończenia polskiej szkoły pielęgniarskiej bądź uzyskane w innym państwie niż państwo członkowskie Unii Europejskiej świadectwo lub dyplom, pod warunkiem że dyplom lub świadectwo zostały uznane w Rzeczypospolitej Polskiej za równorzędne ze świadectwem ukończenia szkoły pielęgniarskiej, szkoły położnych lub dyplomem, zgodnie z odrębnymi przepisami, oraz że spełniają minimalne wymogi kształcenia określone w przepisach prawa Unii Europejskiej,
2. posiadającej pełną zdolność do czynności prawnych,
3. której stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu pielęgniarki/położnej,
4. która wykazuje nienaganną postawę etyczną.

**W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki należy złożyć wniosek o stwierdzenie prawa wykonywania zawodu i wpisanie do rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, na terenie której pielęgniarka zamierza wykonywać zawód. Do wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:**

1. arkusz zgłoszeniowy (dostępny w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych, oraz na stronie [www.oipipzamosc.eu](http://www.oipipzamosc.eu))
2. kopia dyplomu ukończenia studiów oraz suplement (oryginał dyplomu do wglądu),
3. zaświadczenie o stanie zdrowia pozwalającym wykonywać zawód, wydane przez lekarza medycyny pracy,
4. zdjęcie określone wymogami tak jak do **dowodu osobistego** w formie elektronicznej trzeba przesłać na adres [pwzzamosc@oipip.eu](mailto:pwzzamosc@oipip.eu)
5. dokument tożsamości do wglądu.

**Po podjęciu przez okręgową radę pielęgniarek i położnych uchwały o stwierdzeniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej, pielęgniarka/położna zostanie wpisana do okręgowego rejestru pielęgniarek a położna do okręgowego rejestru położnych i zostanie wydany dokument prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub prawo wykonywania zawodu położnej w formie karty poliwęglanowej oraz z chwilą wpisu do rejestru prawo wykonywania zawodu będzie dostępne w aplikacji mObywatel.**

Należy wskazać, iż pielęgniarka/położna staje się członkiem samorządu pielęgniarek i położnych z dniem wpisania do okręgowego rejestru prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu. Powyższe wynika z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2025 r. Nr 1760) pielęgniarka/położna/pielęgniarski od tej chwili stają się członkiem danej okręgowej izby – właściwej ze względu na miejsce wykonywania zawodu.



## Z PRAC PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

### Zestawienie uchwał z posiedzenia ORPiP w dniu 19 czerwca 2026 r.

Uchwała **Nr 295/VIII/2026** w sprawie zatwierdzenia sprawozdania finansowego OIPiP w Zamościu za rok 2025.

Uchwała **Nr 296/VIII/2026** w sprawie przeksięgowania wyniku finansowego działalności budżetowej OIPiP w Zamościu za rok 2025.

Uchwały od **Nr 297/VIII/2026** do **Nr 298/VIII/2026** w sprawie utraty PWZ pielęgniarki na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą skreślenia z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu i wygaśnięcia prawa wykonywania zawodu.

Uchwała **Nr 299/VIII/2026** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (pielęgniarka przeniosła się na teren działania OIPiP w Chełmie).

Uchwała **Nr 300/VIII/2026** w sprawie wykreślenia Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Pielęgniarki z Rejestru Podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Uchwała **Nr 301/VIII/2026** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łączna kwota zapomóg: 24 500,00 zł).

Uchwała **Nr 302/VIII/2026** w sprawie pomocy finansowej dla członka innej Izby (łączna kwota zapomóg: 500,00 zł).

Uchwała **Nr 303/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łączna kwota dofinansowania: 5 000,00 zł).

Uchwała **Nr 304/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla człon-

ków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łączna kwota dofinansowania: 22 875,50 zł).

Uchwała **Nr 305/VIII/2026** w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wyborczej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Zamościu.

Uchwała **Nr 306/VIII/2026** w sprawie zasad i wysokości wynagrodzenia osób pełniących funkcje Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Zastępców Okręgowego Rzecznika OIPiP w Zamościu.

Uchwała **Nr 307/VIII/2026** w sprawie zatrudnienia samodzielnej księgowej w biurze OIPiP w Zamościu.

Uchwała **Nr 308/VIII/2026** w sprawie ubezpieczenia NNW dla Członków OIPiP w Zamościu działających na rzecz organów OIPiP w Zamościu.

Uchwała **Nr 309/VIII/2026** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.

Uchwała **Nr 310/VIII/2026** w sprawie zorganizowania bezpłatnych Webinarium dla członków OIPiP w Zamościu.

Uchwała **Nr 311/VIII/2026** w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady do składu komisji konkursowej na stanowisko Położnej Oddziałowej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w SP ZOZ w Hrubieszowie.

Uchwała **Nr 312/VIII/2026** w sprawie przeprowadzenia bezpłatnej konferencji „Standardy bezpieczeństwa i organizacji pracy w punktach szczepień – procedury i dobre praktyki”.

Uchwała **Nr 313/VIII/2026** w sprawie przeprowadzenia bezpłatnej „Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej w pielęgniarstwie – komunikacja, standaryzacja, praktyka”.

Uchwała **Nr 314/VIII/2026** w sprawie zorganizowania konferencji „Pielęgniarka Położna jako samodzielny zawód medyczny – droga do współczesnych kompetencji w dniach 25/26 września 2026 r. w Zamościu”.

### Zestawienie uchwał z posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 17 lipca 2026 r.

Uchwały od **Nr 583/VIII/2026** do **Nr 587/VIII/2026** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej.

Uchwała **Nr 588/VIII/2026** w sprawie delegowania przedstawicieli ORPiP w Zamościu do udziału w „II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej dla Położnych oraz Pielęgniarek Neonatologicznych” (łączna kwota dofinansowania: 20 240,00 zł).

Uchwały od **Nr 589/VIII/2026** do **Nr 593/VIII/2026** w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej.

Uchwała **Nr 594/VIII/2026** w sprawie wykreślenia pielęgniarki z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek

i Położnych w Zamościu (pielęgniarka przeniosła się na teren działania OIPiP w Chełmie).

Uchwała **Nr 595/VIII/2026** w sprawie przyznania zapomóg losowych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łączna kwota zapomóg: 17 000,00 zł).

Uchwała **Nr 596/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów leczenia uzdrowiskowego, turnusu rehabilitacyjnego oraz zabiegów rehabilitacyjnych lub leczniczych dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łączna kwota dofinansowania: 8 000,00 zł).

Uchwała **Nr 597/VIII/2026** w sprawie dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Zamościu (łączna kwota dofinansowania: 103 496,50 zł).

**STANOWISKA NRPIP PODJĘTE NA POSIEDZENIU NRPIP W DNIACH 17-18 CZERWCA 2026 ROKU**

Naczelna Rada  
Pielęgniarek i Położnych

## **Stanowisko nr 15 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 17 czerwca 2026 r.**

**w sprawie uznania pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, domach pomocy społecznej o profilu psychiatrycznym, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych za pracę o szczególnym charakterze oraz objęcia tej grupy zawodowej uprawnieniami do emerytur pomostowych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 1760), zwraca się do Ministra Zdrowia, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej o podjęcie pilnych działań legislacyjnych zmierzających do uznania pracy pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, domach pomocy społecznej o profilu psychiatrycznym, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych za pracę o szczególnym charakterze w rozumieniu ustawy z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1696) oraz objęcia tej grupy zawodowej prawem do emerytur pomostowych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że przy kwalifikowaniu pracy jako pracy o szczególnym charakterze decydujące znaczenie powinien mieć rzeczywisty charakter wykonywanych obowiązków, zakres odpowiedzialności oraz wymagany poziom sprawności psychofizycznej, a nie wyłącznie nazwa stanowiska pracy czy miejsce zatrudnienia. Stanowisko to pozostaje zgodne z dotychczasową wykładnią przepisów ustawy o emeryturach pomostowych prezentowaną przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz przesłankami określonymi w art. 3 ust. 3 ww. ustawy.

Zgodnie z tym przepisem za prace o szczególnym charakterze uznaje się prace wymagające

szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, zdrowiu lub życiu innych osób zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego wskutek pogorszenia sprawności psychofizycznej związanej z procesem starzenia. W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przesłanki te w pełni spełniają pielęgniarki i pielęgniarze wykonujący zawód w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, zakładach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych, izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz oddziałach chorób zakaźnych. Pielęgniarki i pielęgniarze zatrudnieni w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych uczestniczą przez całą dobę w udzielaniu świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykonują medyczne czynności ratunkowe, prowadzą segregację medyczną pacjentów oraz współuczestniczą w działaniach bezpośrednio ratujących życie. Ich praca wykonywana jest pod nieustanną presją czasu, w warunkach wysokiego ryzyka zawodowego i przy konieczności podejmowania natychmiastowych decyzji mających bezpośredni wpływ na życie i zdrowie pacjentów. Personel pielęgniarski SOR pozostaje stale narażony na kontakt z ciężkimi urazami, nagłymi zgonami, zdarzeniami masowymi, agresją pacjentów i ich rodzin oraz na ekspozycję na czynniki biologiczne. Zakres odpowiedzialności i obciążeń psychofizycznych tej grupy zawodowej jest tożsamy z zakresem obowiąz-

ków członków zespołów ratownictwa medycznego, którzy już obecnie korzystają z uprawnień wynikających z ustawy o emeryturach pomostowych.

Praca pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w izbach przyjęć szpitali psychiatrycznych oraz psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych wiąże się z całodobową opieką nad osobami znajdującymi się w ostrych kryzysach psychicznych oraz z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Obejmuje ona stałą ocenę stanu zdrowia pacjentów, monitorowanie ich bezpieczeństwa, zapobieganie zachowaniom autoagresywnym i agresywnym oraz podejmowanie natychmiastowych działań w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia. Wykonywanie tych obowiązków wymaga ponadprzeciętnej odporności psychicznej, szybkiej oceny ryzyka oraz wysokiej odpowiedzialności za osoby często niesamodzielne. Długotrwała praca w warunkach permanentnego napięcia emocjonalnego, częstej ekspozycji na agresję fizyczną i słowną oraz stałej odpowiedzialności za bezpieczeństwo pacjentów prowadzi do stopniowego wyczerpywania zasobów psychofizycznych pracowników.

Praca pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach chorób zakaźnych wiąże się ze stałą ekspozycją na czynniki biologiczne mogące stanowić bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia personelu. Szczególne znaczenie tej pracy zostało uwidocznione podczas epidemii i pandemii chorób zakaźnych, kiedy personel pielęgniarski pozostawał na pierwszej linii walki z zagrożeniami epidemiologicznymi. Wykonywanie obowiązków zawodowych wymaga zachowania najwyższych standardów bezpieczeństwa biologicznego, ciągłej koncentracji, szczególnej odpowiedzialności oraz odporności psychicznej związanej z codziennym kontaktem z pacjentami cierpiącymi na choroby zakaźne. Długotrwała ekspozycja na zagrożenia biologiczne oraz praca w reżimie sanitarnym powodują

przyspieszone zużycie sił psychofizycznych personelu.

Liczne badania naukowe oraz wyniki międzynarodowych projektów badawczych potwierdzają, że wieloletnia praca zmianowa prowadzi do pogorszenia sprawności psychofizycznej, zwiększa ryzyko chorób układu krążenia, zaburzeń metabolicznych, chorób nowotworowych oraz problemów zdrowia psychicznego.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wskazuje, że brak objęcia pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w wymienionych jednostkach ochroną przewidzianą w ustawie o emeryturach pomostowych prowadzi do nieuzasadnionego zróżnicowania sytuacji prawnej pracowników wykonujących pracę o porównywalnym stopniu odpowiedzialności, ryzyka zawodowego oraz obciążenia psychofizycznego. W szczególności brak jest racjonalnych przesłanek uzasadniających odmienne traktowanie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych względem personelu wykonującego medyczne czynności ratunkowe w zespołach ratownictwa medycznego, a także personelu psychiatrycznego i zakaźnego wykonującego pracę wymagającą analogicznego poziomu sprawności psychofizycznej oraz odpowiedzialności za bezpieczeństwo innych osób.

Mając na uwadze powyższe, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o rozszerzenie katalogu prac o szczególnym charakterze określonego w ustawie o emeryturach pomostowych o pracę pielęgniarek i pielęgniarzy wykonujących zawód w wymienionych jednostkach organizacyjnych ochrony zdrowia oraz objęcie pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w tych jednostkach prawem do emerytur pomostowych na zasadach odpowiadających rzeczywistemu zakresowi odpowiedzialności, poziomowi ryzyka zawodowego oraz stopniowi obciążenia psychofizycznego wynikającego z wykonywania zawodu.

Sekretarz NRPiP



**Kamilla Gólcza**

Prezes NRPiP



**Mariola Łodzińska**

## **Stanowisko nr 13**

### **Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

### **z 17 czerwca 2026 r.**

**w sprawie Stanowiska Nr 1 XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy dotyczącego projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz Nr 1/26/X Naczelnej Rady Lekarskiej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych z głębokim zaniepokojeniem przyjęła Stanowisko Nr 1 XVII Krajowego Zjazdu Lekarzy dotyczące projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej oraz Nr 1/26/X Naczelnej Rady Lekarskiej

W ocenie samorządu pielęgniarek i położnych dokumenty te w znacznym stopniu pomijają aktualny stan wiedzy naukowej, doświadczenia międzynarodowe oraz rzeczywisty zakres przygotowania zawodowego pielęgniarek i położnych. Zamiast merytorycznej debaty nad potrzebami pacjentów i wyzwaniem współczesnego systemu ochrony zdrowia, stanowiska te koncentrują się na obronie historycznego podziału kompetencji zawodowych, który w wielu państwach został już zastąpiony modelami opartymi na kwalifikacjach, efektach zdrowotnych oraz potrzebach pacjenta.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się przedstawianiu rozwoju zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej i zaawansowanej praktyki położniczej jako zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów. Teza ta nie znajduje potwierdzenia ani w badaniach naukowych, ani w praktyce funkcjonowania systemów ochrony zdrowia państw Unii Europejskiej, OECD oraz krajów anglosaskich, które od kilkudziesięciu lat rozwijają zaawansowaną praktykę pielęgniarską i zaawansowaną praktykę położniczą.

Projekt ustawy nie tworzy nowego zawodu medycznego ani nie prowadzi do zastępowania lekarzy przez pielęgniarki i położne. Stanowi natomiast naturalny etap rozwoju zawodu pielęgniarki i położnej, zgodny z rekomendacjami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN), Międzynarodowej Rady Położnych (EMA) oraz Komisji Europejskiej.

Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że kompetencje przewidziane w projekcie ustawy nie są przyznawane arbitralnie ani uznaniowo. Są one efektem wieloletniego procesu kształcenia, doskonalenia zawodowego oraz praktyki klinicznej.

Samorząd lekarski, formułując zarzuty wobec proponowanych rozwiązań, powinien uwzględnić rzeczywisty system kształcenia pielęgniarek i położnych funkcjonujący w Polsce. Kształcenie pie-

gniarek i położnych od ponad dwóch dekad odbywa się wyłącznie na poziomie szkolnictwa wyższego i jest realizowane zgodnie z wymaganiami określonymi w Dyrektywie 2005/36/WE i 2013/55/UE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz krajowych standardach kształcenia.

**Programy studiów obejmują między innymi:**

- anatomię,
- fizjologię,
- patofizjologię,
- farmakologię,
- diagnostykę laboratoryjną,
- badanie fizykalne,
- ocenę stanu zdrowia,
- medycynę ratunkową,
- choroby wewnętrzne,
- chirurgię,
- pediatrię,
- ginekologię i położnictwo,
- psychiatrię,
- geriatrię,
- zdrowie publiczne,
- praktykę opartą na dowodach naukowych.

W toku kształcenia pielęgniarki i położne realizują tysiące godzin zajęć teoretycznych i praktycznych, w tym zajęć klinicznych prowadzonych bezpośrednio z pacjentem.

Wbrew tezom prezentowanym przez samorząd lekarski kompetencje związane z oceną stanu zdrowia pacjenta, przeprowadzaniem badania podmiotowego i przedmiotowego oraz podejmowaniem decyzji klinicznych nie są nowym elementem praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych. Stanowią one integralną część zarówno kształcenia przeddyplomowego, jak i podyplomowego.

Projekt ustawy przewiduje ponadto, że status pielęgniarki zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej (APN) i zaawansowanej praktyki położniczej (APM) będzie mogła uzyskać wyłącznie osoba posiadająca tytuł magistra pielęgniarstwa lub położnictwa, tytuł specjalisty, wieloletnie doświadczenie zawodowe oraz pozytywnie przechodząca proces certyfikacji kompetencji. Oznacza to, że nowe kompetencje mają być wykonywane przez grupę najwyższej wykwalifikowanych przedstawicieli zawodu.

Niezrozumiałe jest zatem podważanie kompetencji zawodowych osób, które legitymują się wykształceniem wyższym, ukończonym kształceniem specjalizacyjnym, wieloletnim doświadczeniem klinicznym oraz potwierdzonymi kompetencjami zawodowymi.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zwraca uwagę, że przegląd systematyczny Cochrane obejmujący badania prowadzone w wielu krajach wykazał, iż opieka sprawowana przez pielęgniarki zaawansowanej praktyki zapewnia wyniki zdrowotne porównywalne z opieką lekarską. Nie stwierdzono zwiększenia śmiertelności, liczby hospitalizacji ani zdarzeń niepożądanych. Jednocześnie pacjenci deklarowali wyższy poziom satysfakcji z udzielanych świadczeń.

Podobne wnioski wynikają z raportów WHO, OECD oraz licznych badań publikowanych w renomowanych czasopismach naukowych, takich jak BMJ, International Journal of Nursing Studies czy Journal of Advanced Nursing.

Szczególne zdziwienie budzi sprzeciw wobec możliwości kierowania przez pielęgniarki i położne na wybrane badania diagnostyczne. Uprawnienia takie od wielu lat funkcjonują między innymi w Wielkiej Brytanii, Irlandii, Holandii, Finlandii, Kanadzie, Australii i Stanach Zjednoczonych. W krajach tych nie tylko nie odnotowano pogorszenia bezpieczeństwa pacjentów, ale uzyskano poprawę dostępności świadczeń i skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę.

Należy również przypomnieć, że polskie pielęgniarki i położne od 2016 roku posiadają uprawnienia do ordynowania określonych leków, wystawiania recept, zlecania wyrobów medycznych oraz kierowania na część badań diagnostycznych. Kompetencje te są wykonywane przez setki tysięcy razy rocznie i nie doprowadziły do wystąpienia zagrożeń systemowych dla bezpieczeństwa pacjentów.

Stanowczy sprzeciw budzi również kwestionowanie możliwości stwierdzania zgonu przez pielęgniarki i położne. Warto przypomnieć, że projekt ustawy nie przewiduje ustalania przyczyny zgonu, lecz jedynie potwierdzenie faktu śmierci w ściśle określonych okolicznościach. Rozwiązania takie funkcjonują od lat w opiece paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej w wielu państwach europejskich i pozaeuropejskich.

Podobnie niezasadne jest podważanie możliwości wystawiania krótkoterminowych zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy przez pielęgniarki

i i położne. Kompetencje takie funkcjonują w wielu krajach rozwiniętych i są obecnie przedmiotem prac legislacyjnych oraz wdrożeniowych także w Polsce. Ich celem jest ograniczenie obciążeń administracyjnych systemu ochrony zdrowia oraz poprawa dostępności świadczeń dla pacjentów.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zdecydowanie odrzuca narrację sugerującą, że rozwój zaawansowanej praktyki pielęgniarskiej i zaawansowanej praktyki położniczej stanowi zagrożenie dla jakości opieki zdrowotnej. W rzeczywistości zagrożeniem dla bezpieczeństwa pacjentów jest utrzymywanie nieefektywnych modeli organizacyjnych, które nie wykorzystują kompetencji wysoko wykwalifikowanych przedstawicieli zawodów medycznych. Obecnie położne w Polsce samodzielnie prowadzą fizjologiczną ciążę oraz przyjmują porody fizjologiczne.

Współczesne systemy ochrony zdrowia nie opierają się na monopolu jednej grupy zawodowej, lecz na współpracy interdyscyplinarnej, wzajemnym szacunku oraz wykorzystaniu kompetencji wszystkich profesjonalistów medycznych zgodnie z ich kwalifikacjami.

Rozwiązania przewidziane w projekcie ustawy nie stanowią eksperymentu legislacyjnego. Są one od wielu lat standardem w państwach uznawanych za liderów jakości ochrony zdrowia, takich jak Wielka Brytania, Kanada, Holandia, Finlandia, Australia czy Nowa Zelandia.

Polska nie stoi dziś przed pytaniem, czy zaawansowana praktyka pielęgniarska jest bezpieczna i skuteczna. Odpowiedź na to pytanie została udzielona przez światową naukę, doświadczenia wielu państw oraz miliony pacjentów korzystających z opieki pielęgniarek zaawansowanej praktyki.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych apeluje do samorządu lekarskiego o prowadzenie debaty publicznej w oparciu o aktualną wiedzę naukową, rzeczywisty zakres kształcenia pielęgniarek i położnych oraz doświadczenia współczesnych systemów ochrony zdrowia, a nie o stereotypy dotyczące podziału kompetencji zawodowych wypracowane w realiach ochrony zdrowia minionego wieku.

Dobro pacjenta, bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, dostępność świadczeń zdrowotnych oraz pełne wykorzystanie kompetencji wszystkich zawodów medycznych powinny stanowić nadrzędną wartość i wspólny cel wszystkich samorządów zawodów medycznych.

Sekretarz NRPiP

Kamilla Gólc

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska

## **Stanowisko nr 14**

### **Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

### **z 17 czerwca 2026 r.**

#### **w sprawie podjęcia prac legislacyjnych nad wprowadzeniem urlopu dla poratowania zdrowia dla pielęgniarek i położnych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, iż konieczne jest podjęcie prac legislacyjnych przez Ministra Zdrowia mających na celu wprowadzenie do porządku prawnego instytucji urlopu dla poratowania zdrowia dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w podmiotach leczniczych.

Zawody pielęgniarki i położnej należą do grup zawodowych wykonujących pracę o szczególnym znaczeniu, wymagającą stałej gotowości psychofizycznej, odporności na przewlekły stres oraz wykonywania obowiązków w warunkach narażenia na czynniki biologiczne, chemiczne i fizyczne. Pielęgniarki i położne wykonują pracę zmianową, nocną, często w warunkach niedoboru personelu, przy znacznym obciążeniu odpowiedzialnością za zdrowie i życie pacjentów. Długotrwałe wykonywanie zawodu prowadzi do zwiększonego ryzyka występowania chorób układu ruchu, schorzeń psychicznych związanych z wypaleniem zawodowym, zaburzeń snu oraz innych chorób będących następstwem wieloletniej ekspozycji zawodowej.

Jednocześnie sytuacja demograficzna w zawodach pielęgniarki i położnej jest alarmująca. Z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych wynika, że obecnie średni wiek pielęgniarek przekracza 55 lat, natomiast średni wiek położnych wynosi ponad 52 lata. Do 2030 r. aż 51% obecnie zatrudnionych pielęgniarek oraz 47% położnych osiągnie wiek emerytalny. Według danych Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych wśród osób wykonujących zawód znajduje się obecnie ponad 90 tys. pielęgniarek i 10.200 położnych posiadających już uprawnienia emerytalne. Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia w znacznym stopniu opiera się zatem na osobach, które mogłyby zakończyć aktywność zawodową.

Pielęgniarki w grupie wiekowej 21-40 lat stanowią 61 tys., w grupie wiekowej 41-60 lat stanowią 150 tys. osób, co wskazuje na znaczną lukę pokoleniową wynoszącą ok. 90 tys. pielęgniarek. Natomiast położne w grupie wiekowej 21-40 lat stanowią 12.300 osób, w grupie wiekowej 41-60 lat stanowią

16 tys., co wskazuje na lukę pokoleniową wynoszącą ok. 4 tys. położnych.

Wprowadzenie urlopu dla poratowania zdrowia stanowiłoby instrument pozwalający na wydłużenie aktywności zawodowej pielęgniarek i położnych poprzez umożliwienie regeneracji zdrowia bez konieczności definitywnego opuszczania zawodu. Rozwiązanie takie mogłoby ograniczyć liczbę przedwczesnych odejść z pracy, zmniejszyć skalę absencji chorobowych oraz przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu.

Wprowadzenie urlopu dla poratowania zdrowia dla pielęgniarek i położnych znajduje uzasadnienie w art. 24 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z którym praca znajduje się pod ochroną Rzeczypospolitej Polskiej, art. 66 ust. 1 Konstytucji RP, gwarantującym pracownikom prawo do bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, art. 68 ust. 1 i 2 Konstytucji RP, nakładającym na władze publiczne obowiązek zapewnienia obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Należy podkreślić, że podobne rozwiązania funkcjonują już w odniesieniu do innych grup zawodowych wykonujących pracę o szczególnym charakterze, w szczególności nauczycieli na podstawie art. 73 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (t.j. Dz. U. z 2026 r., poz. 515).

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku, że wobec postępującego starzenia się kadr pielęgniarskich i położniczych, narastających niedoborów personelu oraz szczególnie obciążającego charakteru wykonywanej pracy, wprowadzenie urlopu dla poratowania zdrowia stanowi rozwiązanie uzasadnione zarówno społecznie, jak i ekonomicznie.

Instrument ten powinien być traktowany jako element polityki zdrowotnej państwa służący utrzymaniu aktywności zawodowej doświadczonych pielęgniarek i położnych, poprawie bezpieczeństwa pacjentów oraz zapewnieniu ciągłości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Sekretarz NRPiP

**Kamilla Gólc**

Prezes NRPiP

**Mariola Łodzińska**

## **Stanowisko nr 16**

### **Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych**

### **z 18 czerwca 2026 r.**

**w sprawie sprzeciwu wobec pełnienia jednoosobowych dyżurów przez pielęgniarki i położne oraz nieprzestrzegania minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, działając na podstawie art. 4 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz stojąc na straży bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów i bezpieczeństwa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, wyraża stanowczy sprzeciw wobec praktyki organizowania jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich i położniczych oraz nieprzestrzegania obowiązujących minimalnych norm zatrudnienia w podmiotach leczniczych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że zapewnienie odpowiedniej liczby pielęgniarek i położnych pozostaje jednym z podstawowych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych wykonywanych z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami bezpieczeństwa pacjenta oraz poszanowaniem praw pacjenta.

Praktyka ta narusza przepisy dotyczące organizacji czasu pracy, prawa do odpoczynku oraz zasad ergonomii pracy wynikających z przepisów Kodeksu pracy, prowadzi do nadmiernego obciążenia fizycznego i psychicznego pielęgniarek i położnych.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że nieprzestrzeganie minimalnych norm zatrudnienia prowadzi do zjawiska racjonowania opieki pielęgniarskiej, ograniczenia czasu przeznaczonego dla pacjenta, zwiększenia ryzyka zdarzeń niepożądanych, zakażeń szpitalnych, upadków, opóźnionego reagowania na pogorszenie stanu zdrowia oraz obniżenia jakości opieki zdrowotnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych przypomina, iż kierownicy podmiotów leczniczych są zobowiązani do organizowania pracy w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pra-

cy oraz realizację świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym przepisami dotyczącymi minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

W ocenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych niedopuszczalne jest przerzucanie skutków braków kadrowych na pielęgniarki i położne poprzez organizowanie jednoosobowych dyżurów lub systemowe niestosowanie obowiązujących norm zatrudnienia.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wnosi o podjęcie pilnych działań mających na celu wyeliminowanie praktyki jednoosobowych dyżurów pielęgniarskich i położniczych oraz zapewnienie bezwzględnego przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia. Konieczne jest również prowadzenie systematycznych kontroli organizacji pracy pielęgniarek i położnych, tak aby pacjentom zagwarantować świadczenia zdrowotne realizowane zgodnie z należytą starannością oraz zapewnić bezpieczeństwo wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych podkreśla, że bezpieczeństwo pacjentów nie może być uzależnione od pracy ponad siły pielęgniarek i położnych ani od akceptacji organizacji pracy naruszającej podstawowe standardy bezpieczeństwa zdrowotnego.

W świetle dostępnych dowodów naukowych zapewnienie właściwych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy traktować nie jako koszt organizacyjny, lecz jako inwestycję w bezpieczeństwo pacjentów, jakość świadczeń zdrowotnych oraz stabilność systemu ochrony zdrowia.

Sekretarz NRPiP



**Kamilla Gólcza**

Prezes NRPiP

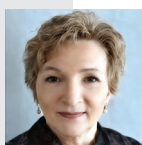


**Mariola Łodzińska**



## RSV – groźny wirus oddechowy

Ekspertki wskazują, że infekcje wywołane RSV bywają groźniejsze od grypy, a choroba jest wysoce zakaźna i szczególnie niebezpieczna dla najmłodszych dzieci, a także osób starszych, u których może prowadzić do ciężkich powikłań. Co jeszcze warto wiedzieć o RSV – poza tym, że z roku na rok odnotowujemy wzrost liczby zakażeń?



**MGR DOROTA ANDRZEJEWSKA**  
specjalista zdrowia publicznego,  
Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna  
w Gnieźnie

W Polsce odnotowuje się znaczący wzrost liczby zakażeń wirusem oddechowym RSV. Wskaźnik zachorowań wzrósł w szczytowych momentach sezonu do blisko 30-47 przypadków na 100 tys. Obecnie RSV pozostaje głównym patogenem wywołującym ostre infekcje dolnych dróg oddechowych u niemowląt i dzieci do lat 2, ale zagraża także osobom dorosłym. Choroba jest wysoce zakaźna i szczególnie niebezpieczna dla najmłodszych dzieci, a także seniorów, u których może prowadzić do ciężkich powikłań.

RSV jest powszechnym patogenem, znanym od lat, który każdego roku w Europie przyczynia się do ponad 270 tys. hospitalizacji i około 20 tys. zgonów osób w wieku 60 lat i starszych. Szacuje się, że każdego roku w tych populacjach odnotowuje się około 3 mln przypadków ostrego zakażenia dróg oddechowych wywołanego przez RSV. Nieko-

rzystna sytuacja epidemiologiczna w tym zakresie jest widoczna także w Polsce. Dane opublikowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH wskazują, że zapadalność na infekcje wywołane wirusem RSV w naszym kraju gwałtownie rośnie. Porównajmy sytuację z ubiegłych lat – w roku 2024 odnotowano 41 648 przypadków zachorowań, natomiast w roku 2025 ponad dwukrotnie więcej – 95 670. W roku bieżącym od stycznia do maja odnotowano już 74 212 zakażeń, w tym u dzieci do lat 2 – 25 831. Należy przy tym założyć, że statystyki mogą być znacząco wyższe, bo nie każdy poddaje się testom diagnostycznym, a wirus może być trudny do szybkiego rozpoznania ze względu na niespecyficzne objawy zakażenia, które przypominają np. przeziębienie czy grypę. Ekspertki twierdzą, że przyczyną niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej w zakresie zakażeń wirusem RSV, obserwowanej po pandemii COVID-19, są zmiany w genomie RSV, jak również zwiększona liczba wykonywanych testów diagnostycznych.

### Wirus RSV jest wysoce zakaźny

Wirus RSV (ang. respiratory syncytial virus) należy do rodziny Paramyxoviridae i jest powszechnym wirusem osłonkowym atakującym układ oddechowy. Przenosi się drogą kropelkową lub przez ręce i przedmioty zanieczyszczone wydzieliną z dróg oddechowych osoby chorej. Do zakażenia dochodzi zatem, gdy zarażona osoba kaszle, kicha lub mówi. Można się też zarazić poprzez dotknięcie powierzchni skażonej wirusem, a następnie nosa, ust lub oczu – miejscem wniknięcia wirusa są nie tylko drogi oddechowe, ale także spojówki oczu.

Okres wylegania zakażenia RSV w przypadku noworodków i dzieci wynosi przeciętnie 4,5 dnia. U osób dorosłych jest on nieznacznie dłuższy – 5 dni. Zaraźliwość występuje już przed wystąpieniem objawów i utrzymuje się do chwili wytworzenia przeciwciał. Wirus jest bardzo zakaźny, dlatego też zakażenia RSV łatwo szerzą się w dużych zbiorowiskach, tj. w żłobkach, przedszkolach oraz na oddziałach szpitalnych. Zachorować może każdy, przy czym ochrona (odporność) uzyskana w wyniku zakażenia nie jest trwała, więc można zarazić się więcej niż raz.

### Przebieg zakażenia

U dzieci pierwotne zakażenie wirusem RSV może przebiegać w postaci lekkiego nieżytu górnego odcinka układu oddechowego bądź przybierać formę ciężkiego schorzenia dolnych dróg oddechowych (zapalenie płuc, zapalenia oskrzelików). Zakażenie górnych dróg oddechowych objawia się kaszlem, niekiedy z chrypką lub zapaleniem krtani. Powszechne są stany podgorączkowe, zwłaszcza na początku choroby, utrzymujące się od 2 do 4 dni.

Wystąpienie duszności, wzrost częstości oddechów oraz zaciąganie przestrzeni międzyżebrowych wskazuje na przeniesienie zakażenia w dolne partie układu oddechowego. Paradoksalnie w tym okresie gorączka się obniża. U dorosłych poniżej 35. roku życia infekcje wywołane RSV mają zwykle łagodny przebieg i ograniczają się jedynie do górnych dróg oddechowych. Jak wskazują badania, u niektórych osób może dojść do zaostrzenia objawów, jednak bez poważniejszych komplikacji. Może wystąpić krwawienie z nosa, gorączka, drażniący suchy kaszel, przejściowe świszczenie oddechowe, trwałe zmęczenie, sporadyczne skrócenie oddechu w ciągu 4 tygodni od zachorowania.

**Wirus RSV jest groźny szczególnie dla wcześniaków, niemowląt i osób starszych.** Szacuje się, że wirus RSV jest odpowiedzialny za 70% infekcji dróg oddechowych u dzieci do 2. roku życia. Zakażenie wirusem RSV jest szczególnie groźne dla wcześniaków i niemowląt do 6. miesiąca życia. W momencie narodzin wcześniaki są 10-krotnie bardziej narażone na zakażenia dolnych dróg oddechowych niż dzieci urodzone o czasie, co jest związane z niewykształconym w pełni układem oddechowym i niedojrzałym układem odpornościowym. Infekcje wywołane wirusem RSV u wcześniaków mogą prowadzić do ciężkich zaburzeń oddychania, konieczności zastosowania wentylacji z użyciem respiratora, a w konsekwencji do niedotlenienia i do ryzyka kolejnych powikłań zdrowotnych, np. odmy opłucnowej, zapalenia ucha środkowego. Świszczący oddech i reaktywne drogi oddechowe mogą utrzymywać się nawet przez 5–8 lat po ostrej infekcji.

**Wirus RSV jest groźny także dla osób starszych,** u których zakażenie może mieć bardziej skomplikowany przebieg niż powszechnie znana grypa, włączając w to nie tylko rozwój zapalenia płuc, ale również konieczność leczenia szpitalnego czy wdrożenia tlenoterapii. Objawy kliniczne zakażenia wirusem RSV u osób starszych przybierają różne formy – od łagodnego przeziębienia do ciężkiej niewydolności oddechowej. Typowymi objawami zakażenia charakterystycznymi w tej grupie osób są krwawienia towarzyszące wydzielinie z nosa oraz występowanie świszczącego oddechu. Są to objawy różniące zakażenie RSV od innych zakażeń oddechowych. Dominującym objawem jest także kaszel (90–97% przypadków) i gorączka, która występuje około 50% chorych, podczas gdy w przypadku zakażenia bakteryjnego lub wirusem grypy gorączka występuje znacznie częściej, bo u 75% pacjentów. U osób starszych infekcja wywołana RSV nie kończy się na kilku dniach złego samopoczucia i może oznaczać długotrwałe osłabienie czy pogorszenie ogólnego stanu zdrowia. Zakażenie wirusem RSV jest szczególnie groźne dla pacjentów z niewydolnością oddechowo-kръżeniową, z ciężkimi zabu-

**Mimo iż RSV jest wirusem znanym od ponad 60 lat, dotychczas nie było skutecznych i bezpiecznych metod profilaktyki zakażeń.** Przez wiele lat nie było też narzędzi w zakresie diagnostyki i kontroli zachorowań. Z tych powodów patogen ten nie istniał w szerszej świadomości.

zrzeniami funkcjonowania układu odpornościowego, wadami serca, po przeszczepach, w immunosupresji oraz z chorobami o charakterze przewlekłym – poddanych długotrwałej hospitalizacji.

**Wirus RSV jest również częstą przyczyną zakażeń szpitalnych.** Ogniska zakażeń wywołanych wirusem RSV nadal pozostają trudnym problemem leczenia zamkniętego. Dowiedziono, że głównym źródłem zakażenia jest personel, osoby odwiedzające oraz sami pacjenci. Z tego względu izolacja chorych, odsunięcie od pracy personelu z objawami zakażenia, ograniczenie odwiedzin, a nawet wstrzymanie przyjęć, stosowanie środków ochrony osobistej oraz przestrzeganie zasad higieny i właściwych procedur jest jedną ze skuteczniejszych strategii przerwania dróg transmisji wirusa i zapobiegania zakażeniom na oddziałach szpitalnych. Leczenie – tylko objawowe

W większości zakażeń RSV leczenie ogranicza się do przyjmowania właściwej ilości płynów i kontrolowania ciepłoty ciała. W ciężkich przypadkach zapalenia dolnych dróg oddechowych konieczna może być tlenoterapia lub oddychanie wspomagane. Skuteczność stosowania terapii przeciwwirusowej, jak również kortykosteroidów, nie została jednoznacznie potwierdzona. Założono, że ich przyjmowanie powinno być stosowane tylko w uzasadnionych przypadkach, podobnie jak wdrażanie antybiotyków.

### Jak można się chronić?

Aby zapobiec zakażeniu wirusami RSV, konieczne jest przestrzeganie zasad higieny. Czynniki, które mogą pomóc zmniejszyć ryzyko zakażenia, to częste mycie rąk, zachowywanie dystansu, mycie i dezynfekowanie zabawek, którymi bawią się dzieci, niekorzystanie z tych samych sztućców czy ręczników. Ważnym elementem profilaktyki zakażeń jest odizolowanie dzieci z objawami infekcji wywołanej wirusem RSV od członków rodziny cierpiących na choroby przewlekłe oraz od osób starszych. Aktualnie jednak **najskuteczniejszą strategią zapobiegania poważnym skutkom zakażenia RSV są szczepienia ochronne.**

W Polsce dostępne są 2 różne szczepionki przeciw RSV, tj. Abrysvo oraz Arexvy. Szczepienia przeciw RSV należą do zalecanych. Szczepionka

o nazwie **Abrysvo** może być podawana kobietom w 24.-36. tygodniu ciąży w celu biernej ochrony niemowląt przed chorobami dolnych dróg oddechowych wywołanymi przez RSV, w celu czynnego uodporniania osób w wieku 18 lat i starszych przeciw chorobom dolnych dróg oddechowych wywołanych przez RSV oraz osobom powyżej 60. roku życia. Szczepionka o nazwie **Arexvy** może być podawana osobom w wieku 60 lat i więcej oraz osobom w wieku od 50 do 59 lat ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na chorobę wywoływaną przez RSV. Szczepionki przeciw RSV Abrysvo i Arexvy przeznaczone dla osób w wieku 65+ w ramach refundacji są bezpłatne. Dla osób w wieku 60-64 lat szczepionki są dostępne w ramach refundacji aptecznej z odpłatnością 50%. W pozostałych grupach wieku szczepionki są odpłatne.

### Profilaktyka u niemowląt

Profilaktyka zakażeń RSV niemowląt obejmuje 2 sposoby. Są to szczepienia kobiet w ciąży w celu biernej ochrony niemowląt przed RSV oraz bierne uodpornienie przeciwciałem monoklonalnym niemowląt w pierwszym roku życia. Dzieci urodzone we wrześniu i kolejnych miesiącach sezonu zakażeń RSV optymalnie powinny otrzymać preparat przed opuszczeniem szpitala/oddziału porodowego, a niemowlęta urodzone przed wrześniem danego roku u pediatry lub lekarza rodzinnego. Profilaktyka jest wskazana również u dzieci w wieku 1-2 lat w drugim sezonie zakażenia RSV w przypadku występowania czynników ryzyka ciężkiego przebiegu infekcji. Należy podkreślić, że szczepienie matki przeciw RSV w ciąży nie powinno być powodem wykluczenia dziecka z profilaktyki biernej za pomocą przeciwciała monoklonalnego.

Przedruk z MPiP 6/2026



## Pielęgniarka, położna i sąd

Zeznając w charakterze świadka, nie zostajesz zwolniona z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej. Sprawdź, czy i w jakim zakresie można ujawnić okoliczności nią objęte.



**BARTŁOMIEJ ACHLER**  
adwokat

Wykonywanie zawodu medycznego może wiązać się z koniecznością wizyty w sądzie, prokuraturze, czy u rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Pielęgniarka lub położna wezwana do złożenia zeznań w sprawie związanej z wykonywaniem zawodu z jednej strony, jako świadek, jest zobowiązana do stawienia się przed sądem lub innym organem prowadzącym postępowanie oraz do złożenia zgodnych z prawdą zeznań. Z drugiej strony pozostaje związana tajemnicą zawodową, która obejmuje informacje uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu.

Samo otrzymanie wezwania od właściwego organu nie oznacza automatycznego zwolnienia z obowiązku zachowania tajemnicy. Zakres uprawnień pielęgniarki oraz możliwość ujawnienia informacji o pacjencie zależą przede wszystkim od rodzaju prowadzonego postępowania.

### Zakres tajemnicy pielęgniarskiej

Podstawowe zasady dotyczące tajemnicy pielęgniarskiej określa art. 17 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, zgodnie z którym to przepisem pielęgniarka i położna są obowiązane do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu.

Zakres tajemnicy został więc określony dość szeroko. Ochroną objęte są bowiem nie tylko informacje odnoszące się bezpośrednio do rozpoznania choroby, wyników badań lub zastosowanego leczenia. Tajemnica obejmuje zasadniczo wszelkie informacje związane z pacjentem, które zostały pozyskane podczas wykonywania czynności zawodowych.

Mogą to być w szczególności informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta, rozpoznanych chorób i dolegliwości czy przeprowadzonych badań i ich wy-

ników. Również informacje o przyjmowanych lekach, wykonanych czynnościach pielęgnacyjnych czy zachowaniu pacjenta są objęte tajemnicą zawodową. „Informacje związane z pacjentem” to jednak również np. dane dotyczące sytuacji rodzinnej, osobistej, zawodowej czy społecznej pacjenta. Pamiętać przy tym należy, że tajemnica zawodowa nie ogranicza się do informacji zamieszczonych w dokumentacji medycznej. Obejmuje również wiadomości uzyskane podczas rozmów z pacjentem, obserwacji jego zachowania lub wykonywania czynności pielęgnacyjnych.

Nie każda informacja pozyskana w miejscu pracy będzie jednak objęta tajemnicą pielęgniarską. Co do zasady tajemnica zawodowa nie obejmuje informacji odnoszących się wyłącznie do organizacji pracy podmiotu leczniczego, takich jak na przykład skład osobowy personelu pełniącego dyżur, podział obowiązków pomiędzy pracownikami czy treść obowiązujących procedur wewnętrznych.

W konkretnym przypadku granica pomiędzy informacją organizacyjną a informacją dotyczącą pacjenta może być jednak trudna do jednoznaczного wyznaczenia. Informacja o tym, kto pełnił dyżur, zasadniczo nie stanowi tajemnicy pielęgniarskiej. Inaczej może być oceniana odpowiedź na pytanie, jakie czynności określa osoba wykonała wobec konkretnego pacjenta i jakie były przyczyny ich podjęcia.

Należy również pamiętać, że obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej nie ustaje wraz ze śmiercią pacjenta. Co do zasady informacje dotyczące pacjenta pozostają chronione także po jego śmierci.

Zwolnienie z obowiązku zachowania tajemnicy Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej nie ma charakteru bezwzględny. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej przewiduje przypadki, w których ujawnienie informacji związanych z pacjentem jest dopuszczalne.

#### **Dotyczy to w szczególności sytuacji, w których:**

- obowiązek ujawnienia informacji wynika z odrębnych przepisów,
- zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób,
- pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraził zgodę na ujawnienie informacji,
- przekazanie niezbędnych informacji jest konieczne innym osobom uczestniczącym w udzielaniu pacjentowi świadczeń zdrowotnych.

W postępowaniach sądowych szczególne znaczenie mają zgoda pacjenta oraz przepisy proceduralne regulujące możliwość zwolnienia świadka z tajemnicy zawodowej.

Należy przy tym podkreślić, że pielęgniarki lub położnej z tajemnicy zawodowej nie może skutecz-

nie zwolnić jej pracodawca, bezpośredni przełożony, dyrektor podmiotu leczniczego ani kierownik komórki organizacyjnej.

#### **Składanie zeznań a tajemnica zawodowa**

Otrzymanie wezwania do sądu, prokuratury lub na policję powoduje obowiązek stawienia się w miejscu i terminie wskazanym w wezwaniu. Nie stanowi jednak samoistnej podstawy do ujawnienia informacji objętych tajemnicą pielęgniarską.

O ile zatem pielęgniarka nie może ignorować wezwania, powołując się na obowiązek zachowania tajemnicy, o tyle już powinna stawić się przed organem prowadzącym postępowanie i poinformować, że odpowiedź na określone pytania może prowadzić do ujawnienia informacji chronionych.

Dalszy sposób postępowania zależy od rodzaju sprawy oraz przepisów proceduralnych mających w niej zastosowanie.

#### **Tajemnica pielęgniarska w postępowaniu karnym**

Zasady składania zeznań przez osoby związane tajemnicą zawodową w postępowaniu karnym zostały określone w art. 180 Kodeksu postępowania karnego.

Zgodnie z art. 180 § 1 k.p.k. osoby obowiązane do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek. Sąd lub prokurator może jednak zwolnić taką osobę z obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli jest to konieczne dla dobra wymiaru sprawiedliwości.

Pielęgniarka lub położna może więc odmówić złożenia zeznań w zakresie dotyczącym informacji objętych tajemnicą zawodową. Uprawnienie to nie oznacza jednak możliwości automatycznej odmowy udziału w całym przesłuchaniu. Jeżeli część pytań dotyczy okoliczności nieobjętych tajemnicą, świadek powinien na nie odpowiedzieć.

Odmowa może odnosić się wyłącznie do tych pytań, na które odpowiedź prowadziłaby do ujawnienia chronionych informacji związanych z pacjentem.

Warto przy tym pamiętać, że decyzji o zwolnieniu z tajemnicy nie może natomiast podjąć funkcjonariusz policji. Jeżeli przesłuchanie prowadzone przez policję dotyczy informacji objętych tajemnicą zawodową, pielęgniarka powinna poinformować o obowiązku jej zachowania. Organ prowadzący czynność powinien wówczas uzyskać odpowiednie postanowienie prokuratora lub sądu.

Prawo do odmowy odpowiedzi na pytania

Zwolnienie z tajemnicy zawodowej nie pozbawia świadka innych uprawnień przewidzianych w procedurze karnej.

Zgodnie z art. 183 § 1 k.p.k. świadek może uchylić się od odpowiedzi na pytanie, jeżeli udzielenie odpowiedzi mogłoby narazić jego samego lub

osobę dla niego najbliższą na odpowiedzialność za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.

Uprawnienie to może mieć szczególne znaczenie w postępowaniach dotyczących zdarzeń medycznych. Pielęgniarka może zostać wezwana jako świadek, mimo że przedmiotem oceny organów ścigania jest również prawidłowość jej własnego postępowania.

Może to dotyczyć chociażby podania niewłaściwego produktu leczniczego, zastosowania nieprawidłowej dawki, zaniechania obserwacji pacjenta czy nieprawidłowego wykonania zlecenia lekarskiego.

W takich przypadkach, jeżeli odpowiedź na konkretne pytanie mogłaby narazić pielęgniarkę na odpowiedzialność karną, może ona odmówić odpowiedzi na podstawie art. 183 § 1 k.p.k. Pielęgniarka nie ma obowiązku „donoszenia” na samą siebie.

### Tajemnica pielęgniarska w postępowaniu cywilnym

Pielęgniarki i położne mogą być wzywane w charakterze świadków w różnego rodzaju sprawach cywilnych. Najczęściej dotyczy to postępowań o tzw. błędy medyczne.

W postępowaniu cywilnym zasadą jest obowiązek stawienia się oraz złożenia zeznań. Tajemnica zawodowa nie daje pielęgniarce generalnego prawa do odmowy występowania w charakterze świadka.

Zgodnie jednak z art. 261 § 2 Kodeksu postępowania cywilnego świadek może odmówić odpowiedzi na zadane pytanie, jeżeli zeznanie byłoby połączone z pogwałceniem istotnej tajemnicy zawodowej.

Pielęgniarka powinna odpowiedzieć na pytania dotyczące okoliczności nieobjętych tajemnicą, na przykład organizacji dyżuru, obowiązujących procedur lub wyposażenia oddziału.

Może natomiast odmówić odpowiedzi, jeżeli pytanie dotyczy informacji chronionych, w szczególności stanu zdrowia konkretnego pacjenta, wykonanych wobec niego czynności lub treści przekazanych przez niego informacji.

Co istotne – w postępowaniu cywilnym brak jest odrębnego trybu zwalniania z tajemnicy zawodowej odpowiadającego regulacji art. 180 k.p.k. To pielęgniarka zatem decyduje, czy odpowiedź na pytanie będzie naruszać tajemnicę zawodową, czy nie.

Sąd cywilny ocenia natomiast, czy ewentualna odmowa odpowiedzi na konkretne pytanie jest uzasadniona. Ostateczna ocena, czy określona informacja stanowi istotną tajemnicę zawodową, należy do sądu prowadzącego postępowanie. W sprawach cywilnych szczególnego znaczenia nabiera zgoda pacjenta. Jeżeli pacjent wyraźnie zezwoli na ujawnienie określonych informacji na potrzeby danego postępowania, pielęgniarka może złożyć zeznania w granicach udzielonej zgody. Również w postępowaniu cywilnym pielęgniarka lub położna może

odmówić odpowiedzi na pytanie, jeżeli odpowiedź mogłaby narazić ją lub osobę jej bliską na odpowiedzialność karną. Uprawnienie to może mieć znaczenie w sprawach dotyczących błędów medycznych. Jeżeli odpowiedź na konkretne pytanie mogłaby wskazywać na popełnienie przez pielęgniarkę czynu zabronionego, świadek może powołać się na prawo do odmowy odpowiedzi na pytanie.

### Tajemnica pielęgniarska w postępowaniu dotyczącym odpowiedzialności zawodowej

Odrębne zasady obowiązują w postępowaniu w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Postępowanie to może dotyczyć naruszenia zasad etyki zawodowej i przepisów regulujących wykonywanie zawodu. Postępowanie prowadzone jest przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej oraz przez okręgowy sąd pielęgniarek i położnych.

Kwestia tajemnicy zawodowej w tym postępowaniu została jednoznacznie rozstrzygnięta w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych. Mianowicie, zgodnie z art. 42 ust. 4 tej ustawy składanie przez pielęgniarkę lub położną zeznań albo wyjaśnień w trakcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej nie stanowi naruszenia tajemnicy zawodowej.

Pielęgniarka może więc ujawnić informacje objęte tajemnicą zarówno składając zeznania jako świadek, jak i składając wyjaśnienia jako obwiniona w postępowaniu. W tym przypadku nie jest wymagana zgoda pacjenta ani dodatkowe postanowienie zwalniające z tajemnicy.

Ustawowe wyłączenie odpowiedzialności za naruszenie tajemnicy nie oznacza jednak pełnej dowolności w ujawnianiu informacji. Przekazywane wiadomości powinny pozostawać w związku z przedmiotem prowadzonego postępowania i być niezbędne do wyjaśnienia sprawy.

Przepis odnosi się wyłącznie do składania zeznań i wyjaśnień w ramach postępowania dotyczącego odpowiedzialności zawodowej. Nie uprawnia do rozpowszechniania informacji o pacjencie poza tym postępowaniem.

Dopuszczalność ujawnienia informacji objętych tajemnicą zawodową jest więc uzależniona od wielu czynników, takich jak: charakter postępowania (cywilne, karne, zawodowe), rola w postępowaniu (świadek, pokrzywdzony, obwiniona, oskarżona) czy zakres informacji, których dotyczy postępowanie.

W przypadku zatem otrzymania wezwania na przesłuchanie zawsze warto zwracać uwagę nie tylko na to, jaki organ jest nadawcą wezwania, ale i na to, w jakim charakterze pielęgniarka lub położna jest wzywana. Od tego bowiem zależy, czy i w jakim zakresie będzie mogła ujawnić okoliczności objęte tajemnicą zawodową.

# Standard organizacyjny opieki zdrowotnej w opiece długoterminowej

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wprowadza nowe standardy organizacyjne w opiece długoterminowej. Przedmiotem komentarza jest przedstawienie regulacji prawnych dotyczących standardów organizacyjnych w opiece długoterminowej zawartych w wyżej wskazanym rozporządzeniu.

## 1. WPROWADZENIE

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej Minister Zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Standardy takie zostały ustanowione rozporządzeniem Ministra Zdrowia m.in. w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w zakresie opieki okołoporodowej, a ostatnio także w zakresie opieki długoterminowej.

Opieka długoterminowa w systemie opieki zdrowotnej przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych, niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki pielęgniarstwa oraz kontynuacji leczenia i rehabilitacji zapobiegającej skutkom długotrwałego unieruchomienia.

Opieka długoterminowa formalna w Polsce może być realizowana w ramach dwóch systemów, tj.:

- 1) ochrony zdrowia,
- 2) pomocy społecznej.

Zgodnie z art. 15 ust. 2 pkt 6 u.s.o.z. świadczeniobiorca w systemie ochrony zdrowia – publicznego ubezpieczenia zdrowotnego ma prawo do świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze adresowane są zarówno do dorosłych, jak i do dzieci. Powyższe świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach stacjonarnych oraz domowych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – dalej rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r., wprowadza nowe standardy organi-

zacyjne w opiece długoterminowej. Rozporządzenie to weszło w życie 25.04.2026 r.

Standard organizacyjny opieki zdrowotnej zwany dalej standardem stanowi załącznik do powyższego rozporządzenia. Standard dotyczy tylko opieki długoterminowej realizowanej w systemie ochrony zdrowia (nie pomocy społecznej). Ma on charakter obligatoryjny dla wskazanych w nim podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie opieki długoterminowej.

Jak sam stanowi, standard organizacyjny opieki zdrowotnej określa sposób organizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Standard organizacyjny ma na celu zapewnienie dobrostanu pacjenta, w szczególności przez poprawę lub utrzymanie stanu zdrowia, poszanowanie jego podmiotowości i autonomii, ochronę jego intymności, wsparcie w zachowaniu sprawności adekwatnej do jego stanu zdrowia oraz w utrzymywaniu kontaktów rodzinnych i społecznych, a także zapewnienie odpowiedniej edukacji zdrowotnej.

## 2. PODMIOTY ZOBOWIĄZANE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. określa standard organizacyjny w:

- 1) zakładach opiekuńczo-leczniczych,
- 2) zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- 3) oraz w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych.

W rezultacie ma ono zastosowanie do stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, czyli zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, a także do podmiotów realizujących opiekę długoterminową w warunkach domowych, np. do praktyk zawodowych pielęgniarstwa i podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Wyżej określone podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń

opieki długoterminowej są w rozporządzeniu, a także w niniejszym komentarzu, określane jako „podmiot opieki długoterminowej”.

W zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych jest prowadzona działalność lecznicza polegająca na udzielaniu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne w zakresie opieki długoterminowej.

Działalność lecznicza w zakładzie opiekuńczo-leczniczym polega na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz na zapewnianiu im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Natomiast działalność lecznicza w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym polega na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnianiu im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzeniu edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowaniu tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych (art. 9 ust. 1 pkt 1 i 2 u.d.l.)

Standard organizacyjny opieki zdrowotnej określony w prezentowanym rozporządzeniu nie dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych psychiatrycznych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień na podstawie ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.

W praktyce obowiązki wynikające ze standardu będą wykonywane przez personel sprawujący opiekę długoterminową. Zgodnie z definicją legalną zawartą w rozporządzeniu (cz. I. 3 pkt 7) personel sprawujący opiekę długoterminową to personel udzielający świadczeń opieki długoterminowej w podmiocie opieki długoterminowej, w szczególności lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychologowie, terapeuci zajęciowi i opiekunowie medyczni.

**Zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych muszą dostosować się do wymagań określonych w standardzie organizacyjnym opieki zdrowot-**

**nej, stanowiącym załącznik do rozporządzenia, nie później niż do 31.08.2026 r.**

### 3. POSTANOWIENIA/OBOWIĄZKI OGÓLNE

Część I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r., składającego się z VII części, zawiera niżej przedstawione zasady ogólne, a także słowniczek definicji legalnych.

Zgodnie z postanowieniami ogólnymi, które odnoszą się tylko do stacjonarnej opieki długoterminowej i dotyczą zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, w sytuacji, w której pacjent przebywający w podmiocie stacjonarnej opieki długoterminowej wymaga zapewnienia świadczeń zdrowotnych, których ten podmiot nie jest w stanie udzielić, kierownik podmiotu podejmuje działania w celu zapewnienia tych świadczeń zdrowotnych, zgodnie z ustaloną i wdrożoną procedurą przekazywania pacjenta do innego podmiotu leczniczego udzielającego stacjonarnej i całodobowej opieki zdrowotnej, obejmującą:

- 1) wybór tego podmiotu leczniczego;
- 2) uzgodnienie z tym podmiotem leczniczym gotowości przyjęcia pacjenta;
- 3) uzyskanie zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego na przekazanie do tego podmiotu leczniczego;
- 4) przygotowanie i udostępnienie temu podmiotowi leczniczemu dokumentacji medycznej pacjenta dotyczącej jego stanu zdrowia i dotychczasowego postępowania pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz terapeutycznego wobec niego, zawierającej informacje istotne dla kontynuacji opieki lub leczenia;
- 5) postępowanie z rzeczami osobistymi pacjenta;
- 6) poinformowanie osób bliskich i opiekunów faktycznych pacjenta o jego przekazaniu do tego podmiotu leczniczego;
- 7) postępowanie w sytuacji, gdy przekazanie pacjenta następuje w trybie nagłym.

Kierownik podmiotu stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża procedurę przekazywania pacjenta do placówki całodobowej opieki, niebędącej podmiotem leczniczym.

Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej uwzględnia w wewnętrznym regulaminie organizacyjnym sytuacje wymagające udzielenia wsparcia osobie ze szczególnymi potrzebami, w tym zastosowania określonych rozwiązań wspomagających, takich jak wykorzystanie środków wspierających komunikowanie się.

Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej spełniający przesłanki, o których mowa w art. 3 ustawy z 19.07.2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zapewnia możliwość porozumiewania się z pacjentami z trudnościami komunikacyjnymi, w tym osobami obco-

języcznymi lub z niepełnosprawnością słuchu lub mowy, w celu usprawnienia organizacji świadczeń opieki długoterminowej.

Ponadto, co ma największe znaczenie praktyczne, podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej ma obowiązek zapewnić w salach pacjentów, łazienkach i toaletach sprawnie działający system przywoławczy umożliwiający niezwłoczne zawiadomienie personelu sprawującego opiekę długoterminową.

#### 4. KOMUNIKACJA Z PACJENTEM I OCHRONA JEGO PODMIOTOWOŚCI

Zgodnie z częścią II załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. organizacja udzielania świadczeń przez podmiot opieki długoterminowej musi zapewniać:

- 1) właściwą komunikację z pacjentem zapewniającą mu pełną podmiotowość adekwatną do jego stanu zdrowia, zwracanie się do niego z empatią i szacunkiem oraz z zachowaniem form grzecznościowych, w tym unikanie infantylizacji wypowiedzi;
- 2) przekazywanie pacjentowi w sposób przystępny i zrozumiały informacji o rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania oraz o wynikach leczenia i rokowaniu;
- 3) udzielanie świadczeń opieki długoterminowej w sposób niepowodujący nieuzasadnionego dyskomfortu psychicznego lub fizycznego u pacjenta;
- 4) komunikowanie się z osobami bliskimi i opiekunami faktycznymi pacjenta w celu ich uwrażliwienia na jego potrzeby;
- 5) realizację praw obywatelskich pacjenta;
- 6) realizację potrzeb społecznych i kulturalnych pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego – również prawa do nauki;
- 7) dbałość o rzeczy osobiste pacjenta;
- 8) dostęp do rzeczy osobistych pacjenta, szczególnie mających dla niego znaczenie emocjonalne.

Podmiot opieki długoterminowej zapewnia, aby personel sprawujący opiekę długoterminową:

- 1) nie wykorzystuje relacji z pacjentem, jego osobami bliskimi lub opiekunami faktycznymi do realizacji własnych interesów;
- 2) nie przekracza granic prywatności w relacjach z pacjentem;
- 3) motywuje pacjenta do podejmowania lub podtrzymywania relacji z osobami bliskimi lub społecznością lokalną.

Standard podkreśla i chroni podmiotowość pacjenta.

#### 5. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zgodnie z częścią III załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. podmiot opieki długoterminowej zapewnia odpowiedni sposób realizacji świadczeń opieki długoterminowej ukierunkowanych na utrzymanie lub poprawę dobrostanu psychofizycznego pacjenta, w zależności od zakresu tych świadczeń, obejmujący w szczególności:

- 1) monitorowanie i ocenę stanu zdrowia pacjenta, w tym na podstawie badania fizykalnego;
- 2) zlecenie pacjentowi produktów leczniczych i ich ordynację oraz monitorowanie stosowanej farmakoterapii w celu zapobiegania polipragmazji i jej skutkom;
- 3) obserwację i ocenę ryzyka wystąpienia albo stopnia zaawansowania odleżyn oraz podejmowanie działań zapobiegających wystąpieniu odleżyn albo działań leczniczych lub terapeutycznych w przypadku stwierdzenia wystąpienia odleżyn;
- 4) obserwację i ocenę ryzyka zaburzeń mobilności oraz motywowanie pacjenta do utrzymania lub poprawy sprawności funkcjonalnej;
- 5) weryfikację i ocenę potrzeb rehabilitacyjnych pacjenta oraz podejmowanie działań fizjoterapeutycznych dostosowanych do tych potrzeb;
- 6) profilaktykę powikłań związanych z unieruchomieniem, w szczególności zaników mięśni, przykurczy i usztywnienia stawów, infekcji układu oddechowego i moczowego oraz powikłań zakrzepowo-zatorowych, w tym zakrzepicy żyłnej;
- 7) monitorowanie stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta oraz podejmowanie działań interwencyjnych lub edukacyjnych w celu zapewnienia właściwego stanu odżywienia i nawodnienia, z uwzględnieniem odżywiania dojelitowego i pozajelitowego;
- 8) monitorowanie funkcji zmysłu wzroku i zmysłu słuchu u pacjenta;
- 9) ocenę, obserwację i monitorowanie odczuwanego przez pacjenta bólu, z wykorzystaniem wybranych skal bólu, oraz podejmowanie niezwłocznej interwencji w celu jego złagodzenia lub zniesienia z zastosowaniem metod farmakologicznych lub nefarmakologicznych;
- 10) obserwację w kierunku wystąpienia u pacjenta zaburzeń funkcji poznawczych i dynamiki ich rozwoju oraz podejmowanie działań interwencyjnych lub edukacyjnych w celu ich zahamowania;
- 11) obserwację i ocenę ryzyka wystąpienia u pacjenta depresji lub zaburzeń nastroju oraz podejmowanie działań interwencyjnych lub edukacyjnych w przypadku zaobserwowania objawów depresji lub zaburzeń nastroju;

- 12) wykonywanie niezbędnych czynności higienicznych i pielęgnacyjnych w sposób niepowodujący u pacjenta nieuzasadnionego dyskomfortu fizycznego lub psychicznego;
- 13) stosowanie bezpiecznych technik podnoszenia i przemieszczania pacjenta, z ewentualnym zastosowaniem sprzętu specjalistycznego, odpowiednio do wymagań wynikających ze stanu zdrowia pacjenta i oceny jego stanu funkcjonalnego;
- 14) ocenę otoczenia pacjenta w celu dostosowania go do stanu zdrowia pacjenta oraz minimalizacji ryzyka upadku i innych urazów;
- 15) bieżącą edukację zdrowotną pacjenta i członków jego rodziny.

Podmiot opieki długoterminowej ma obowiązek stosować profilaktykę i leczenie odleżyn, obejmujące wytyczne określone w części III standardu.

Podmiot opieki długoterminowej monitoruje stan odżywienia i nawodnienia pacjenta z wykorzystaniem skal: MNA, SGA lub NRS 2002. Ocena stanu odżywienia i nawodnienia pacjenta jest dokonywana przy obejmowaniu go świadczeniami opieki długoterminowej, a następnie co najmniej raz na 6 miesięcy lub przy każdej istotnej zmianie klinicznej.

Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej ustala i wdraża tryb postępowania szczegółowo regulujący sposób stosowania przymusu bezpośredniego na podstawie przepisów ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, a także zasady stosowania form zabezpieczenia lub unieruchomienia ograniczających poruszanie się pacjenta w celu ograniczenia ryzyka obrażeń lub upadków.

Podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej zapewnia osobom bliskim i opiekunom faktycznym pacjenta możliwość uczestniczenia w sprawowaniu opieki nad pacjentem.

Podmiot opieki długoterminowej prowadzi obserwację i ocenę ryzyka występowania przemocy oraz zaniedbania wobec pacjenta. W przypadku podejrzenia stosowania przemocy wobec pacjenta podmiot opieki długoterminowej realizuje przewidziane prawem działania, a podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej dodatkowo zapewnia pacjentowi wsparcie psychologiczne.

## 6. PLAN OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ

Zgodnie z częścią IV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. opieka długoterminowa musi być realizowana zgodnie z planem opieki długoterminowej, ustalonym indywidualnie dla pacjenta przez personel sprawujący opiekę nad pacjentem, sporządzonym w formie pisemnej i stanowiącym element indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej. Pacjent ma być informowany o założeniach przygotowanego dla niego planu opieki i może zgłaszać do niego uwagi. Za zgodą

pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego takie uwagi może zgłosić także osoba bliska. Plan opieki i jego zmiany są zatwierdzane przez lekarza albo pielęgniarkę udzielających świadczeń opieki długoterminowej.

Plan opieki określa cele, rodzaj, zakres i harmonogram udzielania świadczeń opieki długoterminowej, zapewnianych pacjentowi w sposób kompleksowy i skoordynowany, z uwzględnieniem, w miarę możliwości jego potrzeb i oczekiwań.

Plan opieki powinien uwzględniać:

- 1) czynniki:
  - a) biologiczne – obejmujące w szczególności chorobę główną i choroby współistniejące, historię leczenia, przebyte zabiegi, przyjmowane produkty lecznicze, wyniki badań, poziom sprawności i samodzielności, styl życia (sposób odżywiania, aktywność fizyczna, stosowanie używek, doświadczany stres), czynniki alergizujące i reakcje alergiczne,
  - b) psychologiczne – obejmujące w szczególności stan zdrowia psychicznego pacjenta oraz jego możliwości poznawcze i komunikacyjne,
  - c) społeczne – obejmujące w szczególności miejsce zamieszkania pacjenta, jego wykształcenie, wykonywany zawód oraz relacje z osobami bliskimi lub opiekunami faktycznymi,
  - d) edukacyjne – obejmujące w szczególności świadomość pacjenta na temat jego stanu zdrowia oraz korzyści lub zagrożeń wynikających z prowadzonego stylu życia,
  - e) kulturowe i duchowe;
- 2) zakres edukacji zdrowotnej prowadzonej wobec pacjenta i członków jego rodziny.

Plan opieki zawiera działania dotyczące aktywizacji pacjenta. Plan opieki jest oceniany i modyfikowany nie rzadziej niż co 6 miesięcy lub każdorazowo w przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta lub jego potrzeb zdrowotnych.

## 7. ŁAGODZENIE BÓLU

W świetle art. 20a u.p.p. pacjent ma prawo do leczenia bólu. Każdy podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia.

Zgodnie z częścią V załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. podmiot opieki długoterminowej ma obowiązek opracować w formie pisemnej i wdrożyć tryb postępowania w łagodzeniu bólu, uwzględniający:

- 1) sposób oceny natężenia i lokalizacji bólu oparty na obiektywnej ocenie klinicznej i narzę-

dziowych skalach bólu, a w przypadku pacjenta z ograniczoną świadomością – na bieżącej obserwacji jego zachowań;

- 2) częstotliwość oceny natężenia bólu, w szczególności w momencie objęcia pacjenta świadczeniami opieki długoterminowej i każdorazowo w przypadku zwiększenia poziomu odczuwanego przez niego bólu;
- 3) dostępne metody łagodzenia bólu w związku ze sprawowaną opieką;
- 4) zapewnienie dostępności produktów leczniczych, w tym przeciwbólowych, i sposób ich stosowania;
- 5) zapobieganie przedawkowaniu produktów leczniczych, o których mowa w pkt 4, i określenie sposobu działania w razie stwierdzenia przedawkowania.

Tryb postępowania w łagodzeniu bólu powinien uwzględniać gradację dostępnych metod i form podawania produktów leczniczych o działaniu przeciwbólowym. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu ustala:

- 1) lekarz prowadzący w podmiocie stacjonarnej opieki długoterminowej – w przypadku pacjenta objętego świadczeniami opieki długoterminowej w tym podmiocie;
- 2) lekarz sprawujący opiekę nad pacjentem – w przypadku pacjenta objętego świadczeniami opieki długoterminowej przez podmiot opieki długoterminowej inny niż podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej;
- 3) pielęgniarka udzielająca świadczeń opieki długoterminowej – w zakresie posiadanych kompetencji.

Personel sprawujący opiekę długoterminową zapewnia łagodzenie bólu u pacjenta zgodnie z ustalonym trybem postępowania w łagodzeniu bólu, w szczególności przez udzielanie wsparcia w stosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu powinien być monitorowany i modyfikowany odpowiednio do stanu zdrowia pacjenta lub jego potrzeb zdrowotnych, co podlega każdorazowo odnotowaniu w dokumentacji medycznej. Tryb postępowania w łagodzeniu bólu i jego zmiany są uzgadniane z pacjentem, a gdy pacjent jest niezdolny do wyrażenia woli – z jego osobą bliską.

## 8. PROFILAKTYKA ZDROWOTNA I EDUKACJA ZDROWOTNA

Części VI i VII załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2.04.2026 r. dotyczą profilaktyki i edukacji zdrowotnej.

Standard wymaga umożliwienia pacjentom korzystania ze świadczeń profilaktyki zdrowotnej oraz prowadzenia wobec nich edukacji zdrowotnej. Podmiot opieki długoterminowej monitoruje korzy-

stanie przez pacjenta z przysługujących mu świadczeń o charakterze profilaktycznym, w tym badań przesiewowych, badań profilaktycznych i szczepień ochronnych, oraz edukuje pacjenta w tym zakresie.

Organizując udzielanie świadczeń opieki długoterminowej, podmiot stacjonarnej opieki długoterminowej powinien umożliwiać pacjentowi skorzystanie z przysługujących mu świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym, w tym badań przesiewowych, badań profilaktycznych i szczepień ochronnych. Przykładowo należy pacjentowi umożliwić skorzystanie z adekwatnych programów zdrowotnych i programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych oraz finansowanych przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia (np. Program profilaktyki raka piersi).

Edukacja zdrowotna realizowana przez podmiot opieki długoterminowej powinna być:

- 1) prowadzona przez personel sprawujący opiekę długoterminową;
- 2) kierowana do pacjenta i członków jego rodziny;
- 3) prowadzona w sposób dostosowany do stanu zdrowia pacjenta, a także możliwości percepcyjnych pacjenta i jego osób bliskich oraz opiekunów faktycznych;
- 4) prowadzona z uwzględnieniem bieżących potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 5) prowadzona w sposób zachęcający pacjenta oraz jego osoby bliskie i opiekunów faktycznych do zadawania pytań i przedstawiania wątpliwości;
- 6) prowadzona na bieżąco.

Edukacja zdrowotna obejmuje, w zależności od zakresu udzielanych świadczeń opieki długoterminowej, informacje na temat:

- 1) stanu zdrowia pacjenta, w tym zmian w organizmie pacjenta i jego zachowaniu, oraz czynników mających wpływ na jego stan zdrowia;
- 2) dostępnych form wsparcia zdrowotnego, w tym badań diagnostycznych, konsultacji specjalistycznych i innych świadczeń zdrowotnych;
- 3) sposobu samoobserwacji przez pacjenta i obserwacji pacjenta przez jego osoby bliskie lub opiekunów faktycznych, a także objawów występujących u pacjenta, które należy sygnalizować personelowi sprawującemu opiekę długoterminową;
- 4) zasad odżywiania, w tym zasad doboru jakościowego i ilościowego produktów spożywczych;
- 5) zalecanych i przeciwwskazanych form aktywności fizycznej, w tym o znaczeniu terapeutycznym;
- 6) bezpiecznej pionizacji i przemieszczania się pacjenta, a także przyjmowania przez niego określonych pozycji;
- 7) sposobu wykonywania czynności higienicznych i pielęgnacyjnych lub udzielania wsparcia w ich wykonywaniu;

- 8) zachowań i czynności uznawanych za szkodliwe i niebezpieczne, w tym palenia papierosów, używania innych wyrobów tytoniowych, palenia papierosów elektronicznych oraz nadużywania napojów alkoholowych;
- 9) dolegliwości psychosomatycznych i sposobów radzenia sobie z nimi, w tym dolegliwości bólowych, zwłaszcza takich, które wymagają natychmiastowego kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką;
- 10) bezpiecznego stosowania produktów leczniczych, w tym potencjalnych interakcji między produktami leczniczymi a środkami spożywczymi;
- 11) właściwego doboru wyrobów medycznych i bezpiecznego korzystania z nich;
- 12) niefarmakologicznych form leczenia bólu oraz sposobów radzenia sobie z bólem;
- 13) profilaktyki powikłań unieruchomienia, w tym profilaktyki przeciwoleżynowej z uwzględnieniem właściwej pielęgnacji skóry;
- 14) profilaktyki zakażeń i chorób zakaźnych;
- 15) profilaktyki zaburzeń urologicznych;
- 16) profilaktyki zaburzeń poznawczych;
- 17) profilaktyki zdrowia psychicznego;
- 18) sposobu postępowania z materiałem zakaźnym;
- 19) podstawowych zasad udzielania pierwszej pomocy i sposobu postępowania w sytuacjach awaryjnych;

20) reprezentowania pacjenta przy udzielaniu świadczeń opieki długoterminowej.

Edukacja zdrowotna uwzględnia przekazanie informacji teoretycznych oraz – w razie potrzeby – instruktaż praktyczny. Edukacja zdrowotna jest prowadzona z uwzględnieniem zasad prostego języka. Personel sprawujący opiekę długoterminową i prowadzący edukację zdrowotną ma obowiązek każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej termin i zakres przeprowadzonej edukacji zdrowotnej.

## 9. UWAGI AUTORSKIE

Minister Zdrowia wprowadził kolejny standard organizacyjny w opiece zdrowotnej, tym razem dotyczy on opieki długoterminowej. Standard organizacyjny w opiece długoterminowej został wprowadzony po raz pierwszy i musi zostać wdrożony do 31.08.2026 r. W praktyce ma on przede wszystkim znaczenie dla stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej, tj. zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Kładzie on duży nacisk na respektowanie praw pacjenta, a także edukację zdrowotną. W rezultacie wdrożenia standardu część procedur, np. w zakresie odleżyn zostanie ujednolicona i powinna być realizowana jednako w każdym zakładzie opieki długoterminowej niezależnie od formy prawnej/właściciela.



# Prawa pacjentek w przepisach nowego standardu opieki okołoporodowej

Analiza rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23.10.2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej w zakresie kluczowych zmian

## I. Wprowadzenie

Potrzebę zapewnienia dodatkowych rozwiązań w zakresie realizacji prawa kobiet odzwierciedla zapis art. 68 ust. 3 Konstytucji RP, obligujący władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. kobietom ciężarnym i dzieciom. Konstytucja RP ze zrozumiałych względów nie wyjaśnia, o jakie szczególne rozwiązania chodzi, natomiast zobowiązuje podmioty odpowiedzialne za politykę zdrowotną w Polsce do uwzględnienia w powszechnym systemie opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych konieczności tworzenia szczególnych rozwiązań mających na celu zapewnienie kobietom opieki okołoporodowej.

Jedną z istotnych możliwości realizacji ww. zadań przez władzę publiczną jest delegacja zawarta w art. 22 ust. 5 ustawy z 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, która umożliwiła Ministrowi Zdrowia wydanie rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego w celu poprawy jakości świadczeń zdrowotnych dla kobiet, tj. rozporządzenia z 16.08.2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. Rozporządzenie to było wielokrotnie nowelizowane, ale bardzo szeroka zmiana została wprowadzona rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23.10.2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej – dalej nowelizacja rozporządzenia lub standard.

Wprowadzone zmiany mają bardzo różny charakter, są to zmiany redakcyjne, doprecyzowania dotychczas obowiązujących zapisów oraz wprowadzenie szeregu nowych zmian.

Poniższa analiza ma charakter przeglądowy w zakresie wprowadzonych zmian, a Autorka wybrała w jej ocenie najistotniejsze. Jednocześnie należy zastrzec, że analiza nie wyczerpuje przedmiotu dokonanych nowelizacji. Wiele poruszanych kwestii wymaga w doktrynie i w praktyce pogłębionej analizy m.in. systemowej. Analiza ma także różny poziom szczegółowości.

Na wstępie warto podkreślić zmianę retoryki z punktu widzenia prawa kobiety jako pacjentki do poszanowania godności i odstąpienie przez ustawodawcę od dotychczasowych sformułowań takich jak „ciężarna”, „rodząca” i dokonanie zmiany w całym

znowelizowanym rozporządzeniu na zwroty podkreślające podmiotowość, tj.: „kobieta w ciąży”, „kobieta rodząca”, „kobieta w położu”.

## II. Zmiany w postanowieniach ogólnych standardu

W postanowieniach ogólnych standardu ustawodawca rozszerzył minimalne elementy organizacji opieki mającej na celu zapewnienie dobrostanu zdrowia matki i dziecka przy jednoczesnym ograniczeniu interwencji medycznych do niezbędnych, poprzez dodanie:

- 1) ciągłego monitorowania KTG w porodzie fizjologicznym,
- 2) farmakoterapii,
- 3) podania noworodkowi preparatów do początkowego żywienia niemowląt.

Jednocześnie doprecyzowano, iż wszystkie elementy opieki nad kobietą i jej dzieckiem muszą być realizowane z uwzględnieniem zasad bezpieczeństwa zdrowotnego, w ramach których opieka medyczna powinna opierać się na praktykach popartych dowodami naukowymi oraz być zgodna z aktualną wiedzą medyczną.

Zdefiniowano pojęcie „kobiety ze szczególnymi potrzebami” jako osoby, która ze względu na swoje cechy zewnętrzne lub wewnętrzne, albo ze względu na okoliczności, w których się znajduje, musi podjąć dodatkowe działania lub zastosować dodatkowe środki w celu przezwyciężenia bariery, aby uczestniczyć w różnych sferach życia na zasadzie równości z innymi osobami (pkt 4 ppkt 7 Postanowienia ogólne Standard w zw. z art. 2 pkt 3 ustawy z 19.07.2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami).

W zakresie osób sprawujących opiekę rozszerzono pojęcie „lekarza anestezjologa” o lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii po ukończeniu czwartego roku szkolenia, wyłącznie w miejscu odbywania specjalizacji, pod warunkiem zaliczenia stażu kierunkowego w anestezji w położnictwie i uzyskania pisemnej zgody kierownika specjalizacji i osoby kierującej oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, który może samodzielnie, bez bezpośredniego nadzoru lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, sprawować opiekę w przy-

padku kobiet rodzących ocenionych na II lub III stopień w skali ASA (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System).

Rozszerzono minimalny zakres zadań „osoby sprawującej opiekę” o dwa nowe:

- 1) w przypadku podejrzenia wystąpienia przemocy domowej – zgłoszenie przez wszczęcie procedury „Niebieskiej Karty”, w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa – powiadomienie Policji lub prokuratury, a w przypadku podejrzenia zagrożenia dobra dziecka – złożenie wniosku o wgląd w sytuację dziecka do sądu rodzinno-opiekunczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka;
- 2) promowanie i wspieranie karmienia piersią jako optymalnego sposobu żywienia, a także dostarczanie matce informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji i karmienia piersią.

Ustawodawca wprowadza nową regulację w formie nakazującej, iż każdy podmiot leczniczy zgodnie z ppkt 15 Postanowienia ogólnego Standardu ma **zapewnić**:

- 1) **korzystanie co najmniej** z piłki, drabinki, wanny lub prysznic, materaca, stołka porodowego,
- 2) ruchome parawany umożliwiające zapewnienie intymności.

### Porody poza szpitalem

Ustawodawca posługuje się sformułowaniami „**poród w środowisku domowym**” i „**poród w warunkach pozaszpitalnych**”. Ustawodawca nie definiuje tych pojęć w znowelizowanym rozporządzeniu, natomiast odwołując się do semantyki, pojęcie: „poród pozaszpitalny” obejmuje również „poród w warunkach domowych”, ale się w tym pojęciu nie wyczerpuje, ponieważ mogą to być także inne warunki pozaszpitalne, jak domy narodzin czy izby porodowe w warunkach ambulatoryjnych. Rozróżnienie tych pojęć nie ma znaczenia dla zapisów znowelizowanego rozporządzenia.

Ustawodawca wprowadza przepisy, których celem jest zwiększenie bezpiecznego przebiegu porodu i porodu oraz ochrony zdrowia i życia płodu lub noworodka w warunkach pozaszpitalnych:

- 1) Decyzja o porodzie w warunkach pozaszpitalnych musi być przemyślana przez kobietę, a osoba sprawująca opiekę powinna przewidzieć różne scenariusze przebiegu takiego porodu. „Podjęcie decyzji o porodzie w warunkach pozaszpitalnych musi być poprzedzone omówieniem czynników ryzyka przez osobę sprawującą opiekę i ustaleniem sposobu postępowania w przypadku pojawienia się komplikacji. Informacje w tym zakresie kobieta w ciąży odnotowuje w planie porodu”. (pkt 14 Postanowienia ogólne Standard);

„Osoba sprawująca opiekę” ma obowiązek wezwania zespołu ratownictwa medycznego w przypadkach wystąpienia czynników ryzyka powikłań okołoporodowych w trakcie porodu lub czynników ryzyka powikłań płodu lub noworodka.

- 2) Odrębnie znowelizowane rozporządzenie doprecyzowuje obowiązki położnej prowadzącej poród w warunkach domowych, do pewnego stopnia dublując ww. regulację, tj. w pkt 10 Postanowienia ogólne Standardu dodano zapis, iż położna w przypadku wystąpienia objawów patologicznych niezwłocznie ma obowiązek przekazania kobiety w ciąży lub kobiety rodzącej lub kobiety w porożu i noworodka zespołowi ratownictwa medycznego transportującego kobietę rodzącą lub kobietę w porożu i noworodka do szpitala.
- 3) Po stronie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jest obowiązek zabezpieczenia tej pomocy.
- 4) Od chwili przekazania kobiety i noworodka zespołowi ratownictwa medycznego przejmuje on opiekę nad pacjentką lub pacjentką i noworodkiem i sprawuje ją do chwili przekazania tej opieki szpitalowi (pkt 13 Postanowienia ogólne Standard).

Należy tutaj zwrócić uwagę, iż niezależnie od powyższego nadal obowiązkiem osoby sprawującej opiekę w warunkach pozaszpitalnych jest zapewnienie ciągłości opieki nad kobietą w czasie porodu oraz w porożu oraz **opracowanie i uzgodnienie z odpowiednimi podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej porozumień** obejmujących tryb i warunki przekazania kobiety rodzącej lub kobiety w porożu i noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, ustawodawca uszczegółowił – ma to nastąpić w przypadku wystąpienia czynników ryzyka powikłań okołoporodowych w trakcie porodu lub czynników ryzyka powikłań płodu lub noworodka.

Wprowadzone rozwiązania niewątpliwie są pożądane i usuwają wątpliwości w zakresie wezwania zespołu ratownictwa medycznego w sytuacji ww. i stanowią dodatkowe zabezpieczenie dla kobiety i jej dziecka w sytuacjach wymagających opieki szpitalnej.

**Doprecyzowano, iż obowiązkiem** podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej jest **zapewnienie dostępności personelu posiadającego kompetencje i kwalifikacje** (zamiast jak dotychczas „personelu przeszkolonego”) w zakresie resuscytacji:

1. **noworodka**, w tym intubacji tchawicy noworodka oraz możliwość niezwłocznego prze-

niesienia noworodka, w czasie zapewniającym zachowanie jego zdrowia i życia, do oddziału neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego zapewniającego odpowiednią dla jego stanu zdrowia opiekę neonatologiczną (pkt 11 Postanowienia ogólne Standard);

2. **kobiety w ciąży, kobiety rodzącej lub kobiety w położu**, w tym w zakresie intubacji tchawicy, oraz możliwość niezwłocznego przeniesienia kobiety w ciąży, kobiety rodzącej lub kobiety w położu, w czasie zapewniającym zachowanie jej zdrowia i życia, do oddziału zapewniającego opiekę właściwą do jej stanu zdrowia. W takim przypadku osoba sprawująca opiekę udostępnia podmiotowi leczniczemu przejmującemu opiekę nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą lub kobietą w położu kompletną dokumentację medyczną dotyczącą dotychczas sprawowanej opieki medycznej (nowy pkt 12 Postanowienia ogólne Standard).

### III. Zmiany w części II: Zakres świadczeń profilaktycznych, działań w zakresie promocji zdrowia, badań diagnostycznych i konsultacji medycznych wykonywanych u kobiet w ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania

Poniżej wskazano na najistotniejsze zmiany ww. w poszczególnych okresach ciąży:

- 1) **W okresie do 10. tygodnia ciąży lub w chwili pierwszego zgłoszenia się**, wprowadzono:
  - a) wykonanie:
    - ✦ badania stężenia ferrytyny,
    - ✦ badania cytologicznego, o ile nie było wykonane w ciągu 12 miesięcy przed ciążą, poprzednio był to okres 6 miesięcy,
    - ✦ badanie antygenu HBs;
  - b) skierowania kobiety spożywającej alkohol lub korzystającej z innych substancji psychoaktywnych – do ośrodka udzielającego pomocy w tym zakresie;
  - c) w sytuacji sprawowania opieki przez lekarza położnika, obowiązek skierowania przez niego kobiety do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu edukacji przedporodowej.
- 2) **W okresie od 11. do 14. tygodnia ciąży** wprowadzono zapis o rozpoczęciu edukacji przedporodowej i prowadzeniu jej w kolejnych etapach ciąży. Jest to bardzo ważna zmiana, ponieważ zniesiono dolną granicę wieku ciąży, od której można rozpocząć edukację przedporodową. Prowadzenie obecnie edukacji jest możliwe od początku ciąży, gdyż to właśnie wtedy pojawia się wiele pytań dotyczących tego, jak dbać o siebie i dziecko.
- 3) **Wprowadzono nowy przedział od 24. do 28. tygodnia ciąży**, w którym przewidziano przeprowadzanie:
  - a) badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy – trzypunktowe oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo), po 1 godzinie i 2 godzinach od podania glukozy,
  - b) przeciwciała anty-D u kobiet Rh ujemnych – w poprzednim stanie prawnym, ww. badania przewidywano w okresie 21–26 tygodnia ciąży.
- 4) **W okresie od 27. do 32. tygodnia ciąży** – wprowadzono zapis o rozszerzeniu edukacji przedporodowej o informacje dotyczące metod analgezji porodu.
- 5) **Z okresu 33. do 37. tygodnia ciąży:**
  - a) usunięto ocenę wymiaru miednicy, a
  - b) wprowadzono nowe zapisy:
    - ✦ ocenę ryzyka ciążowego obejmować ma także wskazanie zalecanego miejsca odbywania porodu (poziom referencji);
    - ✦ konsultację anestezjologiczną dla kobiet decydujących się na łagodzenie bólu porodowego z zastosowaniem analgezji regionalnej; jednocześnie konsultacja ta może odbyć się także w kolejnych okresach ciąży;
- 6) **Z okresu 38. do 39. tygodnia ciąży** usunięto zapis o konsultacji lekarza położnika, jeżeli ciąża jest prowadzona przez położną.

**W ramach opieki będzie można wykonać USG piersi u kobiet.** Standard wprowadza bardzo istotny zapis, iż zaleca się, aby kobieta w ciąży (najlepiej do końca 12. tygodnia ciąży) została objęta badaniem ultrasonograficznym piersi, gdy ma zmiany kliniczne w piersi lub gdy obciążenie rodzinne wskazuje u niej na wyższe ryzyko raka piersi; badania ultrasonograficzne piersi u kobiet w ciąży powinny być wykonywane przez osoby posiadające udokumentowane kompetencje potwierdzone certyfikatem w zakresie ultrasonografii piersi wydanym przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników lub Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne.

**Dokonano także modyfikacji w zakresie zalecanej liczby konsultacji.** Kobieta w ciąży fizjologicznej obecnie powinna odbywać u lekarza położnika lub położnej konsultacje nie rzadziej niż co cztery tygodnie; dotychczas zalecano konsultacje nie rzadziej niż co 3–4 tygodnie.

**Jednocześnie bardzo dużą zmianą jest odstąpienie od konsultacji lekarskich w trakcie ciąży, jeżeli ciąża jest prowadzona przez położną. Innymi słowy, położna prowadząca ciążę nie musi już kierować kobiety do lekarza w celu odbycia konsultacji.**

### IV. Zmiany w zakresie identyfikacji czynników ryzyka powikłań okołoporodowych

Nowelizowane rozporządzenie dokonuje zmian w zakresie wyliczenia minimalnej liczby czynników

ryzyka okołoporodowego, które mają być przez osoby sprawujące opiekę nad kobietą identyfikowane celem zmniejszenia zagrożeń zdrowotnych dla kobiety, dziecka w okresie życia płodowego i noworodka. Są to następujące zmiany:

- 1) Czynniki ryzyka identyfikowane na podstawie wywiadu przeprowadzonego przed porodem **rozszerzono o**: wrodzone wady metabolizmu, choroby onkologiczne, stan po transplantacji narządów, stan po leczeniu immunosupresyjnym; uszkodzenia dróg rodnych dotyczące pęknięcia krocza III i IV stopnia, rozpoznanie choroby psychicznej, rozpoznanie depresji lub próby samobójczej, zachowania autoagresywne, zaburzenia odżywiania, doznanie przemocy seksualnej, zaburzenia psychiczne związane z wcześniejszym porodem.
- 2) Czynniki ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowane w ciąży oraz przed porodem na podstawie badania **rozszerzono o** małopłytkowość i odchylenia w zakresie parametrów układu krzepnięcia krwi; doprecyzowano cukrzycę jako ciążową lub cukrzycę w ciąży, otyłość.
- 3) Czynniki ryzyka powikłań okołoporodowych identyfikowane w trakcie porodu (dotychczas określane jako: czynniki ryzyka śródporodowego) usunięto ryzyko krwotoku śródporodowego, a **doprecyzowano** ryzyko zaburzenia czynności skurczowej macicy poprzez dodanie „mimo stosowania uterotoników” oraz na nowo określono ryzyko: okołoporodową utratę krwi w objętości przekraczającej 20% objętości krwi krążącej w odniesieniu do BMI pacjentki.
- 4) Do czynników ryzyka powikłań okołoporodowych występujących u płodu lub noworodka **dodano dwa nowe czynniki ryzyka**: narażenie na hipotermię okołoporodową; oraz wczesne krwawienia do ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

## V. Edukacja przedporodowa

Ustawodawca dokonał dużych zmian w zakresie edukacji przedporodowej. Zmianie nie uległa definicja edukacji przedporodowej, natomiast zniesiono dolną granicę wieku ciąży, od której można rozpocząć edukację przedporodową. Utrzymano zasadę, iż osobą odpowiedzialną za prowadzenie edukacji przedporodowej jest położna, która może ją prowadzić zarówno w formie indywidualnej, jak i grupowej. Prowadzenie edukacji przedporodowej w formie indywidualnej należy również do obowiązków lekarza położnika.

**Wprowadzono nowy zapis**, iż ramowy program edukacji przedporodowej obejmujący ciążę, poród, połóg oraz wsparcie społeczne kobiety w ciąży, kobiety w połogu i rodziny w okresie okołopo-

dowym jest skierowany do kobiety w ciąży. Jednocześnie **wyraźnie wskazano**, że adresatem edukacji przedporodowej **jest także ojciec** mającego się urodzić dziecka **lub inna osoba** bliska wskazana przez kobietę w ciąży.

Poniżej wskazano na najważniejsze zmiany w zakresie ramowego minimalnego programu edukacji przedporodowej na poszczególnych etapach.

**W ramowym programie edukacji przedporodowej dotyczącej ciąży dokonano następujących zmian:**

- 1) w zakresie informacji o przebiegu ciąży i rozwoju dziecka od początku ciąży do porodu **doprecyzowano**, iż chodzi o zmiany w organizmie kobiety w ciąży, rozwój dziecka w poszczególnych tygodniach ciąży, rozwój więzi między rodzicami a nienarodzonym dzieckiem, czynniki mające wpływ na ciążę, zdrowie kobiety w ciąży oraz jej dziecka;
- 2) w zakresie informacji o opiece w ciąży **wskazano na** przekazywanie informacji o dostępnych formach opieki medycznej, badania prenatalne, badania diagnostyczne, konsultacje i świadczenia zdrowotne realizowane w poszczególnych trymestrach ciąży, plan opieki przedporodowej, samoobserwację w ciąży;
- 3) w zakresie informacji o styl życia w ciąży – **dodano** przekazywanie informacji o zasadach odżywiania (zasady doboru jakościowego i ilościowego produktów żywnościowych), używki, nałogi oraz ich wpływ na rozwój ciąży i dziecka, aktywność zawodową, aktywność fizyczną kobiet w ciąży o fizjologicznym przebiegu, formy aktywności fizycznej przeciwwskazane w ciąży, zachowania zdrowotne w ciąży, zachowania i czynności uznawane za niebezpieczne dla kobiet w ciąży, farmakoterapię w ciąży;
- 4) w zakresie informacji o dolegliwościach fizycznych i problemach psychicznych w ciąży oraz sposobach radzenia sobie z nimi, **dodano zapis**: z uwzględnieniem tych, które przemawiają za natychmiastowym kontaktem z lekarzem, położną lub psychologiem;
- 5) w zakresie informacji o profilaktyce chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym (TORCH – zakażenia w okresie perinatalnym), szczepienia ochronne w okresie okołoporodowym – zalecane, przeciwwskazane, bezpieczeństwo szczepień u kobiet w ciąży i karmiących piersią, szczepienia przed podróżą zagraniczną;
- 6) w zakresie informacji o profilaktyce zaburzeń **dodano** informowania o kwestiach uroginekologicznych w okresie okołoporodowym.

**W ramowym programie edukacji przedporodowej dotyczącym porodu:**

- a) **dodano nowy zapis**: postępowanie przy przyjęciu do porodu, dokumenty osobiste i doku-

mentacja medyczna niezbędną przy przyjęciu do porodu oraz wyprawkę do szpitala;

- b) **zapis** fizjologii porodu, porodu aktywnego, porodu rodzinnego **rozszerzono o** informacje o roli i zadaniach osoby bliskiej podczas porodu oraz wyboru miejsca porodu, w tym jego uwarunkowań, wskazań, przeciwwskazań.

**Ramowy program edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połogu) – w tym zakresie znowelizowane rozporządzenie dokona szerokich zmian:**

- a) zapis o przekazywaniu informacji o opiece w połogu – przebiegu połogu, powrocie płodności po porodzie oraz psychologicznych aspektach zmian zachodzących po porodzie – rozszerzono o informacje dotyczące problemów psychicznych w połogu, stylu życia w połogu, opieki w połogu w środowisku domowym, profilaktyki zaburzeń uroginekologicznych oraz leczenia ewentualnego bólu przewlekłego po porodzie;
- b) w zakresie informacji o karmieniu piersią i wsparciu w laktacji **doprecyzowano**, że chodzi także o informacje o znaczeniu karmienia naturalnego, zasady karmienia piersią lub mlekiem kobiecym; utrzymanie laktacji w sytuacji rozdzielenia z dzieckiem lub przeciwwskazania do karmienia, rozwiązywanie problemów związanych z laktacją oraz rolę ojca dziecka mającego się urodzić i innych osób bliskich we wspieraniu matki karmiącej;
- c) **dodano także** obowiązek przekazywania informacji o dolegliwościach mogących wzbudzać niepokój u rodziców i sposoby radzenia sobie z nimi, pierwszą pomoc przedmedyczną w sytuacjach nagłych, profilaktykę chorób zakaźnych w wieku noworodkowym i niemowlęcym, w tym szczepienia ochronne, rozwój dziecka w pierwszym roku życia oraz
- d) **dodano obowiązek** informacyjny o systemie wsparcia w przypadku zjawiska przemocy domowej oraz symptomów wskazujących na jego wystąpienie.

## VI. Plan opieki przedporodowej i plan porodu

Podczas opieki przedporodowej osoba sprawująca opiekę i kobieta w ciąży ustalają plan opieki przedporodowej i plan porodu.

Ustawodawca doprecyzował charakter prawny planu opieki przedporodowej i plan porodu wskazując, że są one nie tylko jak dotychczas dołączane do indywidualnej zewnętrznej dokumentacji medycznej, ale nowelizacja rozporządzenia wprowadza zmianę, iż ww. plany mają być dołączane przez osobę sprawującą opiekę do wewnętrznej dokumentacji medycznej kobiety w ciąży oraz do jej indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej po jej zgłoszeniu się do porodu (pkt 4).

Ta zmiana „ucina dyskusję” o niejednoznacznym charakterze i roli **planu opieki przedporodowej i plan porodu, ponieważ ustawodawca uznał je za część dokumentacji indywidualnej kobiety.**

**Ustawodawca wskazał również na minimalny zakres informacji, jaki powinien znaleźć się w planie porodu**, tj. w szczególności oczekiwania kobiety w ciąży dotyczące (pkt 2):

- 1) miejsca i warunków porodu;
- 2) obecności osoby bliskiej podczas porodu;
- 3) metod łagodzenia bólu porodowego;
- 4) zgody lub braku zgody na wykonywanie różnych zabiegów medycznych;
- 5) wskazania ewentualnych zastrzeżeń, co do woli bądź możliwości karmienia piersią;
- 6) kontaktu skóra do skóry, w tym wskazania ojca dziecka lub innej osoby, która będzie realizowała kontakt skóra do skóry z noworodkiem w sytuacji, w której ten kontakt z matką nie może się odbyć lub musi być przerwany;
- 7) inicjacji karmienia piersią w trakcie kontaktu skóra do skóry;
- 8) specjalnych potrzeb i wymagań wynikających na przykład z niepełnosprawności, chorób, konieczności tłumaczenia wymagań dietetycznych lub uwarunkowań kulturowych.

Oprócz wyżej wymienionych elementów, które muszą znaleźć się w planie porodu, kobieta może wpisać do niego także inne swoje oczekiwania bądź potrzeby. Jednym z takich wskazań może być np. informacja, że kobieta nie chce karmić piersią.

**Ponadto w części poświęconej planowi opieki przedporodowej i planu porodu znalazły się nowe zapisy:**

- 1) **Prawo kobiety do zapoznania się z miejscem porodu.** Dość szczególną zmianą jest sposób zapisania prawa kobiety do zapoznania się z miejscem porodu. Dotychczas możliwość realizacji tego prawa była uzależniona od możliwości organizacyjnych podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Natomiast obecny zapis ma formę nakazu wskazującą, że: „Kobiecie w ciąży należy umożliwić wcześniejsze zapoznanie się z miejscem porodu”.
- 2) Prawo kobiety do umożliwienia jej wcześniejszego zapoznania się z dostępnymi metodami łagodzenia bólu porodowego oraz konsultacji anestezjologicznej na wypadek oczekiwanego przez nią zastosowania analgezji regionalnej.

Plan opieki powinien także uwzględniać sposób opieki nad kobietą, która podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym i przekazaniu go do pieczy zastępczej, a następnie do adopcji, aby uwzględnić jej decyzję (pkt 8). Szpital powinien uzyskać od niej informacje dotyczące sposobu sprawowania opieki nad dzieckiem do czasu ustanowienia pieczy zastępczej, w szczególności

co do sposobu żywienia dziecka w przypadku, gdy matka podjęła decyzję ożywieniu dziecka mlekiem z banku mleka, szpital uzyskuje od niej zgodę na jego podanie (część XIII Standardu pkt 5).

## VII. Postępowanie w trakcie porodu

Ustawodawca wprowadził i doprecyzował kilka elementów związanych z prawami kobiet i osób bliskich w trakcie porodu.

Doprecyzowano, że osoby sprawujące opiekę oraz inne osoby uczestniczące bezpośrednio w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

- a) nie tylko zapoznają się z planem porodu, ale wyraźnie wskazano, że omawiają go z kobietą rodzącą, przedstawiają wskazania do stosowania zabiegów medycznych i konsekwencje w przypadku ich niezastosowania; w przypadku braku planu porodu zbierają wywiad dotyczący preferencji porodowych kobiety rodzącej i odnotowują je w dokumentacji; w miarę możliwości stosują postanowienia planu porodu;
- b) jeżeli kobieta rodząca wskazała w planie porodu, że nie chce karmić piersią, upewniają się, że otrzymała ona informacje dotyczące konsekwencji związanych z decyzją o niekarmieniu piersią.

**Kobieta nie musi już głodować podczas porodu.** Zniesiono przykry zapis, że lekarz lub położna musieli wyrazić zgodę na spożywanie posiłku, wprowadzono nowy zapis, iż kobieta rodząca powinna mieć możliwość spożywania lekkostrawnych posiłków oraz przyjmowania klarownych płynów w trakcie porodu. Spożywanie posiłków kobieta rodząca konsultuje z osobą sprawującą opiekę.

## VIII. Zmiany w zakresie łagodzenia bólu porodowego

Podmioty lecznicze prowadzące szpital zostały zobowiązane do zapewnienia kobiecie rodzącej dostępu do co najmniej jednej farmakologicznej metody łagodzenia bólu oraz do publikowania na swojej stronie internetowej i aktualizacji nie rzadziej niż raz w roku informacji o dostępnych metodach łagodzenia bólu porodowego (część VII Standardu pkt 5).

Kobiecie już na etapie ciąży należy umożliwić wcześniejsze zapoznanie się z dostępnymi metodami łagodzenia bólu porodowego oraz umożliwić konsultację anestezyjologiczną na wypadek oczekiwanego przez nią zastosowania analgezji regionalnej (część VII Standardu pkt 6).

W przypadku kobiety przyjętej do porodu, nowym obowiązkiem dla osób sprawujących opiekę nad kobietą jest odnotowanie w dokumentacji medycznej ustaleń w zakresie postępowania mającego na celu łagodzenie bólu porodowego (część VII Standardu pkt 3).

Wskazano, iż na zastosowanie danej farmakologicznej metody łagodzenia bólu kobieta rodząca udziela pisemnej zgody (część VII standardu pkt 34).

**Doprecyzowano rolę i obowiązki położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej** w zakresie sprawowania opieki nad jedną kobietą rodzącą w warunkach analgezji regionalnej we współpracy z lekarzem anestezyjologiem.

- 1) Po podaniu produktów leczniczych stosowanych w analgezji regionalnej kobieta rodząca ma znajdować się pod bezpośrednim nadzorem lekarza anestezyjologa przez co najmniej 30 minut (część VII Standardu pkt 31).
- 2) Następnie lekarz anestezyjolog przekazuje opiekę nad kobietą rodzącą do dalszego prowadzenia analgezji regionalnej położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej pod nadzorem lekarza położnika, co odnotowuje w dokumentacji medycznej.
- 3) W dokumentacji medycznej należy odnotować dzień, miesiąc, rok, godzinę i minutę objęcia opieki nad kobietą rodzącą (część VII Standardu pkt 27).
- 4) Tym samym, położna anestezyjologiczna lub pielęgniarka anestezyjologiczna sprawuje opiekę nad kobietą rodzącą, wobec której lekarz zastosował analgezyję regionalną i powierzył dalsze prowadzenie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej.
- 5) W trakcie sprawowania tej opieki położna anestezyjologiczna lub pielęgniarka anestezyjologiczna współpracują z lekarzem położnikiem i lekarzem anestezyjologiem zgodnie z procedurami komunikacji ustalonymi w podmiocie leczniczym prowadzącym szpital, z uwzględnieniem podawania leków do przestrzeni zewnątrzoponowej lub podpajęczynówkowej zgodnie z pisemnymi zleceniami lekarskimi (część VII Standardu pkt 29).
- 6) Obowiązkiem lekarza anestezyjologa jest założenie karty analgezji regionalnej dla kobiety, u której wykonał analgezyję regionalną i dokumentowanie wyników oceny klinicznej dokonanej przed założeniem cewnika do analgezji regionalnej, dawkowanie produktów leczniczych znieczulenia miejscowego i innych produktów leczniczych, wartości monitorowanych parametrów funkcji życiowych oraz ewentualne powikłania (część VII Standardu pkt 30).
- 7) Stan kobiety rodzącej podczas trwania analgezji regionalnej podlega ocenie lekarza anestezyjologa nie rzadziej niż co 90 minut i położnej anestezyjologicznej lub pielęgniarki anestezyjologicznej w czasie rzeczywistym przez ciągły i bezpośredni nadzór (część VII standardu pkt 32 ppkt 3);

- 8) Położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna odnotowuje w karcie analgezji regionalnej u kobiety rodzącej wyniki pomiarów, w tym ocenę rozprzestrzeniania analgezji regionalnej, ocenę poziomu złagodzenia bólu, jego charakteru oraz zdolności kobiety rodzącej do przemieszczania się (część VII Standardu pkt 32 ppkt 4);
- 9) Do wcześniejszego zapisu, iż za realizację procedury analgezji regionalnej są odpowiedzialni lekarz anestezjolog **dodano zapis**: „(...) oraz położna anestezjologiczna lub pielęgniarka anestezjologiczna prowadząca analgezję regionalną po przejęciu opieki nad pacjentką (część VII Standardu pkt 35 ppkt 4).

### IX. Kontakt skóra do skóry

Doprecyzowano zapisy dotyczące „kontaktu skóra do skóry”. Do tej pory praktyki w trakcie porodu były bardzo różne. Istotna zmiana polega na przyjęciu zasady, że „kontakt skóra do skóry” ma trwać od razu po porodzie przez dwie godziny. Osuszenie noworodka następuje po jego wydobyciu i położeniu go na brzuchu matki w kontakcie skóra do skóry, jeżeli stan ogólny noworodka i matki na to pozwalają, oraz zabezpieczenia noworodka przed utratą ciepła (część XI Standardu pkt 3). Kontakt skóra do skóry w trakcie dwóch godzin może być przerwany na życzenie matki. Kontakt skóra do skóry należy zapewniać również w sytuacjach porodu zabiegowego, w tym przy cięciu cesarskim, jeżeli stan zdrowia matki i noworodka na to pozwala. W takim przypadku kontakt skóra do skóry noworodka z matką i pierwsze karmienie piersią powinny się odbyć jak najszybciej, w warunkach sali operacyjnej lub pooperacyjnej. W sytuacjach, gdy kontakt skóra do skóry noworodka z matką nie jest możliwy ze względu na jej stan zdrowia, zapewnia się realizację kontaktu skóra do skóry przez ojca dziecka lub inną wskazaną osobę bliską (część XI Standardu pkt 5).

Ocena noworodka według skali Apgar; powinna być wykonywana w trakcie nieprzerwanego kontaktu skóra do skóry, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne u matki i dziecka.

**Tym samym – ważenie i mierzenie noworodka ma obecnie następować po zakończonym dwugodzinnym nieprzerwanym kontakcie matki z dzieckiem.**

### X. Standardowa opieka laktacyjna

Znowelizowanym rozporządzeniem Minister Zdrowia uregulował w pkt XIV standard opieki laktacyjnej, co będzie stanowiło przedmiot odrębnej analizy.

Tutaj należy podkreślić, że nowe przepisy poświęcają wiele miejsca, aby kobieta była wspierana w procesie karmienia piersią. Wprowadzono nowy

obowiązek sprawdzenia u noworodka wędzidełka, ruchomości języka i umiejętności ssania.

Opieka laktacyjna ma być sprawowana zgodnie z decyzją matki dotyczącą sposobu żywienia dziecka, kobieta nie może być zmuszana do karmienia piersią. Karmienie butelką może nastąpić na zlecenie lekarskie lub za zgodą matki.

W przypadku oddzielenia dziecka od matki ze wskazań medycznych – pobiera się za zgodą matki siarę, która jest niezwłocznie przekazywana do podania dziecku (część XIII Standardu).

### XI. Niebieska karta

**Personel sprawujący opiekę nad kobietą musi być wyczulony na sygnały przemocy domowej. W trakcie pobytu kobiety w szpitalu obowiązkiem personelu jest obserwacja relacji między matką a dzieckiem oraz innymi członkami rodziny. W przypadku podejrzenia przemocy domowej wszczyna się procedurę „Niebieskiej Karty” oraz powiadamia się psychologa w celu objęcia matki opieką, w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa powiadamia się Policję lub prokuraturę, a w przypadku podejrzenia zagrożenia dobra dziecka składa się wniosek o wgląd w sytuację dziecka do sądu rodzinno-opiekuńczego właściwego ze względu na miejsce zamieszkania dziecka (część XIII Standardu pkt 14).**

Obserwacja ww. osób musi trwać także po wypisaniu kobiety i noworodka do środowiska domowego. Wówczas obowiązek obserwacji należy do położnej podstawowej opieki zdrowotnej podczas wizyt: „(...) obserwuje relacje w rodzinie i wydolność opiekuńczą rodziny; w przypadku podejrzenia przemocy wszczyna procedurę „Niebieskiej Karty” oraz w razie potrzeby podejmuje działania przeciwdziałające bezpośredniemu zagrożeniu ze strony członka rodziny” (część XV Standardu pkt 6).

### XII. Położna podstawowej opieki zdrowotnej

Ustawodawca wprowadza także zmiany w części XV standardu w zakresie zadań i kompetencji położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Zmiany te polegają przede wszystkim na doprecyzowaniu dotychczasowych regulacji, ale również rozszerzeniu o nowe aspekty, tj.: w szczególności położna podstawowej opieki zdrowotnej ma:

- 1) informować o potrzebie odbycia wizyty u lekarza dentyisty do 6. tygodnia od urodzenia dziecka oraz u lekarza położnika po zakończeniu porodu;
- 2) udzielać porad w zakresie profilaktyki zaburzeń dna miednicy oraz w zakresie rozwiązywania problemów nietrzymania moczu, gazów i stolca; w przypadku wystąpienia problemów, które wykraczają poza zakres jej kompetencji,
- 3) informować o możliwości skorzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabi-

litacji leczniczej na podstawie skierowania lekarskiego;

- 4) realizować według indywidualnego planu opieki dostosowanego do wieku i stanu zdrowia dziecka przedwcześnie urodzonego lub dziecka urodzonego o czasie, ale wymagającego dłuższego pobytu w szpitalu; opieka taka ma być sprawowana w miejscu zamieszkania albo pobytu dziecka;
- 5) informować jednostki organizacyjne pomocy społecznej właściwe ze względu na miejsce zamieszkania albo miejsce pobytu matki i noworodka o podejrzeniu zachowań mogących zagrażać bezpieczeństwu dziecka i matki, w przypadku braku kontaktu z matką ocenia ryzyko zaniedbania lub niewydolności opiekuńczej jeżeli stwierdzi zaistnienie ryzyka.

### **XIII. Opieka nad kobietą będącą w sytuacjach szczególnych**

Wprowadzono również wiele zmian albo doprecyzowano dotychczasowe uregulowania w zakresie obowiązków w zakresie opieki nad kobietą będącą w sytuacjach szczególnych w części XVI Standardu. Poniżej wskazuję na kluczowe kwestie.

Przyjęto jako generalną zasadę, iż kobietę będącą w sytuacjach szczególnych, a także kobietę, która po urodzeniu podjęła decyzję o pozostawieniu dziecka w podmiocie leczniczym, w którym odbył się poród, umieszcza się w sali jednoosobowej. Wyjątek od tej zasady może mieć miejsce, jeżeli kobieta z własnej inicjatywy tak zdecyduje albo wszystkie sale jednoosobowe są zajęte.

Na życzenie kobiety, która:

- 1) urodziła dziecko martwe lub niezdolne do życia, umożliwia się zachowanie pamiątek po zmarłym dziecku;
- 2) poroniła, podmiot leczniczy wydaje odpowiednio zabezpieczony materiał z poronienia w celu przeprowadzenia badań genetycznych.

### **XIV. Kobiety z niepełnosprawnością**

Nowelizacja rozporządzenia wprowadza nową część **XVII pt. „Zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych kobietom ze szczególnymi potrzebami”**. W ten sposób w nowych uregulowaniach uwzględniono potrzeby kobiet z niepełnosprawnościami.

Najogólniej, podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w ciąży, kobietą rodzącą, kobietą w połoгу oraz nad noworodkiem mają obowiązek:

- 1) uwzględniania przy planowaniu prac inwestycyjnych, w tym rozwiązań komunikacyjnych lub działań organizacyjnych konieczność zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowot-

nych kobietom ze szczególnymi potrzebami oraz mają obowiązek zapewnienia odpowiednich wyrobów medycznych pozwalających na sprawowanie opieki;

- 2) oznaczenia pomieszczeń również w alfabecie Braille'a;
- 3) zapewnienia komunikowania się w polskim języku migowym, na przykład przez wykorzystanie aplikacji on-line tłumaczących na żywo na polski język migowy i z polskiego języka migowego na język polski;
- 4) wyposażenia w pętlę indukcyjną wraz z jej właściwym oznakowaniem stosownym piktogramem (co najmniej jedna w rejestracji i druga w gabinecie);
- 5) oznakowania w postaci piktogramów, dostępne wsparcie dla kobiet z niepełnosprawnością, w szczególności informujące o podjazdach i windach dla kobiet z niepełnosprawnością oraz dostępności pętli indukcyjnej i tłumacza języka migowego;
- 6) zapewnić wstęp psa asystującego z wyłączeniem pomieszczeń, do których kobieta jest przewożona w związku ze świadczeniami wymagającymi unieruchomienia;
- 7) przygotować pozbawioną przeszkód rejestrację, która pozwala na łatwy dostęp osobom z trudnościami w poruszaniu się;
- 8) przygotować stronę internetową, która jest dostępna cyfrowo, co oznacza, że jest zgodna ze standardem WCAG 2.1 i ma deklarację dostępności sporządzoną zgodnie z wymogami ustawy z 4.04.2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych;
- 9) umożliwić umówienie się na wizytę przez e-mail lub SMS lub formularz kontaktowy zgodny ze standardem WCAG 2.1, dostępny na stronie internetowej;
- 10) umożliwić odbiór wyników w formie dostępnej dla czytników zawartości ekranu oraz odbioru wyników w formie dostępnej cyfrowo (np. w odczytywalnym pliku PDF) za pośrednictwem poczty elektronicznej;
- 11) wydłużyć czas wizyty dla kobiety ze szczególnymi potrzebami (w poradniach);
- 12) zapewnić pomoc asystenta osoby z niepełnosprawnością, którego rolą w szczególności jest:
  - a) ustalanie wizyt z uwzględnieniem zapewnienia możliwości obsługi w pomieszczeniach dostosowanych adekwatnie do niepełnosprawności,
  - b) zapewnienie dostępu do wyników badań i dokumentacji medycznej w sposób uwzględniający bariery w komunikowaniu się wynikające z niepełnosprawności.

Osoby wykonujące zawód medyczny mają być przygotowane do kontaktu i opieki nad kobietami ze szczególnymi potrzebami (w tym celu odbywają szkolenia wewnętrzne lub zewnętrzne kursy) oraz mają być odpowiednio przeszkolone z zakresu wsparcia kobiet z niepełnosprawnościami i dostępności usług położniczych, ginekologicznych i neonatologicznych.

## XV. Podsumowanie

Ustawodawca dokonał bardzo licznych zmian na korzyść zapewnienia bezpieczeństwa i podwyższenia jakości opieki ginekologiczno-położniczej dla kobiet oraz opieki nad noworodkiem. Niniejszy akt prawny ujmuje wszelkie elementy opieki, którymi winna być objęta kobieta w ciąży, w trakcie porodu i położu zapewniające jej w pełni poczucie podmiotowego podejścia. Wprowadzone zmiany spotkały się również z bardzo pozytywnym odbiorem

środowisk organizacji pozarządowych działających na rzecz wzmocnienia praw kobiet w okresie opieki okołoporodowej i zapewnienia opieki nowonarodzonym dzieciom. Wdrożenie zaproponowanych zmian wymaga zaangażowania menedżerów podmiotów leczniczych, jak również zaangażowania personelu medycznego i oczywiście wdrożenia procedur oceny wywiązywania się z nałożonych obowiązków.

Natomiast szkoda, iż przy okazji nowelizacji rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej nie usunięto dublowania się wielu kwestii, a tym samym nie skrócono obszernego tekstu rozporządzenia, który obecnie jest trudny w odbiorze dla osoby nieposiadającej wykształcenia prawniczego.

Małgorzata Paszkowska radca prawny  
(przedruk – Serwis Prawo i Zdrowie)

# Kodeksowe zasady etyki pielęgniarki i położnej

Poza standardami prawnymi pielęgniarki i położnej obowiązują standardy etyczne wykonywania zawodu. Zawarte są one przede wszystkim w kodeksie etyki zawodowej uchwalanym przez najwyższe organy samorządu zawodowego. Do niedawna pielęgniarki i położne obowiązywał Kodeks etyczny z 9.12.2003 r., jednakże w 2023 r. został uchwalony nowy kodeks etyczny. Przedmiotem komentarza jest przedstawienie podstawowych zasad etyki zawodowej pielęgniarki zawartych w nowym kodeksie etyki zawodowej tj. Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 17.05.2023 r.

## 1. WPROWADZENIE

Ustawa z 15.07.2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – dalej u.z.p.p. określa fundamentalne zasady wykonywania zawodu pielęgniarki. Ustanawia ona tym samym podstawowe standardy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej. Poza standardami prawnymi pielęgniarki i położnej obowiązują standardy etyczne wykonywania zawodu.

Zgodnie z ustawową zasadą generalną wyrażoną w art. 11 u.z.p.p. pielęgniarka powinna wykonywać swój zawód, z należytą starannością, **zgodnie z zasadami etyki zawodowej**, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki podobnie jak innych regulowanych zawodów medycznych nierozzerwalnie związane jest z etyką. Etyka jest jed-

nym z działów filozofii. Najkrócej etykę definiuje się jako ogół ocen i norm moralnych przyjętych w danej zbiorowości społecznej w określonej epoce historycznej. Etyka ustala kryteria, którymi należy kierować podczas wyborów podejmowanych działań.

Dla zawodów medycznych bardzo istotna jest etyka zawodowa. Etyka zawodowa stara się wcielić ogólne normy i zasady moralne do praktycznego wykorzystania w danym zawodzie. Zgodnie z definicją zawartą w encyklopedii PWN, etyka zawodowa to „zespół norm wyznaczających określone obowiązki moralne związane z wykonywanym zawodem i społecznymi stosunkami zawodowymi (np. etyka lekarska, prawnicza)”. Ma ona za zadanie normować czyny przedstawiciela danego zawodu. Etyka zawodowa jest zgodna z etyką ogólną, dotyczącą człowieka i społeczności ludzkiej. Jednakże ma charakter bardziej szczegółowy.

Komentarz przedstawia zasady etyki zawodowej zawarte w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 17.05.2023 r. w odniesieniu do pielęgniarek, jednakże te same zasady dotyczą także położnych.

## 2. KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ

Etyka zawodowa jest zespołem zasad moralnych, którymi powinni kierować się przedstawiciele danej profesji. Źródłami etyki zawodowej dla osób wykonujących zawody medyczne są przede wszystkim kodeksy etyki zawodowej uchwalane przez samorządy zawodowe. Kodeks etyki zawodowej to uporządkowany zespół norm odpowiadających na py-

tanie, jak ze względów moralnych przedstawiciele danego zawodu powinni, a jak nie powinni postępować. Głównym celem tworzenia kodeksu etycznego jest określenie wartości, postaw, norm i standardów zachowania.

Pielęgniarki i położne, jako członkowie samorządu zawodowego, są zobowiązane do przestrzegania etyki zawodowej, której zasady ustalone są przez samorząd zawodowy. Normy zawarte w kodeksie etycznym pozwalają rozstrzygać dylematy moralne (etyczne), pojawiające się w trakcie wykonywania zadań zawodowych powierzonych pielęgniarsce.

W przypadku zawodów medycznych posiadających własne samorządy zawodowe tak jak pielęgniarki od lat 90. XX w. to do ich zadań należy ustalenie zasad etyki zawodowej – uchwalenie kodeksów etycznych. Uprawnienie to przysługuje najwyższym organom samorządu o charakterze uchwałodawczym, a w przypadku pielęgniarek organem uprawnionym jest Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Z uwagi na zmiany społeczne i postęp medycyny, a także technologiczny, kodeksy etyki co jakiś czas wymagają modyfikacji, dostosowania do rzeczywistości. Dlatego samorządy zawodów medycznych w tym pielęgniarski w ostatnich latach uchwaliły nowe kodeksy etyczne.

Dnia 17.05.2023 r. został uchwalony nowy „Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej” – dalej Kodeks, który zastąpił Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej z 9.12.2003 r. Zmiany polegające na uszczegółowieniu i aktualizacji zasad etyki postępowania zawodowego pielęgniarek mają umożliwić zwiększenie efektywności prewencji zawodowej, co wpłynie na bezpieczeństwo wykonywania zawodu pielęgniarki oraz pacjentów.

Obecnie obowiązujące zasady etyki zawodowej pielęgniarek i położnych zawarte są w załączniku do uchwały nr 18 VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 17.05.2023 r. w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”. Kodeks zawiera przyrzeczenie oraz zawartą w 34 artykułach część ogólną (art. 1–6) i szczegółową (art. 7–34).

Część szczegółowa kodeksu etyki składa się z następujących wyodrębnionych przedmiotowo części: Godność człowieka, zdrowie i życie, Świadoma zgoda pacjenta i szacunek dla jego autonomii, Informowanie pacjenta, Tajemnica zawodowa, Medycyna transplantacyjna, Prokreacja człowieka, Eksperyment medyczny, Opieka nad pacjentem u kresu życia, Pielęgniarka i położna a współpracownicy, Status społeczny i prawny pielęgniarki i położnej, Współpraca z przemysłem, Promocja i edukacja zdrowotna.

W przypadkach nieregulowanych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypo-

spolitej Polskiej zastosowanie mają normy ogólnie obowiązującego prawa oraz zasady wyrażone przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej wszedł w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych (czyli 17.05.2023 r.).

### 3. OGÓLNE KODEKSOWE ZASADY ETYKI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI

Zgodnie z deklaracją wyrażoną w art. 1, Kodeks wyraża podstawowe zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. Zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej wynikają z uznania przyrodzonej, niezbywalnej i nienaruszalnej godności człowieka, jego podmiotowości i autonomii oraz prawa do pełnego rozwoju fizycznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego. Kodeks służy należytemu wykonywaniu zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, wyrażając ich wartości i zasady etyczne, które znajdują uznanie społeczne, wzbudzają zaufanie do pielęgniarki i położnej, potwierdzają ich przywiązanie do ideałów profesjonalizmu i dbałość o godność zawodu. Jak stanowi część ogólna pielęgniarka wykonuje zawód z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, postępując zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami zawodowymi, w celu ochrony zdrowia i życia pacjenta oraz zminimalizowania ryzyka zdarzeń niepożądanych. Czynności zawodowe pielęgniarki nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia i życia ludzkiego. Prawem i obowiązkiem pielęgniarki jest propagowanie oraz wdrażanie Kodeksu w procesie kształcenia zawodowego i praktyki zawodowej. Pielęgniarka prowadząc działalność naukową, badawczą, edukacyjną i administracyjno-organizacyjną ma obowiązek przestrzegać zasad przyjętych w Kodeksie (a nie tylko w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych).

### 4. PIELĘGNIARKA A PACJENT

W świetle art. 7 części szczegółowej Kodeksu, pielęgniarka chroni życie i zdrowie ludzkie od poczęcia do śmierci. Pielęgniarka szanuje godność każdego człowieka. Respektując godność pacjenta pielęgniarka odnosi się do niego życzliwie, z empatią i troską oraz z cierpliwością i wyrozumiałością. Pielęgniarka zapewnia pacjentowi prywatność, chroni jego godność osobistą i intymność, naruszając je tylko w stopniu niezbędnym dla prawidłowego postępowania terapeutycznego i wykonania świadczeń zdrowotnych. Pielęgniarka umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną lub inną osobą bliską,

w miarę potrzeby pomaga w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje w zakresie dalszego postępowania pielęgniacyjnego. Pielęgniarka nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

Kodeks etyki zawiera regulacje w zakresie powszechnych, ustawowo uregulowanych praw pacjenta w szczególności prawa do wyrażania zgody na świadczenia zdrowotne i prawa do informacji doprecyzowując ich zasady w stosunku do pielęgniarek. Kodeks w art. 9 wymaga bezpośrednio uzyskiwania świadomej zgody pacjenta na świadczenia pielęgniarskie, stanowiąc iż, udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi pielęgniarki, wymaga uzyskania świadomej zgody pacjenta lub zgody zastępczej wyrażonej przez osobę lub podmiot wskazany w przepisach prawa. Pacjent ma prawo odmówić poddania się świadczeniom zdrowotnym wykonywanym przez pielęgniarkę. W zakresie wykonywanych świadczeń zdrowotnych pielęgniarka udziela pacjentowi informacji o stanie zdrowia, sposobie i metodach proponowanego postępowania, ich znaczeniu i celu, oczekiwanych skutkach oraz ich ryzyku w sposób przystępny i rzetelny. Gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub osoba niezdolna do rozeznania swojej sytuacji, pielęgniarka ma obowiązek informowania rodziców, opiekunów prawnych i faktycznych lub innych osób upoważnionych, o stanie jego zdrowia w zakresie sprawowanej przez nią opieki. Pielęgniarka na żądanie pacjenta może go nie informować o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń zdrowotnych.

Pielęgniarze nie wolno wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż terapeutyczny. Pielęgniarka udziela pacjentowi porad merytorycznych dotyczących produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej. Pielęgniarka nie może wyrażać sprzeciwu, aby pacjent zasięgał opinii u innej pielęgniarki.

Prawnym a także etycznym obowiązkiem pielęgniarki jest przestrzeganie tajemnicy zawodowej. Pielęgniarka nie może ujawniać informacji o pacjencie i jego środowisku rodzinnym lub społecznym uzyskanych w związku z pełnieniem swojego zawodu. Pielęgniarka nie może bez zgody pacjenta, a w przypadku dziecka jego rodziców lub opiekunów prawnych, publikować jego wizerunku, wypowiedzi, nagrań i wszelkich danych wrażliwych dotyczących pacjenta, w szczególności na stronach internetowych, w czasopiśmie i innych środkach społecznego przekazu.

Pielęgniarze nie wolno uczestniczyć w przeprowadzaniu eutanazji oraz pomagać pacjentowi

w dokonaniu samobójstwa wspomagane. Pielęgniarka powinna dążyć wszelkimi staraniami, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną oraz godne warunki umierania, z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.

Pielęgniarka powinna podejmować działania w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w szczególności propagować zdrowy styl życia i postawy proekologiczne.

## 5. PIELĘGNIARKA A WSPÓŁPRACOWNICY I SAMORZĄD ZAWODOWY

Nowy Kodeks poświęca stosunkowo dużo miejsca stosunkom między pielęgniarkami. Przede wszystkim w art. 23 Kodeksu stanowi, iż pielęgniarka okazuje szacunek, życzliwość, lojalność oraz koleżeństwo innym pielęgniarkom. Niedopuszczalne są zachowania i postawy pielęgniarki, o charakterze mobbingu, molestowania, manipulacji lub innego rodzaju naruszeń godności i dóbr osobistych innych osób. Pielęgniarka powinna wystrzegać się nieuzasadnionej krytyki postępowania koleżanek i kolegów, jednocześnie nie dopuszczając do ukrywania i tuszowania zdarzeń niepożądanych oraz dyskryminowania osób, które je ujawniają.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu uwagi o dostrzeżonych przez pielęgniarkę błędach w postępowaniu innej pielęgniarki należy przekazać najpierw tej pielęgniarence, która ten błąd popełniła. W przypadku nieskuteczności powyższej interwencji uwagi należy przekazać jej przełożonemu. W razie nieskuteczności działania wyżej określonego należy powiadomić okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Pielęgniarze nie wolno podejmować czynności zmierzających do pozbawienia innej pielęgniarki zatrudnienia lub przejęcia opieki nad jej pacjentem.

Pielęgniarka powinna angażować się w działalność samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, towarzystw naukowych i innych organizacji zawodowych działających na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.

Pielęgniarkę obowiązuje szacunek i lojalność wobec organów samorządu zawodowego. Obowiązkiem pielęgniarki jest przestrzeganie uchwał organów samorządu niezależnie od ich osobistej oceny.

Poza opisanymi wyżej zasadami w Kodeksie znajdują się odniesienia do uczestnictwa pielęgniarki w transplantacjach i eksperymentach medycznych oraz współpracy z przemysłem.

Przede wszystkim pielęgniarka może uczestniczyć w zabiegach transplantacyjnych z zachowaniem przepisów prawa i norm etycznych obowiązujących w transplantologii. Pielęgniarka ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.

Pielęgniarki nie wolno propagować oraz stosować metod diagnostycznych i leczniczych niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, zachęcać do stosowania lub propagowania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych o niepotwierdzonej wiarygodności diagnostycznej lub skuteczności terapeutycznej.

## 6. NARUSZENIE ETYKI JAKO PRZEWINIENIE ZAWODOWE PIELĘGNIARKI

Naruszenie zasad etyki zawodowej przez pielęgniarkę stanowi przewinienie zawodowe i jako takie przesłankę odpowiedzialności zawodowej pielęgniarki. Naruszenie zasad etyki zawodowej przede wszystkim określonych w kodeksie etyki zawodowej może stanowić podstawę do ukarania pielęgniarki przez samorządowy sąd pielęgniarek i położnych po przeprowadzeniu postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Jeżeli sąd pielęgniarek i położnych nie ma podstaw do uniewinnienia lub umorzenia postępowania to orzeka karę. Sąd pielęgniarek i położnych za przewinienie zawodowe pielęgniarki w tym naruszenie etyki zawodowej może orzec następujące kary:

- 1) upomnienie;
- 2) naganą;
- 3) karę pieniężną;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat;
- 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat;
- 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat;

- 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Zgodnie ze statystykami samorządowymi ok. 70% spraw prowadzonych przez sądy pielęgniarek i położnych dotyczy postępowań polegających na działaniach sprzecznych z kodeksem etyki zawodowej.

## 7. UWAGI AUTORSKIE

Praca pielęgniarki zapewniająca ochronę interesów pacjenta jest nierozdzielnie związana z etyką. Opieka nad pacjentem wymaga bowiem nie tylko zaangażowania specjalistycznej wiedzy i umiejętności pracownika ochrony zdrowia, ale także działania odpowiadającego wartościom i normom moralnym. Każda pielęgniarka powinna bezwzględnie przestrzegać w swej pracy etyki zawodowej a jej zasady szczególnie w wypadku zmian powinny być propagowane przez samorząd zawodowy. Ponadto zarządzający personelem pielęgniarskim powinni znać te zasady i reagować na ich naruszenia.

Przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z 9.12.2003 r. w sprawie ustalenia zasad etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej, Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej wymagał zaktualizowania, uporządkowania i wprowadzenia regulacji nowych sfer funkcjonowania zawodów, dostosowania do zmian rozwoju społecznego. Celem nowego kodeksu jest przede wszystkim podkreślenie działania zawodowego zgodnego z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, wprowadzenie regulacji ochrony dóbr osobistych pacjenta, w tym obowiązku uzyskania jego zgody na rozpowszechnienie wizerunku. W dużej części treści Kodeksu są zbieżne z prawnymi standardami wykonywania zawodu pielęgniarki (szczególnie w zakresie praw pacjenta).



Załącznik nr 195/VIII/2026 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z 17 czerwca 2026 r. w sprawie zmiany uchwały Nr 166 VIII/2025 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2025 r. w sprawie określenia zasad wykonywania obowiązków dotyczącego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych przez pielęgniarki i położne

## LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ODPOWIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNYM FORMOM DOSKONALENIA ZAWODOWEGO W 5-LETNIM OKRESIE ROZLICZENIOWYM

| Lp. | Forma doskonalenia zawodowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Liczba punktów                                                              | Sposób potwierdzenia uczestnictwa                                                |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  | Ukończenie szkoleń podyplomowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych<br>a) szkolenia specjalizacyjnego<br>b) kursu kwalifikacyjnego<br>c) kursu specjalistycznego<br>d) kursu doszkalcącego<br>e) kurs uzupełniający, o którym mowa w art. 5a ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn. Dz. U. 2024, poz. 814); | 80* pkt<br>40 pkt<br>20 pkt<br>10 pkt<br>40** pkt                           | dypłom lub zaświadczenie                                                         |
| 2.  | Uczestnictwo w webinarach                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 5 pkt/ 1 wydarzenie (maksymalnie 50 punktów w okresie rozliczeniowym) **    | zaświadczenie lub certyfikat                                                     |
| 3.  | Ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 20 pkt. za każdy semestr                                                    | dypłom                                                                           |
| 4.  | Udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym:<br>a) udział bierny (uczestnik)<br>b) udział czynny (wykładowca/prelegent)                                                                                                                                                                                                                                                              | 5 pkt/ 1 wydarzenie<br>10 pkt/ 1 wydarzenie                                 | zaświadczenie lub certyfikat na podstawie programu                               |
| 5.  | Przynależność do towarzystw naukowych i stowarzyszeń pielęgniarskich i innych medycznych                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 5 pkt/rok/ towarzystwo, stowarzyszenie                                      | zaświadczenie                                                                    |
| 6.  | Udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym/wewnątrzoddziałowym:<br>a) udział bierny (uczestnik)<br>b) udział czynny (wykładowca/prelegent)                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2<br>5<br>(maksymalnie 50 pkt w okresie rozliczeniowym**)                   | potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie |
| 7.  | Udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3 pkt za jedno posiedzenie, (maksymalnie 30 pkt w okresie rozliczeniowym**) | zaświadczenie                                                                    |
| 8.  | Publikacja w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu:<br>a) artykułu w czasopiśmie naukowych<br>b) książki naukowej/monografii<br>c) książki popularnonaukowej<br>d) rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii<br>e) rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej<br>f) artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym                                                                  | 20 pkt<br>80 pkt<br>50 pkt<br>30 pkt<br>20 pkt<br>10 pkt                    | nota biograficzna lub wydruk z czasopisma                                        |
| 9.  | Udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu:<br>a) czasopisma naukowego lub popularnonaukowego<br>b) publikacji zwartej lub biuletynu samorządu pielęgniarek i położnych                                                                                                                                                                        | 10 pkt/rok<br>10 pkt/rok                                                    | stopka redakcyjna                                                                |

|     |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                                                             |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| 10. | Indywidualna prenumerata roczna czasopism naukowych i zawodowych z pielęgniarstwa, położnictwa lub innych medycznych                                                                                                               | 5 pkt za jeden tytuł, maksymalnie 10 pkt/ rok                 | potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty |
| 11. | Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego                                                                                                                                                                                             | 100                                                           | dypłom lub zaświadczenie                                    |
| 12. | Uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa/położnictwa                                                                                                                                                                    | 80                                                            | dypłom                                                      |
| 13. | Ukończenie studiów licencjackich tzw. pomostowych w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa                                                                                                                                          | 40                                                            | dypłom                                                      |
| 14. | Ukończenie kursu/szkolenia podyplomowego nieobjętego przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, mającego zastosowanie na stanowisku pracy.                                                          | 1 pkt za 1 h (maksymalnie 30 pkt w okresie rozliczeniowym**)  | dypłom lub zaświadczenie                                    |
| 15. | Osoby aktywnie działające w samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych (nie będące pracownikami etatowymi w strukturach samorządu)                                                                                             | 10 pkt./ rok** (maksymalnie 40 pkt w okresie rozliczeniowym.) | zaświadczenie                                               |
| 16. | Ukończenie studiów licencjackich (pierwszego stopnia) na kierunku pielęgniarstwo lub kierunku położnictwo przez odpowiednio pielęgniarkę lub położną posiadającą dyplom ukończenia średniej szkoły pielęgniarzkiej lub położniczej | 40                                                            | dypłom                                                      |
| 17. | Ukończenie szkolenia dla pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników:<br><b>a) Szkolenie w zakresie podstawowym</b><br><b>b) Szkolenie w zakresie uzupełniającym (aktualizujące)</b>                  | 10 pkt<br>5 pkt                                               | zaświadczenie                                               |

\* – w tym również specjalizacje w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

\*\* – w jednym okresie rozliczeniowym

## HARMONOGRAM REALIZACJI KURSÓW

| Nazwa kursu/<br>nr edycji                                                                                                       | Miejsce realizacji<br>wykładów       | Liczba godzin<br>wykłady/staże        | Propozycja terminu<br>rozpoczęcia edycji<br>/Propozycja terminu<br>zakończenia edycji |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kurs specjalistyczny: Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych</b> |                                      |                                       |                                                                                       |
| Edycja nr 1                                                                                                                     | Szpital Jana Pawła II                | 50 godzin wykładów / 58 godzin staży  | <b>5.09-30.11.2026 r.</b>                                                             |
| <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 | <b>29.08-31.10.2026 r.</b>                                                            |
| <b>Kurs specjalistyczny w zakresie szczepień ochronnych dla pielęgniarek i położnych</b>                                        |                                      |                                       |                                                                                       |
| Edycja nr 2                                                                                                                     | OIPiP w Zamościu                     | 15 godzin wykładów / 15 godzin staży  | <b>18.09-30.11.2026 r.</b>                                                            |
| <b>Kurs doszkalający: Prawo medyczne w pracy pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego</b>                                |                                      |                                       |                                                                                       |
| Edycja nr 5                                                                                                                     | OIPiP Zamościu<br>(Edycja II Zamość) | 20 godzin wykładów / 0 godzin staży   | <b>12-13.09.2026 w r.</b>                                                             |
| <b>Kurs doszkalający: Zarządzanie w ochronie zdrowia dla pielęgniarki, pielęgniarza, położnej, położnego</b>                    |                                      |                                       |                                                                                       |
| Edycja nr 1                                                                                                                     | SPZOZ Tomaszów Lub.                  | 20 godzin wykładów / 0 godzin staży   | <b>2-3.10.2026 r.</b>                                                                 |
| Edycja nr 2                                                                                                                     | OIPiP w Zamościu                     | 20 godzin wykładów / 0 godzin staży   | <b>9-10.10.2026 r.</b>                                                                |
| Edycja nr 3                                                                                                                     | SPZOZ Hrubieszów                     | 20 godzin wykładów / 0 godzin staży   | <b>6-7.11.2026 r.</b>                                                                 |

# Bezpłatne webinary dla członków OIPiP w Zamościu od września do grudnia 2026 roku

- 1) Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej przez pielęgniarki i położne w świetle zmian przepisów prawnych – 10 września 2026 r. godz. 18:00,
- 2) Równe traktowanie w zatrudnieniu pielęgniarek i położnych – 8 października 2026 r. godz. 18:00,
- 3) Samodzielność a odpowiedzialność – aspekty prawne udzielania świadczeń medycznych przez pielęgniarki i położne – 05 listopada 2026 r. godz. 18:00,
- 4) Zasady odpowiedzialności karnej w sytuacji naruszenia nietykalności osobistej lub znieważenia pielęgniarki i położnej – 03 grudnia 2026 r.

## UWAGA

Tydzień przed rozpoczęciem skontaktuj się z Izbą w celu otrzymania linku do rejestracji tel.: 84 639 07 06 lub 504 825 352

**Konto pielęgniarki i położnej**  
– teraz proste bezpieczne logowanie

Wykaz danych osobowych znajdujących się w rejestrze wraz z możliwością elektronicznej aktualizacji danych adresowych.

Informacje o statusie i historii opłacania składek.

Podgląd swoich punktów edukacyjnych z możliwością zgłaszania nowych punktów.

Możliwość zgłaszania przypadków agresji wobec pielęgniarek i położnych.

**Konto pielęgniarki i położnej**

Dane osobowe

Składki

Punkty edukacyjne 120 pkt

Zgłosz agresję

**SZACUNEK**  
Okazuj szacunek każdemu człowiekowi.

**DOBRO PACJENTA**  
Dobro pacjenta stawiaj zawsze na pierwszym miejscu.

**TROSKA**  
Opiekaj się pacjentem z troską.

**TAJEMNICA ZAWODOWA**  
Zachowuj w tajemnicy informacje uzyskane w związku z pełnieniem zawodu.

**UCZCIWOŚĆ I ODPOWIEDZIALNOŚĆ**  
Postępuj uczciwie i bierz odpowiedzialność za swoje działania.

**WSPÓŁPRACA**  
Współpracuj z zespołem dla dobra pacjenta.

**ROZWÓJ ZAWODOWY**  
Udoskonalaj swoją wiedzę i umiejętności, działając dla dobra pacjenta i społeczeństwa.

**Jak zalogować się do konta?** Instrukcja krok po kroku

- 1 Wejść na stronę:  
<https://konto.nipip.pl>
- 2 Kliknij „Zaloguj się”  
Zaloguj się
- 3 Zostaniesz przekierowany/a na stronę [login.gov.pl](https://login.gov.pl)  
Login.gov.pl
- 4 Wybierz najwygodniejszy dla siebie sposób logowania:  
Profil Zaufany  
login i hasło lub przez bank  
Bankowość elektroniczna  
Aplikacja mObywatel (skan kodu QR)
- 5 Potwierdź logowanie  
e-Dowód  
Use eID

**Gotowe – kilka kliknięć i masz dostęp do swojego konta online!**

Jeśli chcesz logować się do systemu za pomocą loginu i hasła udaj się do swojej OIPiP z dowodem osobistym.

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.