



Zielona Góra, dn. 18.06.2026 r.

BFPZ/277/06/2026

Sz. P.

Jolanta Sobierańska-Grenda

Minister Zdrowia

W związku z przekazaniem do konsultacji społecznych **projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej** Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie” zgłasza uwagi.

Uwaga do art. 4 ust. 1 pkt 17

Przepis „realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych” jest zbyt ogólny. Może być interpretowany jako otwarty katalog obowiązków pielęgniarki, bez określenia ich rodzaju, zakresu, trybu zlecania i granic odpowiedzialności.

W ustawie należy doprecyzować, że chodzi wyłącznie o zadania mieszczące się w zakresie kwalifikacji i kompetencji zawodowych pielęgniarki oraz bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentowi.

Obecne brzmienie może prowadzić do przerzucania na pielęgniarki dodatkowych zadań bez wskazania podstawy, finansowania i odpowiedzialności.

Uwaga do art. 6 pkt 2 i 3

Brzmienie art. 6 pkt 2 i 3 jest nieczytelne. Trudno jednoznacznie odróżnić przesłanki uzyskania poziomu „pielęgniarka kwalifikowana” od poziomu „pielęgniarka kliniczna”, ponieważ oba punkty odwołują się do wykształcenia magisterskiego oraz specjalizacji.

Przepis powinien być przeredagowany tak, aby jasno wskazywał, że poziom pielęgniarki klinicznej wymaga łącznego spełnienia warunków: posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa oraz tytułu specjalisty. Poziom pielęgniarki kwalifikowanej powinien być opisany jako poziom pośredni, obejmujący osoby posiadające wykształcenie magisterskie bez specjalizacji albo osoby z niższym wykształceniem, które ukończyły kurs kwalifikacyjny lub uzyskały tytuł specjalisty.



Obecne brzmienie może powodować problemy interpretacyjne przy ustalaniu poziomu kompetencji, zakresu czynności zawodowych i stanowisk pracy.

Uwaga do art. 8 i odpowiednio art. 9

W art. 8 użyto sformułowania „oraz posiada potwierdzenie kompetencji pielęgniarki APN”. Analogiczne zastrzeżenie dotyczy art. 9 w zakresie położnej APN.

Brzmienie przepisu jest niejasne. Nie wynika z niego jednoznacznie, czy potwierdzenie kompetencji jest warunkiem uzyskania statusu pielęgniarki albo położnej APN, czy jedynie dokumentem potwierdzającym spełnienie warunków ustawowych. Przepis nie wskazuje także, kto wydaje potwierdzenie kompetencji, w jakim trybie, na jaki okres, czy przysługuje odwołanie oraz jakie są skutki braku takiego potwierdzenia.

Należy doprecyzować, że uzyskanie potwierdzenia kompetencji jest warunkiem wykonywania czynności jako pielęgniarka albo położna APN, oraz wskazać organ właściwy i tryb wydawania tego potwierdzenia.

Projekt powinien zawierać odrębny przepis określający tryb potwierdzania kompetencji APN, w tym organ właściwy, wymagane dokumenty, termin rozpatrzenia sprawy, formę rozstrzygnięcia, okres ważności potwierdzenia, możliwość odmowy oraz tryb odwoławczy.

Uwaga do art. 16 ust. 6

Przepis istotnie rozszerza możliwość odmowy wykonania zlecenia lekarskiego albo innego świadczenia zdrowotnego. Zwrot „jeżeli istnieją poważne ku temu powody” jest zbyt ogólny.

Nie określono, jakie powody uzasadniają odmowę, kto ocenia ich zasadność, w jakim trybie należy zgłosić odmowę oraz jakie są skutki dla pacjenta, lekarza zlecającego i podmiotu leczniczego.

W obecnym brzmieniu przepis może prowadzić do sporów organizacyjnych i odpowiedzialnościowych przy realizacji zleceń lekarskich. Może też utrudnić zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Uwaga do art. 88 ust. 2, art. 119 ust. 2 oraz art. 121 ust. 2 projektu ustawy.

Projekt nadmiernie zawęży katalog podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

Takie rozwiązanie może wyeliminować z rynku dotychczasowych organizatorów kształcenia, którzy od lat prowadzą działalność zgodnie z obowiązującymi przepisami



i spełniają wymogi formalne oraz merytoryczne. Ograniczenie katalogu podmiotów może zmniejszyć dostępność kursów i specjalizacji, zwiększyć koszty kształcenia, ograniczyć konkurencję oraz utrudnić pielęgniarkom i położnym realizację obowiązku ustawicznego rozwoju zawodowego.

Projekt przewiduje mechanizmy kontroli jakości kształcenia: akredytację, wpis do rejestru, ocenę kadry, bazy dydaktycznej, programu, dokumentacji i wewnętrznego systemu oceny jakości. Przewidziano także kontrolę organizatorów kształcenia wpisanych do rejestru, obejmującą m.in. bazę dydaktyczną, zgodność zajęć z programem, dokumentację, jakość kształcenia i spełnianie warunków prowadzenia kształcenia.

W związku z tym jakość kształcenia powinna być zapewniana przez akredytację, wpis do rejestru, kontrolę i standardy, a nie przez wyłączenie całej kategorii dotychczasowych organizatorów.

Należy zatem dopuścić prowadzenie kształcenia podyplomowego także przez inne podmioty, jeżeli spełniają warunki określone w ustawie, uzyskają akredytację albo wpis do rejestru i podlegają nadzorowi właściwego organu.

Projekt znacząco rozszerza zakres zadań pielęgniarek i położnych a OSR nie zawiera wystarczającej analizy skutków kadrowych i finansowych tych zmian.

W OSR należy wskazać, czy przy obecnych brakach kadrowych pielęgniarek i położnych system posiada realne zasoby do wykonania dodatkowych zadań. Sama liczba osób wpisanych do rejestru nie pokazuje faktycznej dostępności personelu, aktywności zawodowej, wieku, wymiaru zatrudnienia ani rozmieszczenia regionalnego.

OSR powinna także określać koszty poszerzonej działalności pielęgniarek i położnych, w tym koszty dodatkowego czasu pracy, szkoleń, dokumentacji, nadzoru, odpowiedzialności, dostosowania systemów informatycznych oraz rozliczania świadczeń. Należy wskazać źródło finansowania tych kosztów: NFZ, budżet państwa, świadczeniodawcy czy pracodawcy.

Bez takiej analizy projekt przenosi nowe zadania na pielęgniarki, położne i świadczeniodawców bez wykazania, że istnieją kadry i środki na ich realizację.

OSR wymaga uzupełnienia w tym zakresie.

Projekt wymaga doprecyzowania skutków rozszerzenia kompetencji pielęgniarek i położnych w sytuacji, gdy lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ udzielają świadczeń temu samemu pacjentowi w różnych podmiotach leczniczych.



W praktyce pacjent może mieć złożoną deklarację wyboru lekarza POZ w jednym podmiocie, pielęgniarki POZ w drugim podmiocie, a położnej POZ w trzecim podmiocie. W takiej sytuacji nie ma jednego pracodawcy, jednej struktury organizacyjnej, jednego przełożonego ani jednej wewnętrznej dokumentacji dostępnej dla wszystkich osób sprawujących opiekę.

Projekt posługuje się pojęciami współpracy, koordynacji i kontynuacji świadczeń, ale nie określa trybu wymiany informacji, zakresu odpowiedzialności i zasad dokumentowania świadczeń między różnymi podmiotami POZ. Nie wskazuje też, kto odpowiada za koordynację opieki nad pacjentem, jeżeli poszczególne świadczenia POZ są realizowane przez różne podmioty.

Należy doprecyzować, że rozszerzenie kompetencji pielęgniarki i położnej nie może tworzyć domniemania istnienia jednego zespołu organizacyjnego, jeżeli lekarz, pielęgniarka i położna wykonują świadczenia u różnych świadczeniodawców. W takiej sytuacji konieczne jest określenie zasad wymiany informacji, dostępu do dokumentacji, przekazywania zaleceń, odpowiedzialności za kontynuację opieki oraz informowania pacjenta, który podmiot i która osoba odpowiada za dane świadczenie.

Brak takich regulacji może prowadzić do sporów między podmiotami POZ, dublowania lub pomijania świadczeń, niejasności dla pacjenta oraz przerzucania odpowiedzialności między lekarzem, pielęgniarką, położną i świadczeniodawcami.

Sama „koordynacja” brzmi dobrze, ale bez jednolitej dokumentacji może być fikcją organizacyjną.

Z poważaniem

Tomasz Zieliński

Wiceprezes Federacji PZ

/dokument podpisany elektronicznie/