

STANOWISKO NR 1/26/X
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ
z dnia 12 czerwca 2026 r.

w sprawie projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej

Po zapoznaniu się z projektem ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, przekazanym przy piśmie podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia pani Katarzyny Kęckiej z dnia 14 maja 2026 r. (znak: RKP.0210.1.2025.EM) Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje projekt w zakresie, w jakim poszerza dotychczasowe uprawnienia zawodowe pielęgniarek poprzez przyznanie uprawnienia do orzekania o czasowej niezdolności do pracy, zwiększa uprawnienia do stwierdzania zgonów, negatywnie opiniuje się także przepisy o zaawansowanej praktyce pielęgniarskiej w zaproponowanym brzmieniu.

Samorząd lekarski nie zgłasza zastrzeżeń wobec samej idei poszerzenia uprawnień dla szczególnie doświadczonych i wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek. Przedstawiony projekt przewiduje jednak zbyt daleko idące rozwiązania, które wchodzą w zakres kompetencji zawodowych lekarza. Należy na wstępie wskazać, że art. 4 projektu ustawy określający co uznaje się za wykonywanie zawodu pielęgniarki i tym samym co wchodzi w zakres uprawnień zawodowych pielęgniarki, zostaje poszerzony do 23 pozycji, podczas gdy w dotychczasowej ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej katalog ten ograniczał się do 9 pozycji.

Zastrzeżenia budzi projektowany art. 4 ust. 1 pkt 5 ustawy, który przewiduje, że wykonywanie zawodu pielęgniarki będzie polegało m.in. na samodzielnym rozpoznawaniu objawów wymagających skierowania do lekarza oraz wystawianiu skierowań na wykonanie określonych badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. W art. 4 ust. 1 pkt 5 nie określono przy tym, czy uprawnienie do wystawiania skierowań przez pielęgniarki ograniczone jest jedynie do sytuacji opisanych w art. 21 ust. 10 i ust. 12 projektu ustawy, czy też będzie traktowane szerzej. Taki zakres zadań pielęgniarki jest zbyt szeroki, nie ma uzasadnienia, aby do kompetencji pielęgniarki dołożyć np. kierowanie na wszelkiego rodzaju badania diagnostyczne, nie wyłączając TK czy rezonansu magnetycznego oraz badań

endoskopowych. Jest to kompetencja, która powinna być zastrzeżona wyłącznie dla lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska sprzeciwia się brzmieniu art. 4 ust. 1 pkt 6 projektu ustawy, w myśl którego wykonywanie zawodu pielęgniarki będzie polegało m.in. na samodzielnym udzielaniu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami. W aktualnie obowiązującej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej zakres ten został określony fundamentalnie inaczej – ustawa przewiduje uprawnienie pielęgniarek do samodzielnego udzielania tych świadczeń „w określonym zakresie”, a zakres ten był wyznaczany rozporządzeniem Ministra Zdrowia. W dotychczasowym art. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej znajdowało się upoważnienie ustawowe dla Ministra Zdrowia do określenia w drodze rozporządzenia rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, które mogą być udzielane samodzielnie bez zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę i położną. W projekcie nowej ustawy takiego upoważnienia nie przewidziano – odpowiednikiem mógłby być projektowany art. 10 ustawy, jednak nie odnosi się on do zakresu czynności, które pielęgniarka będzie mogła wykonywać samodzielnie, a dodatkowo projekt rozporządzenia nie został dołączony do projektu ustawy, dlatego intencje projektodawcy nie są w tym zakresie jednoznacznie zarysowane. Proponowane brzmienie nowej ustawy ogranicza kompetencje pielęgniarek do samodzielnego udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych tylko poprzez odwołanie do „posiadanych kompetencji”. W praktyce może to oznaczać brak jakichkolwiek ograniczeń w świadczeniu tego rodzaju procedur przez pielęgniarki. Tymczasem zadaniem nowej ustawy o zawodzie pielęgniarki nie powinno być mnożenie sporów kompetencyjnych w obszarze ochrony zdrowia (wystarczająco dużo kwestii spornych narosło już na linii uprawnień branży beauty i branży medycznej), ustawa powinna – tak jak było dotychczas - jasno i jednoznacznie definiować zakres, w jakim pielęgniarki mogą realizować świadczenia na rzecz pacjentów, i tym samym równie jasno określać, w jakim obszarze pielęgniarka nie ma uprawnień do udzielania świadczeń diagnostycznych i leczniczych, a uprawnienia te posiada wyłącznie lekarz.

Wadliwa jest także redakcja art. 4 ust. 1 pkt 8 projektu ustawy, który stanowi o uprawnieniu pielęgniarek do samodzielnego orzekania o rodzaju i zakresie potrzeb pielęgnacyjnych oraz kierowania do różnych form świadczeń zdrowotnych i

opiekuńczych. Nie bardzo wiadomo co kryje się pod pojęciem „formy świadczeń zdrowotnych”, pojęcie to nie było dotychczas stosowane w ustawie o działalności leczniczej. Dotychczasowe brzmienie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej prawidłowo stanowiło o „*orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych*” (art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy) i proponuje się, aby takie brzmienie przepisu utrzymać.

Nie ma także uzasadnienia dla ewentualnego poszerzenia uprawnień pielęgniarek w zakresie wystawiania recept. W aktualnie obowiązującej ustawie o zawodzie pielęgniarki i położnej uprawnienie to zostało ograniczone niejako potrójnie – po pierwsze przysługuje w ramach dozwolonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia samodzielnego wykonywania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, po drugie - pielęgniarka musi posiadać dyplom ukończenia studiów drugiego stopnia albo tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa oraz musi ukończyć kurs specjalistyczny, a po trzecie - wyłączeniu podlegają leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Tymczasem w projekcie nowej ustawy (art. 4 ust. 1 pkt 9) nie zamieszczono wzmianki, że preskrypcja będzie dozwolona tylko na zasadach określonych w projektowanym art. 21 ustawy, gdy tymczasem przy uprawnieniu pielęgniarek do wystawiania zleceń na wyroby medyczne (art. 4 ust. 1 pkt 10 ustawy) wyraźnie wskazano, że jest to uprawnienie wykonywane na podstawie odrębnych przepisów.

Samorząd lekarski nie zgadza się także na to, aby pielęgniarki uzyskały uprawnienie, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 12 projektu ustawy, tj. uprawnienie do stwierdzania zgonu, w obszarze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i opieki długoterminowej. Stwierdzanie zgonu jest czynnością, która powinna być wykonywana przez lekarzy. Nie ma uzasadnienia dla poszerzenia kręgu podmiotów uprawnionych do stwierdzania zgonów.

Podobnie, przewidziane w art. 4 ust. 1 pkt 14 ustawy uprawnienie pielęgniarek do samodzielnego wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy do 5 dni w ramach udzielanego świadczenia zdrowotnego jest zbyt daleko idące. Przyznanie pielęgniarkom tego uprawnienia oznaczałoby przyznanie uprawnienia do samodzielnego, czyli pozbawionego nadzoru ze strony lekarza, diagnozowania chorób.

Zastrzeżenia budzi także projektowany art. 4 ust. 1 pkt 17 ustawy, który do zakresu zadań wykonywanych przez pielęgniarki zalicza „realizację zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych”. Określenie to nie ma sprecyzowanego znaczenia, nie powinno zatem być włączane do ustawy.

W projektowanym art. 4 ust. 2 pkt. 12 i 13 ustawy przewiduje się, że za wykonywanie zawodu pielęgniarki uznaje się również sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu oraz sprawowanie funkcji z wyboru w organach organizacji związkowej zrzeszającej pielęgniarki i położne lub wykonywanie pracy na rzecz tej organizacji związkowej. Samorząd lekarski wskazuje, że tego rodzaju zapisu ustawowego nie ma w przypadku wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry. Wprowadzenie takiej regulacji na gruncie zawodu pielęgniarki i położnej, w której praca na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych czy organizacji związkowej zrzeszającej pielęgniarki jest zaliczana do wykonywania zawodu, wymaga bezwzględnie dodania takiej samej regulacji w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentystry (dla zachowania symetrii rozwiązań w zawodach medycznych proponuje się dodanie do projektu opiniowanej ustawy stosownej nowelizacji art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, w której za wykonywanie zawodu lekarza i lekarza dentystry będzie uznawane także wykonywanie czynności na rzecz samorządu lekarskiego oraz związków zawodowych zrzeszających lekarzy).

Podobnie należy ocenić także proponowane rozwiązanie zawarte w art. 4 ust. 2 pkt 7 i 8 ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej, które przewiduje, że za wykonywanie tych zawodów uznaje się także pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną oraz pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności. Takie same rozwiązania powinny zostać przewidziane także w art. 2 ust. 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Naczelna Rada Lekarska zgłasza zastrzeżenia wobec projektowanego art. 5 ust. 1 pkt 8 projektu ustawy, który upoważnia położne do udzielania świadczeń

zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, zgodnie z posiadanymi kompetencjami. Jest to zakres szerszy niż dotychczas a sposób wyznaczenia zakresu tych uprawnień rozporządzeniem Ministra Zdrowia nie jest tak jednoznaczny jak w obecnej ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej.

Niezasadne jest przyznanie położnym w art. 5 ust. 1 pkt 13 projektu ustawy uprawnienia do stwierdzania zgonu w obszarze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i opieki długoterminowej. Stwierdzanie zgonu powinno pozostać uprawnieniem lekarza.

Samorząd lekarski zgłasza zastrzeżenia wobec brzmienia art. 5 ust. 1 pkt 14 projektu ustawy, który przyznaje położnym uprawnienie do orzekania o rodzaju i zakresie potrzeb pielęgnacyjnych oraz kierowania do różnych form świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Określenie odnoszące się do „*różnych form świadczeń zdrowotnych*” nie znajduje definicji w ustawie o działalności leczniczej, nie powinno zatem być stosowane na gruncie ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej.

Zbyt szeroko określono w art. 5 ust. 1 pkt 15 projektu ustawy uprawnienie położnych poprzez wskazanie, że dotyczy to „*sprawowania opieki położniczej, ginekologicznej, ginekologiczno-onkologicznej i uroginekologicznej nad kobietą w każdym okresie życia i stanie zdrowia*”. Opieka ginekologiczna, ginekologiczno-onkologiczna i uroginekologiczna w każdym okresie życia kobiety powinna pozostać zastrzeżona dla zawodu lekarza. Dotychczas położne były uprawnione do „*sprawowania opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą*”, proponuje się, aby dotychczasowe brzmienie utrzymać.

Niejasne jest znaczenie użytego w art. 5 ust. 1 pkt 22 określenia, że położne są uprawnione do „*realizacji zadań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych*”. W ustawie należałoby wystrzegać się pojęć, których znaczenia nie da się ustalić.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje także projektowane przepisy dotyczące pielęgniarki zaawansowanej praktyki zawodowej (art. 8 ustawy) oraz położnej zaawansowanej praktyki zawodowej (art. 9 ustawy). Zgodnie z art. 8 ustawy pielęgniarka, która uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu magistra pielęgniarstwa lub magistra w zakresie pielęgniarstwa rozpoczętego przed 2005 r. i uzyskała tytuł specjalisty w danej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz posiada minimum 10 lat doświadczenia

zawodowego, w tym co najmniej 5 lat udzielania świadczeń zdrowotnych w danej dziedzinie jest pielęgniarką zaawansowanej praktyki zawodowej, zwaną „pielęgniarką APN”, oraz posiada potwierdzenie kompetencji pielęgniarki APN. Podobne wymogi ustalono dla położnych APN w art. 9 ustawy. W przedstawianych samorządowi lekarskiemu wcześniejszych projektach dotyczących pielęgniarki zaawansowanej praktyki zawodowej przewidywano wymóg posiadania tytułu magistra pielęgniarstwa, specjalizacji oraz doświadczenia zawodowego, jednakże uzyskanie kwalifikacji pielęgniarki APN miało być uzależnione od szkolenia i egzaminu kwalifikacyjnego. Rezygnacja w projekcie ustawy z wymogu dodatkowego szkolenia i egzaminu kwalifikacyjnego stanowi nieuzasadnione odstępstwo do wcześniej przedkładanych uzgodnień. Wprowadzając pojęcie pielęgniarki APN ustawa nie określa, w jakich obszarach będzie tworzony model pielęgniarki zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa wraz z przypisanymi do nich wykazami czynności zawodowych, a odwoływanie się przez ustawę do doświadczenia zawodowego w danej dziedzinie pielęgniarstwa mógłby sugerować, że obszarów tych będzie tyle, ile jest specjalizacji. Założenia przedstawiane wcześniej samorządowi lekarskiemu były inne i wskazywały na zamiar wyodrębnienia jedynie kilku obszarów, w których funkcjonowałyby pielęgniarki APN (chodziło o podstawową opiekę zdrowotną, opiekę długoterminową, opiekę paliatywną, leczenie ran, opiekę geriatryczną).

Samorząd lekarski nie kwestionuje idei stworzenia zaawansowanej praktyki pielęgniarstwa (APN), która może przyczynić się do poprawy opieki nad pacjentem w niektórych obszarach opieki zdrowotnej, niemniej jednak wydzielenie tych obszarów musi być dokonane precyzyjnie, z uwzględnieniem interesu pacjenta i jego prawa do świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości oraz z poszanowaniem obszarów, w których wyłączne kompetencje do udzielania świadczeń zdrowotnych posiadają lekarze. Samorząd lekarski wskazywał na ewentualne korzyści wykorzystania APN w sytuacjach pacjentów uprzednio dobrze zdiagnozowanych przez lekarzy np. u pacjentów z chorobami przewlekłymi. Ustawa w zaproponowanym brzmieniu niczego w tym zakresie nie wyjaśnia, w szczególności nie określa obszarów, w jakich funkcjonować miały APN i poszerzonego zakresu uprawnień pielęgniarek APN.

Należy także nadmienić, że w trakcie dotychczasowych prac nad stworzeniem modelu pielęgniarki APN do obszarów, w których działający przy Ministerstwie Zdrowia Zespół proponował dopuścić zaawansowaną praktykę pielęgniarstwa, przedstawiciele

samorządu lekarskiego zgłaszali umotywowane zastrzeżenia, które nie zostały uwzględnione w wystarczającym zakresie. Zastrzeżenia samorządu lekarskiego w trakcie dotychczasowych prac budziły takie fundamentalne kwestie, jak nadanie pielęgniarkom APN uprawnień do samodzielnego rozpoznania choroby, szerokich uprawnień do ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy z powodu choroby czy stwierdzania zgonu. Liczba zastrzeżeń samorządu zawodowego lekarzy do propozycji zaawansowanej praktyki pielęgniarek jest na tyle istotna, że nie pozwala na pozytywną ocenę tego rozwiązania, zwłaszcza że projekt ustawy nie usunął dotychczasowych wątpliwości i niejasności, a wręcz - przez lapidarność jego zapisów - wątpliwości te jedynie pogłębił.

Odnosnie do zawartego w treści art. 15 ust. 2 projektu ustawy przyznania pielęgniarkom i położnym ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych Naczelna Rada Lekarska przypomina, że postulat, aby osoby wykonujące zawody medyczne w trakcie i w związku z wykonywaniem czynności zawodowych podlegały takiej samej ochronie prawnej, z jakiej korzystają funkcjonariusze publiczni, był wielokrotnie zgłaszany przez środowiska medyczne, w tym także przez samorząd lekarski. Jest to kierunek, który mógłby zapewnić pracownikom medycznym lepszą ochronę przed agresją w każdej postaci, także przed hejtem. Naczelna Rada Lekarska wskazuje jednak, że wprowadzenie w art. 15 ust. 2 ustawy przepisu, który stanowi, że pielęgniarka i położna podczas wykonywania zawodu korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny powinno bezwzględnie skutkować uchwaleniem normy prawnej dającej lekarzom i lekarzom dentytom co najmniej taki sam zakres ochrony. Przyznanie pielęgniarkom dalej idącej ochrony prawnej niż lekarzom nie znajduje żadnego uzasadnienia. Naczelna Rada Lekarska domaga się, aby do projektu opiniowanej ustawy dodać przepis zmieniający art. 44 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza denty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37), który przyznawałby lekarzom ochronę prawną przysługującą funkcjonariuszom publicznym w takim samym zakresie, jaki ma przysługiwać pielęgniarkom. Ważne jest także to, aby ochrona należna funkcjonariuszowi publicznemu przysługiwała lekarzom i pielęgniarkom nie tylko w trakcie wykonywania zawodu, ale również w związku z wykonywaniem zawodu. Lekarz znieważony czy zaatakowany przed budynkiem

szpitala tylko z tego powodu, że jest lekarzem, powinien podlegać ochronie w takim samym stopniu, jakby do ataku doszło w obrębie pomieszczeń, w których udziela się świadczeń zdrowotnych. Obecnie ochrona prawna na zasadach przewidzianych dla funkcjonariusza publicznego przysługuje lekarzom na mocy art. 44 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty w ograniczonym zakresie, tj. gdy wykonują czynności w ramach świadczeń pomocy doraźnej lub w czasie udzielania pomocy lekarskiej w przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia oraz gdy lekarz wykonuje zawód w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w tym podmiocie. Jest to zbyt wąski zakres ochrony – Naczelna Rada Lekarska uważa, że niezależnie od tego, w jakim podmiocie pracuje, niezależnie od tego czy realizuje świadczenia finansowane ze środków publicznych oraz niezależnie od tego, w jakiej formie prawnej wykonuje świadczenia zdrowotne, każdy lekarz w trakcie wykonywania zawodu i w związku z wykonywaniem zawodu powinien podlegać ochronie przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych.

Naczelna Rada Lekarska negatywnie opiniuje brzmienie art. 21 ust. 12 projektu ustawy. Przepis ten przewiduje, że minister właściwy do spraw zdrowia wyda rozporządzenie określające wykaz substancji czynnych zawartych w lekach, na które recepty może wystawić samodzielnie pielęgniarka oraz wykaz badań diagnostycznych, na których wykonanie skierowanie wystawi samodzielnie pielęgniarka. W dotychczasowych przepisach ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wykaz ten był ustalany w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia po zasięgnięciu opinii między innymi Naczelnej Rady Lekarskiej, natomiast w projektowanym przepisie nowej ustawy pominięto obowiązek zasięgnięcia opinii Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie tych wykazów. Z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów kluczowe jest, aby wykaz czynności o charakterze *stricte* diagnostycznym i terapeutycznym wykonywanych samodzielnie przez pielęgniarki, był ustalany z uwzględnieniem stanowiska lekarzy w oparciu o fachową wiedzę medyczną.

Naczelna Rada Lekarska w pełni popiera uwagi do projektu ustawy zgłoszone przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, które stanowią załącznik do niniejszego stanowiska.

SEKRETARZ



Piotr Winciunas

PREZES



Lukasz Jankowski

Tabela uwag Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie do projektu ustawy o zawodzie pielęgniarki i zawodzie położnej (UD387)

Lp.	Przepis / element projektu	Ocena OIL Warszawa	Proponowana zmiana	Uzasadnienie
1	Uwaga ogólna do projektu ustawy i modelu wdrożenia APN Całość projektu; w szczególności art. 3, art. 4-10 oraz uzasadnienie i OSR.	OIL Warszawa popiera uporządkowanie zawodów pielęgniarki i położnej oraz wprowadzenie poziomów kompetencyjnych, ale wskazuje, że projekt w obecnym brzmieniu łączy zadania proste i organizacyjnie zasadne z czynnościami wysokiego ryzyka. Wymaga to rozdzielenia zakresów i etapowego wdrożenia.	Uzupełnić projekt o model etapowy: lista pozytywna świadczeń i badań, standard dokumentacji, progi przekazania pacjenta do lekarza, matryca odpowiedzialności, pilotaż 6-12 miesięcy oraz obowiązek ewaluacji przed skalowaniem uprawnień. W ustawie należy odróżnić czynności koordynacyjne i pielęgnacyjne od czynności diagnostycznych, farmakoterapeutycznych i orzeczniczych.	Projekt jest uzasadniany potrzebą uporządkowania systemu i lepszego wykorzystania kompetencji pielęgniarek. Ten kierunek jest zasadny, jednak w ocenie OIL Warszawa nie może prowadzić do przenoszenia na inne zawody czynności wymagających kwalifikacji lekarskich bez pełnej oceny ryzyka, finansowania, odpowiedzialności i kształcenia. OSR wskazuje potrzebę zmian, ale nie przedstawia wystarczająco szczegółowej analizy wpływu na NFZ, ZUS, odpowiedzialność cywilną i zawodową, pracę lekarzy, bezpieczeństwo pacjentów ani system informatyczny. W konsultacjach publicznych należy jasno oddzielić to, co można wdrożyć od razu, od tego, co wymaga ustawowego i organizacyjnego przygotowania.
2	Ocena stanu zdrowia i rozwoju dziecka oraz osoby dorosłej Art. 4 ust. 1 pkt 4; odpowiednio art. 5 ust. 1 pkt 7, 11 i 29 w zakresie położnych, matek, noworodków oraz dzieci.	OIL Warszawa akceptuje ocenę stanu zdrowia jako uporządkowaną ocenę wstępną, profilaktyczną i pielęgniarczą. Negatywnie opiniuje natomiast takie brzmienie przepisu, które może zostać odczytane jako przyznanie pielęgniarce kompetencji do samodzielnego diagnozowania stanu zdrowia i rozwoju dziecka.	Doprecyzować w ustawie lub w akcie wykonawczym, że ocena stanu zdrowia obejmuje zebranie danych, ocenę podstawowych parametrów, identyfikację potrzeb i zagrożeń oraz rozpoznanie objawów wymagających pilnej oceny lekarskiej. W zakresie dziecka wykreślić albo jednoznacznie ograniczyć sformułowanie dotyczące oceny rozwoju do obserwacji, pomiarów, badań przesiewowych i identyfikacji niepokojących objawów wymagających skierowania do lekarza. Wprost wskazać, że ocena prawidłowości rozwoju dziecka i rozpoznawanie zaburzeń rozwojowych pozostają w kompetencji lekarza.	Projektowany art. 4 ust. 1 pkt 4 obejmuje nie tylko osobę dorosłą, ale także ocenę stanu zdrowia i rozwoju dziecka. OIL Warszawa dostrzega w tym sformułowaniu ryzyko nadania pielęgniarce kompetencji do diagnozowania, które dotychczas było uprawnieniem lekarza. Ocena rozwoju dziecka jest procesem złożonym: obejmuje ocenę somatyczną, neurologiczną, psychoruchową, behawioralną, środowiskową oraz różnicowanie wariantów normy od odchyień wymagających diagnostyki. Nie jest to czynność techniczna ani prosta ocena parametrów. Dopuszczalne powinny pozostać: pomiary, wywiad, obserwacja, edukacja rodziców i wychwycenie objawów alarmowych. Samodzielna ocena prawidłowości rozwoju dziecka, rozpoznawanie opóźnień rozwojowych lub kwalifikowanie ich znaczenia klinicznego powinny pozostać przy lekarzu. Bez takiego doprecyzowania przepis może prowadzić do niejednorodnej praktyki i sporów odpowiedzialnościowych.
3	Skierowania na badania diagnostyczne, w tym diagnostykę laboratoryjną i obrazową Art. 4 ust. 1 pkt 5; art. 5 ust. 1 pkt 11; art. 10 delegacja do rozporządzenia.	Zlecenie badań przez pielęgniarkę może dotyczyć wyłącznie zamkniętej listy podstawowych badań laboratoryjnych i prostych testów diagnostycznych. OIL Warszawa negatywnie opiniuje samodzielne kierowanie przez pielęgniarki i położne na badania obrazowe.	W art. 4 ust. 1 pkt 5 oraz art. 5 ust. 1 pkt 11 wykreślić możliwość samodzielnego wystawiania skierowań na medyczną diagnostykę obrazową. W odniesieniu do diagnostyki laboratoryjnej wprowadzić zamknięty wykaz podstawowych badań możliwych do zlecenia samodzielnie przez pielęgniarki na poszczególnych poziomach kompetencji, wraz z programami obowiązkowej konsultacji lekarskiej i obowiązkiem audytu. Skierowania na badania obrazowe powinny	Badania obrazowe nie są czynnością administracyjną. Wymagają oceny wskazań, przeciwwskazań i ryzyka badania, w tym narażenia na promieniowanie jonizujące, ciąży, niewydolności nerek, reakcji na środki kontrastowe, chorób współistniejących oraz wyboru właściwej metody diagnostycznej. W ocenie OIL Warszawa są to decyzje, które powinien podejmować lekarz. Dodatkowo badania międzynarodowe pokazują, że przy większym udziale personelu innego niż lekarz w opiece ratunkowej może rosnać zlecenie badań obrazowych. W polskich warunkach, przy ograniczeniu finansowania nadwykonań w diagnostyce oraz potrzebie racjonalizacji

Lp.	Przepis / element projektu	Ocena OIL Warszawa	Proponowana zmiana	Uzasadnienie
			być wystawiane wyłącznie na podstawie decyzji lekarza albo po jej potwierdzeniu przez lekarza w dokumentacji medycznej.	wykorzystania zasobów, poszerzanie kręgu osób samodzielnie kierujących na diagnostykę obrazową jest nieuzasadnione. OIL Warszawa akceptuje listę podstawowych badań laboratoryjnych, takich jak morfologia, CRP, glukoza, HbA1c, lipidogram, kreatynina/eGFR czy badanie moczu, ale nie akceptuje samodzielnego kierowania na obrazowanie ani interpretowania wyników wymagających decyzji lekarskiej.
4	Świadczenia diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne i medyczne czynności ratunkowe Art. 4 ust. 1 pkt 6-7; art. 10 pkt 2.	Sformułowania dotyczące świadczeń diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz stanów zagrożenia życia są zbyt szerokie i wymagają jednoznacznego ograniczenia do czynności wynikających z poziomu kompetencji oraz ustaw szczególnych.	Zastąpić ogólne zwroty katalogiem czynności albo wprost wskazać, że zakres zostanie określony w rozporządzeniu wyłącznie w ramach kwalifikacji i z uwzględnieniem obowiązku konsultacji lekarskiej. Czynności ratunkowe należy pozostawić w reżimie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym i odrębnych przepisów.	Pojęcia „diagnostyczne”, „lecznicze” i „rozpoznanie stanów zagrożenia życia i zdrowia” mogą zostać odczytane jako bardzo szerokie, a nawet jako podstawa do samodzielnego prowadzenia epizodów ostrych. W systemie ochrony zdrowia takie decyzje mają bezpośrednie znaczenie dla odpowiedzialności zawodowej, cywilnej i karnej. Czynności pielęgniarskie w stanach nagłych powinny pozostać oparte na schematach ratunkowych i wezwaniu lekarza lub zespołu ratownictwa, a nie na tworzeniu równoległej autonomii diagnostyczno-leczniczej.
5	Orzekanie o rodzaju potrzeb pielęgnacyjnych i kierowanie do form świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych Art. 4 ust. 1 pkt 8; art. 4 ust. 1 pkt 18 i 21; art. 20 ust. 4.	OIL Warszawa akceptuje samodzielność pielęgniarki w ocenie potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych, ale nie akceptuje rozszerzania tej formuły na decyzje o leczeniu specjalistycznym lub o priorytecie diagnostyki medycznej bez udziału lekarza.	Doprecyzować, że orzekanie dotyczy wyłącznie potrzeb pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Kierowanie do świadczeń zdrowotnych powinno odbywać się według listy pozytywnej, a w przypadkach diagnostycznie lub terapeutycznie spornych – po potwierdzeniu przez lekarza.	Koordinacja opieki jest jednym z najważniejszych obszarów rozwoju pielęgniarstwa. Wymaga jednak jasnego rozdzielenia potrzeb pielęgnacyjnych od decyzji lekarskich. Bez tego przepis może spowodować rozszczelnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych, wzrost liczby skierowań, spory z płatnikiem i niejednorodną praktykę. Wskazane jest utrzymanie pielęgniarki jako koordynatora i organizatora procesu, a nie jako samodzielnego decydenta o diagnostyce i terapii w przypadkach złożonych.
6	Ordynowanie leków i kontynuacja zlecenia lekarskiego Art. 4 ust. 1 pkt 9; art. 21 ust. 1-2.	OIL Warszawa akceptuje ordynowanie leków w granicach aktualnych wykazów, przy utrzymaniu wyłączenia substancji bardzo silnie działających, środków odurzających i substancji psychotropowych.	Dopisać w art. 4 ust. 1 pkt 9 odesłanie do ograniczeń z art. 21 oraz wskazać, że żadne rozporządzenie wykonawcze dotyczące APN nie może rozszerzać ordynacji na substancje kontrolowane bez odrębnej nowelizacji ustawowej i systemu nadzoru. Wprowadzić obowiązek okresowych audytów preskrypcji w podmiotach leczniczych.	Projektowany art. 21 prawidłowo wyłącza leki zawierające substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe. Należy to wyłączenie zabezpieczyć także w przepisie ogólnym, aby uniknąć późniejszych interpretacji poprzez akty wykonawcze. Farmakoterapia u pacjentów z wielochorobowością, zwłaszcza seniorów, wymaga kontroli interakcji i odpowiedzialności lekarza. W obszarze substancji kontrolowanych brak jest wystarczającego uzasadnienia dla poszerzenia uprawnień.
7	Wyroby medyczne Art. 4 ust. 1 pkt 10; art. 21; przepisy o wyrobach medycznych wydawanych na zlecenie.	OIL Warszawa popiera ordynację wyrobów medycznych przez pielęgniarki w granicach rozporządzenia. To obszar bezpieczny, pod warunkiem trzymania się katalogu zamkniętego.	Utrzymać uprawnienie, lecz dopisać obowiązek działania wyłącznie w zakresie określonym w odrębnych przepisach. Wskazane jest wprowadzenie audytu	Rozporządzenie dotyczące wyrobów medycznych zawiera katalog, limity i warunki zlecenia. To daje bezpieczeństwo prawne i finansowe. Pielęgniarki mają istotne doświadczenie w doborze wyrobów chłonnych, stomijnych i opatrunków, szczególnie w opiece przewlekłej i ranach. Nie należy jednak dopuszczać rozszerzania asortymentu poza wykaz ani lokalnych

Lp.	Przepis / element projektu	Ocena OIL Warszawa	Proponowana zmiana	Uzasadnienie
			częstości zleceń i standardu edukacji pacjenta w zakresie stosowania wyrobów.	interpretacji, ponieważ grozi to sporami refundacyjnymi i niejednorodnością praktyki.
8	Stwierdzanie zgonu w opiece paliatywnej i długoterminowej Art. 4 ust. 1 pkt 12; art. 5 ust. 1 pkt 13.	OIL Warszawa nie rekomenduje wprowadzenia tego uprawnienia w obecnym projekcie. Stwierdzanie zgonu ma charakter medyczno-prawny i powinno być regulowane w spójnym systemie obejmującym także dokumentowanie przyczyny zgonu i odpowiedzialność za kartę zgonu.	Wykreślić art. 4 ust. 1 pkt 12 i odpowiedni przepis dotyczący położnych albo odroczyć regulację do odrębnej ustawy porządkującej stwierdzanie zgonu i model koronera. Jeżeli ustawodawca chce utrzymać udział pielęgniarek, powinien ograniczyć go do niezwłocznego powiadomienia lekarza i udokumentowania obserwacji, bez samodzielnego stwierdzania zgonu i bez ustalania przyczyny.	Stwierdzenie zgonu nie jest wyłącznie czynnością potwierdzenia braku czynności życiowych. W praktyce wiąże się z konsekwencjami dla dokumentacji medycznej, aktu zgonu, postępowania pogrzebowego, odpowiedzialności cywilnej i ewentualnego postępowania karnego. Wprowadzenie tego uprawnienia do ustawy zawodowej bez spójnej regulacji horyzontalnej tworzy ryzyko rozbieżności i sporów. Szczególnie w opiece długoterminowej pacjenci są obciążeni wielochorobowością, a przyczyna zgonu może wymagać oceny lekarskiej.
9	Zaświadczenie o czasowej niezdolności do pracy do 5 dni Art. 4 ust. 1 pkt 14; art. 131 projektu zmieniający ustawę zasiłkową.	OIL Warszawa nie rekomenduje przekazania pielęgniarkom uprawnienia do wystawiania zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy. Jest to czynność orzecznicza, o skutkach dla systemu ubezpieczeń społecznych, pracodawców i pacjentów.	Wykreślić art. 4 ust. 1 pkt 14 oraz art. 131 projektu. Alternatywnie, jeżeli ustawodawca będzie kontynuował prace, niezbędne jest przedstawienie odrębnej oceny skutków regulacji dla ZUS, kontroli orzecznictwa, odpowiedzialności, systemów informatycznych i rozliczeń. Należy uwzględnić wysoki koszt zmian informatycznych dla małej grupy potencjalnie uprawnionych osób przy złożonym algorytmie wystawiania ZUS ZLA z ograniczeniami dla pielęgniarki.	Projekt ingeruje w ustawę zasiłkową przez dodanie upoważnienia pielęgniarki przez ZUS, ale nie przedstawia wystarczającego modelu kontroli orzecznictwa, szkolenia orzeczniczego, odpowiedzialności za błędne zaświadczenia ani wpływu na absencję chorobową. Orzekanie o niezdolności do pracy nie jest czynnością administracyjną polegającą na wystawieniu druku. Wymaga oceny medycznej, znajomości warunków pracy, rokowania, ryzyka nadużyć i zgodności z systemem ubezpieczeniowym. Dodatkowym problemem jest koszt i złożoność zmian w systemach ZUS oraz systemach gabinetowych przy relatywnie ograniczonej grupie potencjalnych wystawiających. Rola pielęgniarki może być wspierająca: zebranie dokumentacji i kwalifikacja do wizyty. Decyzja powinna pozostać lekarska.
10	Poziomy kompetencyjne: pielęgniarka ogólna, kwalifikowana, kliniczna Art. 6 i art. 7.	OIL Warszawa popiera uporządkowanie poziomów kompetencji, ale wskazuje, że projekt nie może pozostawiać istotnych różnic zakresu wyłącznie aktowi wykonawczemu.	Doprecyzować w ustawie minimalne granice czynności dla każdego poziomu kompetencji oraz wskazać, że czynności wysokiego ryzyka nie mogą wynikać jedynie z rozporządzenia. Należy zapewnić ochronę tytułów i jasną informację dla pacjenta o poziomie kompetencyjnym osoby udzielającej świadczenia.	Poziomy kompetencji mogą poprawić przejrzystość kariery zawodowej i organizacji pracy. Jednak nazwy „kwalifikowana” i „kliniczna” mogą zostać odebrane przez pacjentów jako równoważne z większą samodzielnością diagnostyczną. Ustawa powinna jednoznacznie pokazać, jaki zakres czynności odpowiada danemu poziomowi. Kluczowe jest, aby pacjent, płatnik i świadczeniodawca wiedzieli, czy dana osoba wykonuje świadczenie samodzielnie, we współpracy, czy na zlecenie lekarza.
11	Pielęgniarka APN i położna APN Art. 8 i art. 9.	OIL Warszawa popiera wyodrębnienie roli APN, ale warunki z art. 8 i 9 są niewystarczające, jeżeli mają uzasadniać czynności z pogranicza lekarskiego. Sam staż pracy, tytuł magistra i specjalizacja nie	Doprecyzować pojęcie „potwierdzenia kompetencji APN”. Wprowadzić państwowy egzamin lub równoważny mechanizm walidacji, publiczny rejestr APN, recertyfikację oraz wymóg udokumentowanej praktyki w konkretnym obszarze. Zakres APN powinien	Projekt wskazuje magisterium, tytuł specjalisty, 10 lat doświadczenia i 5 lat w danej dziedzinie. To ważne kryteria, ale nie stanowią jeszcze pełnej ścieżki zaawansowanej praktyki, zwłaszcza w odniesieniu do diagnostyki i modyfikowania terapii. Doświadczenia systemów rozwijających zaawansowaną <u>praktykę pokazują potrzebę</u> formalnej walidacji, nadzoru i

Lp.	Przepis / element projektu	Ocena OIL Warszawa	Proponowana zmiana	Uzasadnienie
		zastępują państwowego potwierdzenia kompetencji do rozszerzonej praktyki.	być przypisany do dziedziny i nie powinien być ogólny.	odnawiania uprawnień. Bez tego powstaną nierówne standardy i spory o odpowiedzialność.
12	Delegacja ustawowa do rozporządzenia Art. 10.	Delegacja z art. 10 ma kluczowe znaczenie, ale w obecnym projekcie jest zbyt pojemna w odniesieniu do czynności zawodowych i czynności ratunkowych.	Ograniczyć delegację i doprecyzować wytyczne ustawowe. W ustawie należy wskazać, że rozporządzenie nie może rozszerzać czynności na obszary orzecznicze, stwierdzanie zgonu, substancje kontrolowane ani autonomiczne prowadzenie stanów ostrych. Do konsultacji publicznych powinien zostać przedstawiony projekt rozporządzenia wykonawczego albo przynajmniej założenia listy czynności.	Część zasadniczych elementów projektu przeniesiono do przyszłego rozporządzenia. Przy tak szerokim katalogu zadań nie jest to wystarczające z perspektywy pewności prawa. Uczestnicy konsultacji nie są w stanie ocenić realnych skutków projektu bez znajomości listy czynności. W sprawach dotyczących zakresu samodzielności zawodów medycznych ustawa powinna zawierać minimalne granice, a rozporządzenie tylko doprecyzowywać technikę wykonania.
13	Ocena skutków regulacji i potrzeba pilotażu OSR oraz uzasadnienie projektu.	OSR i uzasadnienie nie zawierają wystarczającej analizy skutków dla bezpieczeństwa pacjentów, NFZ, ZUS, odpowiedzialności cywilnej i zawodowej, systemów informatycznych oraz organizacji pracy lekarzy.	Uzupełnić OSR o: analizę kosztów badań i skierowań, wpływ e-ZLA na ZUS, skutki stwierdzania zgonu dla dokumentacji i odpowiedzialności, wpływ na polisy OC, wpływ na kadry pielęgniarskie oraz plan pilotażu. Wprowadzić obowiązek ewaluacji przed wejściem przepisów dotyczących czynności wysokiego ryzyka.	Projekt obejmuje rozwiązania wykraczające poza zwykłą modernizację ustawy zawodowej. Dotyczą one faktycznie organizacji opieki, orzecznictwa, dokumentacji, finansowania i odpowiedzialności w systemie. Przy tak istotnych zmianach OSR powinien przedstawiać nie tylko oczekiwany efekt odciążenia lekarzy, ale też mierzalne ryzyka i mechanizmy ograniczające. W szczególności należy ocenić liczbę potencjalnych APN, wpływ na podaż pielęgniarek przy łóżku pacjenta oraz ryzyko nierównej praktyki między podmiotami.